



**UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE
DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
CARRERA DE INGENIERÍA COMERCIAL**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
INGENIERA COMERCIAL**

TEMA

**“ESTUDIO DE FACTIBILIDAD
PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SEGURO
DE SALUD PRIVADO CON UNA COBERTURA EXTENDIDA”**

TUTOR

Msc, JULIO RENÉ PÉREZ PEÑAFIEL

AUTORA

ROCÍO SARÍH PINCAY YÁNEZ

GUAYAQUIL

2019



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida.	
AUTOR/ES: Pincay Yáñez Rocío Sarñh	REVISORES O TUTORES: Pérez Peñafiel Julio René
INSTITUCIÓN: Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil	Grado obtenido: Ingeniera Comercial
FACULTAD: CIENCIAS ADMINISTRATIVAS	CARRERA: INGENIERIA COMERCIAL
FECHA DE PUBLICACIÓN: 2019	N. DE PAGS: 139
ÁREAS TEMÁTICAS: Educación Comercial y Administración	
PALABRAS CLAVE: Seguro, salud, rentabilidad, producto, mercado, factibilidad	
<p>El cuidado de la salud propia y familiar es un tema que merece prioridad, si bien es cierto de que se dispone de acceso a la sanidad pública, contar con un seguro médico privado ofrece un acceso más rápido y cómodo a un amplio abanico de farmacias, centros médicos, hospitales, especialistas, tratamientos y técnicas sanitarias, por esto, no es descartable la contratación de un seguro médico, en especial, si hay hijos de por medio, el primer instinto es protegerlos.</p> <p>El acceso a los seguros privados está directamente relacionado con la economía de los hogares; es decir, a mayores ingresos de los hogares, mayor acceso a este servicio, por lo</p>	

<p>que, la gran mayoría de los clientes se encuentran en las clases socioeconómicas con mayor poder adquisitivo, sin embargo, dentro de las barreras de entrada naturales en este mercado, se encuentra la falta de cultura sobre prevención en salud que existe en el país, atraer a clientes que no cuentan aún con este servicio es de vital importancia.</p> <p>Las empresas han tenido que buscar nuevas fórmulas para conectar con sus clientes, no sólo buscando ofrecer planes más económicos, la evolución de las necesidades del mercado exige ir más allá de eso, ofreciendo servicios adicionales a la cobertura contratada, que no esté diseñado de tal manera que siempre tenga un costo compartido entre empresa y cliente.</p> <p>Dentro de este contexto, la idea de ofrecer un servicio de valor añadido es parte fundamental, una cobertura extendida podría ser la estrategia para generar interés, motivación hacia el cliente potencial, estudiando más de cerca sus expectativas y necesidades y midiendo la factibilidad de estas para conocer si los resultados beneficiaran también a la empresa.</p>		
N. DE REGISTRO (en base de datos):	N. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CONTACTO CON AUTOR/ES: Pincay Yáñez Rocío Saríh	Teléfono: 098-320-1022	E-mail: arpy6@yahoo.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	<p>PHD. RAFAEL ITURRALDE SOLÓRZANO DECANO DE LA FACULTAD Teléfono: 04-2596500 Ext. 201 E-mail: riturraldes@ulvr.edu.ec</p> <p>MAE. OSCAR MACHADO ÁLVAREZ DIRECTOR DE CARRERA Teléfono: 04-2596500 Ext. 203 E-mail: omachadoa@ulvr.edu.ec</p>	

CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO ACADÉMICO



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis Rocio Pincay urkund.docx (D49482159)
Submitted: 3/22/2019 1:23:00 AM
Submitted By: jperezp@ulvr.edu.ec
Significance: 10 %

Sources included in the report:

tesis sin referencias anexos.docx (D40801338)
TESIS FINAL.docx (D41866495)
WILSON EDUARDO FLORES MORA.docx (D31417448)
ERIKA ESPINOZA GRUPO 1 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.docx (D44974577)
<http://www.rtve.es/alacarta/audios/todo-noticias-tarde/martinez-nadal-80-anos-exilio-emision-bbc-espanol/5073199/>
<http://www.calidadsalud.gob.ec/>
<http://www.cosedec.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/REGLAMENTO-A-LA-LEY-GENERAL-DE-SEGUROS.pdf>
<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s177-s187/>
<https://www.psicoactiva.com/blog/80-frases-de-hipocrates-sobre-salud-y-medicina/>
<http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>

Instances where selected sources appear:

43

Firma:


AB. JULIO RENÉ PEREZ PEÑAFIEL, Msc.

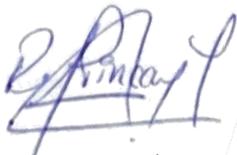
C.I.0913798112

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS PATRIMONIALES

La estudiante egresada PINCAY YÁNEZ ROCÍO SARÍH, declara bajo juramento, que la autoría del presente proyecto de investigación, “Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida”, corresponde totalmente a la suscrita y me responsabilizo con los criterios y opiniones científicas que en el mismo se declaran, como producto de la investigación realizada.

De la misma forma, cedo los derechos patrimoniales y de titularidad a la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil, según lo establece la normativa vigente.

Autora



PINCAY YÁNEZ ROCÍO SARÍH

C.I. 092048884-8

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación “Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida”, designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Administración de la Universidad Laica VICENTE ROCAFUERTE de Guayaquil.

CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado en todas sus partes el Proyecto de Investigación titulado: “Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida”, presentado por la estudiante ROCÍO SARÍH PINCAY YÁNEZ como requisito previo, para optar al Título de INGENIERA COMERCIAL, encontrándose apto para su sustentación.

Firma:


AB. JULIO RENÉ PEREZ PEÑAFIEL, Msc.

C.I.0913798112

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque creo en su existencia.

A mis amados padres Arminda y Freddy, por todo el esfuerzo y apoyo que han dedicado a lo largo de mi vida, por el amor, responsabilidad y cuidado que me han brindado desde siempre.

A mi amado hijo Neytan, por tu amor, interés y preocupación en la culminación de esta etapa, espero ser tu ejemplo a seguir y deseo ser testigo y partícipe de tus logros.

A mi amado Fer, por tu valioso tiempo, incondicional apoyo, la dedicación y fortaleza que pusiste en mí, hicieron posible esto, sin ti no lo habría logrado.

A mi estimado tutor MSC. Julio Pérez, por el invaluable soporte y asesoramiento profesional para culminar con este proyecto.

ROCÍO SARÍH PINCAY YÁNEZ

DEDICATORIA

Esta tesis, la dedico al amor de mi vida FERNANDO CHECA MALDONADO, mi compañero de lucha, mi guía, mi felicidad, mi inspiración, llegaste a mi vida para hacer de mí una mejor persona en todo aspecto, iniciaste mi camino hacia esta meta y ahora... ¡Lo logramos!

¡Te Amo!

ROCÍO SARÍH PINCAY YÁNEZ

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1. Tema	4
1.2. Planteamiento del Problema	4
1.3. Formulación del Problema.....	10
1.4. Sistematización del Problema.....	10
1.5. Objetivos de la Investigación	10
1.5.1. Objetivo General	10
1.5.2. Objetivos Específicos.....	11
1.6. Justificación de la Investigación.....	11
1.7. Delimitación o alcance de la investigación	13
1.8. Idea a defender.....	13
1.9. Línea de Investigación Institucional Facultad	13
CAPÍTULO II.....	14
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedente de la Investigación	14
2.1.1. Salud.....	14
2.1.1.1 Definición, desde la Filosofía de las Ciencias	14
2.1.1.2 Filosofía de Hipócrates	14
2.1.2. Sistema de Salud del Ecuador	14
2.1.2.1. Sistema de Salud Público.....	14
2.1.2.2. Sistema de Salud Privado.....	16
2.1.3. Los Seguros Privados	17
2.1.3.1. Definiciones	17
2.1.3.2. Antecedente Histórico.....	17

2.1.4. Seguros de Asistencia Médica	18
2.1.4.1. Definición	18
2.1.4.2. Tipos	18
2.1.4.3. Características	18
2.1.4.4. Ventajas.....	19
2.1.4.5. El Precio de un Seguro Médico Privado	20
2.1.4.6. Cobertura.....	22
2.1.4.7. Cobertura Extendida	23
2.1.4.8. Situación Actual en el Ecuador.....	25
2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	31
2.2.1. Estudio de Factibilidad.....	31
2.2.2. Estrategia.....	37
2.2.3. Encuesta	37
2.2.4. Focus Group.....	37
2.3. MARCO CONCEPTUAL	41
2.4. MARCO LEGAL	42
CAPÍTULO III.....	65
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.1. Tipo de Investigación	65
3.2. Enfoque de la Investigación	65
3.3. Técnicas de Investigación.....	66
3.4. Población	67
3.5. Muestra	68
3.5.1. Muestra Intencional - Focus Group.....	68
3.5.2. Muestra por Conglomerados - Encuesta	73

CAPÍTULO IV.....	87
4. LA PROPUESTA	87
4.1. Factibilidad de Producto o Servicio.....	87
4.2. Factibilidad de Mercado	88
4.3. Factibilidad Organizacional.....	89
4.4. Factibilidad Legal	90
4.5. Factibilidad Financiera	93
4.5.1. Proyección de Ingreso y Utilidad de Póliza	93
4.5.2. Estado de Resultados Proyectado	93
4.5.3. Punto de Equilibrio	95
4.6. COBERTURA EXTENDIDA	97
4.6.1. Tema.....	97
4.6.2. Introducción	97
4.6.3. Alcance.....	98
4.6.4. Plan Médico del Titular.....	98
4.6.5. Diseño de la cobertura.....	102
4.6.6 Especificaciones en el contrato	103
4.6.7. Beneficios Adicionales.....	103
4.6.8. Exclusiones	104
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES.....	109
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Prima Promedio Anual de una Póliza Estándar</i>	9
Tabla 2 <i>Cotización Seguro Médico</i>	20
Tabla 3 <i>Precio de Seguro Médico generado</i>	21
Tabla 4 <i>Funciones del Sistema Nacional de Salud</i>	27
Tabla 5 <i>Necesidad Insatisfecha de Cobertura de Seguro de Salud</i>	28
Tabla 6 <i>Evolución del Mercado de Asesores Productores de Seguros</i>	28
Tabla 7 <i>Empresas autorizadas para ofrecer servicios de Medicina Prepagada</i>	30
Tabla 8 <i>Gastos de Focus Group</i>	68
Tabla 9 <i>Índice de Siniestralidad</i>	72
Tabla 10 <i>Población Asegurada por nivel Socioeconómico Guayaquil</i>	75
Tabla 11 <i>Cálculo de Probabilidades para la muestra</i>	76
Tabla 12 <i>Recursos para la Encuesta</i>	78
Tabla 13 <i>Gastos de Encuesta</i>	78
Tabla 14 <i>Asegurados y no Asegurados</i>	79
Tabla 15 <i>Aspectos a mejorar en los Seguros Médicos Privados</i>	80
Tabla 16 <i>Razones de no contar con un Seguro Médico Privado</i>	82
Tabla 17 <i>No. de Hijos entre 5 y 17 años</i>	83
Tabla 18 <i>Beneficios Adicionales por los que contrataría un Seguro Médico</i>	84
Tabla 19 <i>Disponibilidad de contratar un Seguro Médico en los próximos 6 meses</i>	85
Tabla 20 <i>Penetración de Mercado y Proyección de Ingresos</i>	88
Tabla 21 <i>Proyección de Ingreso y Utilidad Bruta Póliza</i>	93
Tabla 22 <i>Estado de Resultados Proyectado</i>	94
Tabla 23 <i>Cálculo del Punto de Equilibrio</i>	95
Tabla 24 <i>Beneficios de Un Plan Médico Estándar</i>	98
Tabla 25 <i>Beneficios de Cobertura Extendida</i>	102

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Barreras de Entradas al Mercador Asegurador	5
<i>Figura 2.</i> Primas por ramo de seguros en millones de USD 2014-2017	7
<i>Figura 3.</i> Sistema Financiero del Ecuador	12
<i>Figura 4.</i> Integrantes del Sistema de Salud del Ecuador y su financiamiento.	15
<i>Figura 5.</i> Integrantes del Sistema de Salud Privado.....	16
<i>Figura 6.</i> Ejemplo de Coaseguro y Deducible.....	22
<i>Figura 7.</i> Etapas de un Estudio de Factibilidad.....	31
<i>Figura 8.</i> Tipos de Muestreo Probabilísticos.....	39
<i>Figura 9.</i> Tipos de Muestreo No Probabilísticos.....	40
<i>Figura 10.</i> Población con Seguro Médico Privado por Nivel Socioeconómico.....	67
<i>Figura 11.</i> Solidaridad en la Cartera de Asegurados – Riesgo Enfermar y Financiero.....	73
<i>Figura 12.</i> Estratos de Nivel Socioeconómico en el Ecuador	74
<i>Figura 13.</i> Tamaño del hogar promedio, según área geográfica	75
<i>Figura 14.</i> Afiliados Seguro Médico	79
<i>Figura 15.</i> Aspectos a mejorar en el Seguro Médico Privado.....	80
<i>Figura 16.</i> Razones de no contar con un Seguro Médico Privado	82
<i>Figura 17.</i> No. Hijos entre 5 y 17 años.....	83
<i>Figura 18.</i> Beneficios Adicionales por los que contrataría un Seguro Médico Privado	84
<i>Figura 19.</i> Disponibilidad para contratar un Seguro Médico Privado.....	85
<i>Figura 20.</i> Solidaridad en la Cartera de Asegurados - Riesgo de enfermar	89
<i>Figura 21.</i> Requisitos y Proceso de Aprobación de planes y Anexos en ACESS.....	91
<i>Figura 22.</i> Artículos que se refieren a la aprobación legal de un Anexo de Cobertura.....	92
<i>Figura 23.</i> Gráfico de Unidades del Punto de Equilibrio	96

ANEXOS

<i>Anexo 1.</i> Ficha Técnica Focus Group	115
<i>Anexo 2.</i> Ficha Técnica Encuesta.....	116
<i>Anexo 3.</i> Ficha Técnica de Entrevista a funcionaria de ACCESS.....	117
<i>Anexo 4.</i> Modelo Temario Focus Group.....	118
<i>Anexo 5.</i> Modelo Encuesta.....	119
<i>Anexo 6.</i> Condiciones Generales de la Cobertura Extendida.....	121

INTRODUCCIÓN

Los seguros de gastos médicos, son la mejor opción para contar con los recursos económicos suficientes en el momento en el que aparecen enfermedades, accidentes, embarazos y otros problemas o situaciones que demanden la atención de salud, ya que, en caso de no contar con estas protecciones, se generan enormes desembolsos de dinero en la economía familiar, las empresas de medicina prepagada, ofrecen esta opción de cobertura por medio de sus planes de seguros para proteger a la familia ecuatoriana de estos futuros gastos.

El mercado asegurador es muy sensible a los cambios que ocurren en los ciclos de la economía, puesto que una etapa de recesión podría desencadenar una disminución en la contratación de pólizas de seguros, debido a la reducción del poder adquisitivo del grupo familiar, bajo nivel de ingresos de las empresas, la percepción del usuario sobre el producto, la insatisfacción del cliente, nuevas leyes que afectan la economía de estas empresas, etc. son factores que provocan una caída en los ingresos por primas negociadas.

El sector asegurador no solo está conformado por empresas aseguradoras sino también por los asesores productores de seguros o comúnmente denominados “brókeres o corredores de seguros” que son intermediarios entre el cliente y la empresa aseguradora; estos mantienen un papel importante en este mercado ya que brindan al cliente el servicio que mejor se ajuste a sus necesidades, y a su vez facilitan a las aseguradoras la captación de los usuarios, la gran mayoría de estos agentes trabajan sin relación de dependencia y obtienen un ingreso en base a comisiones como fuerza de ventas free-lance por lo cual son también afectados de gran manera si existe una disminución de contratos.

Por todo esto, es muy importante e imprescindible que cada usuario se sienta conforme, tranquilo y confiado del producto, de la cobertura que le ofrece la compañía, de la atención brindada en los centros médicos y del servicio que le ofrece el agente de seguros, todos estos factores son parte de lo que hace que un cliente se fidelice.

El sector está afrontando nuevos retos reinventando las pólizas y adaptándose a las nuevas necesidades del mercado. La innovación llega a todos los ámbitos para hacer la vida más fácil a sus clientes.

En el mundo de los seguros de salud existen servicios adicionales a la cobertura contratada como ofertas exclusivas para cirugía refractiva, tratamientos estéticos o congelación de óvulos. No se cubre el total del coste, pero el tomador del seguro podrá disfrutar de precios especiales. También existen servicios gratuitos para hacer consultas online a médicos, nutricionistas o psicólogos.

Estos servicios de valor añadido no son una garantía que aparezca en la póliza, por lo que las compañías no están obligadas por contrato a hacerlo, pero los ofrecen a sus clientes como un adicional según las necesidades del mercado, muchas aseguradoras, además de estos servicios adicionales, ofrecen programas de fidelización con asesoramientos personales, descuentos en la propia aseguradora o en otros establecimientos o concursos, entre otras ventajas. De esta forma premian la fidelidad de sus clientes a través de un sistema de puntos. (Becontent, 2019)

En el mercado asegurador, se conoce que la mejor estrategia para generar demanda en el cliente, es brindarle un plus que se diferencie en cuanto a servicio, por esto, el objetivo de esta investigación es medir y analizar la factibilidad de que una propuesta de cobertura extendida elegida por los clientes logre que se promueva una cultura de prevención, cuidado y protección de la salud que cree bienestar y tranquilidad a la familia ecuatoriana y un crecimiento general en la industria.

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación será desarrollada en cuatro capítulos definidos a continuación:

Capítulo I, Planteamiento del problema de investigación como base de este proyecto, descripción de la justificación de este estudio, los objetivos General y Específicos y la determinación de las variables e idea a defender.

Capítulo II, Marco Teórico como apoyo para la selección de las herramientas para el análisis de la información y su desarrollo.

Capítulo III, Método de la Investigación, en el que se realizará una descripción del tipo de estudio, su procedimiento y técnicas para la recolección de datos para el análisis de los factores que se involucran en esta investigación.

Capítulo IV, Análisis de la factibilidad y diseño de la propuesta de acuerdo a lo obtenido en el análisis de información, evaluación económica de la propuesta, determinación de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Tema

Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida.

1.2. Planteamiento del Problema

La evolución de las compañías de seguros en Ecuador resulta notoria en el contexto económico del país, más aún si tenemos en cuenta que el sector se ha convertido en motor y dinamizador de la economía en la región.

El mundo ha cambiado más en los últimos cincuenta años que lo que pudo hacerlo en los anteriores cinco mil. Evolución es la palabra que marca el devenir de la sociedad moderna, y este país no es ajeno a ella, así como no lo es el sector de los seguros en Ecuador.

Sin embargo, el mercado ha sido objeto de regulación y requerimientos normativos en los tres años recientes. Las aseguradoras tuvieron que adaptarse a las limitaciones al capital mínimo de operación, los niveles de cesión de riesgos e incluso al flujo de caja.

El principal reto para las aseguradoras, en este momento coyuntural, es adaptarse a las normativas actuales y lograr una posición de liderazgo en la región, en donde encuentra fuertes competidores en países como Colombia y Perú.

Crear una cultura aseguradora en el país y generar la confianza suficiente para impulsar la contratación de seguros, son objetivos a lograr en los próximos años. (Oriente Seguros, 2017)

Analizando las Barreras de entradas naturales, podemos citar la falta de cultura sobre prevención en salud que existe en el país, puesto que los seguros que más destacan son los ramos de vehículos y vida, además en la última encuesta de condiciones de vida realizada por el INEC, en el año 2014, y en la cual participaron las 24 provincias del país, de las 6.517.779 millones de personas que se pronunciaron en las acciones que toman cuando presentan síntomas de enfermedad, el 16% de estas respondió que se auto médica, y otro 16% indicó que no hace nada al respecto (TABULADOS ECV 6R), por lo que representa un importante porcentaje de personas que no tienen cultura de prevención en la salud.

La inversión también se la considera como una barrera natural de entrada, debido a que el sistema de seguros en general obliga a las compañías a estar más fortalecidas económicamente y contar con infraestructura Física y Tecnológica, que permita la optimización del servicio que se brinda, véase la figura 1. (SCPM, Econ. Gabriela Morán, 2017)

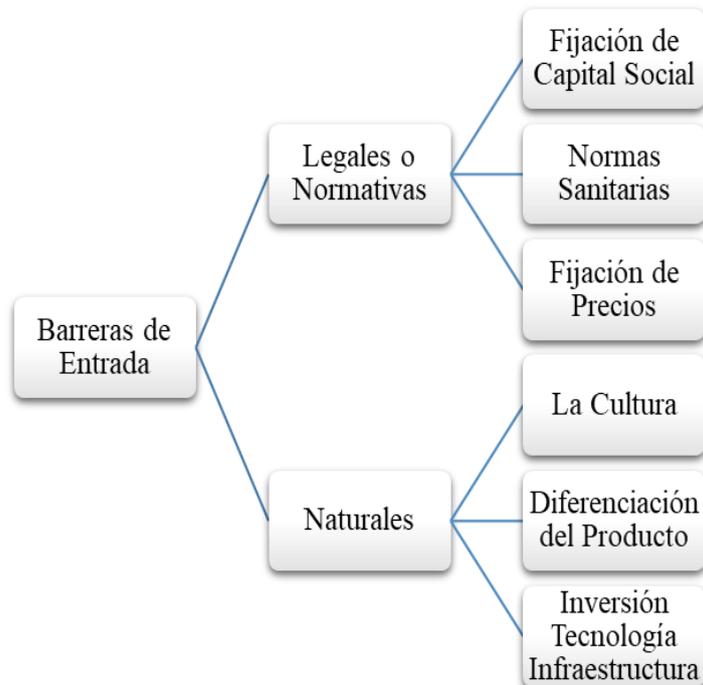


Figura 1. Barreras de Entradas al Mercador Asegurador
Fuente: Superintendencia de Control del Poder de Mercado

Según un estudio desarrollado por Liberty Seguros y mencionado por (Diario El Mercurio, 2018) infirió que los ecuatorianos no identifican la importancia de contratar un seguro hasta que es necesario, es decir luego de que ya ocurrió un desastre natural, un accidente o algo impredecible. Un siniestro motiva y acelera la compra además de que viabiliza y justifica la renovación de un seguro previamente contratado.

Los seguros de vehículos aparecen como los más valorados entre los encuestados, seguidos por los de salud. La repercusión en la contratación de un seguro vehicular se da por el temor a perder la inversión que la persona ha realizado. El 23,1% de los encuestados señaló que el principal motivador de compra para su seguro de vehículo fue la recomendación o sugerencia de alguien de confianza como un familiar o amigo cercano, ya que, al no tener un fuerte conocimiento sobre el funcionamiento de los seguros, prefieren tomar en cuenta la experiencia que otros tuvieron con una determinada compañía.

Un gran porcentaje de los encuestados dijo otorgarles un menor valor a los seguros de salud privados ya que cuentan con el seguro social, y consideran que el riesgo de enfermarse es menor al riesgo de chocarse o al del robo de su vehículo. Los seguros de hogar por su parte, fueron considerados importantes, pero dado el limitado presupuesto dentro de sus hogares prefieren priorizar la compra de un seguro médico y/o de su vehículo. Entre quienes cuentan con un seguro de vivienda, el 33,3% dijo que lo contrató por recomendación del banco con el que realizó su crédito.

Características como la seguridad, la agilidad del trámite, el precio, las facilidades de pago y las coberturas que ofrece la póliza, así como la sensación de seguridad, prestigio y confianza que entrega la empresa aseguradora, figuran como aspectos a considerar al momento de adquirir un seguro de cualquier tipo. Además, de acuerdo con la investigación, el bróker sigue siendo un aliado sumamente importante en la comercialización de seguros. Esto lo demuestran las calificaciones que los encuestados otorgaron en una escala del 1 al 5 (donde 5 es totalmente influyente y 1 es nada influyente) sobre cuánto influye el bróker en su decisión. Los promedios son 4.4/5 para vehículo, 3.8/5 para casa y 3.6/5 para empresa.

Por otro lado, El monto promedio anual de primas netas que se gestionan a través de las Agencias Productoras de Seguros, tomando en consideración el periodo 2014-2017, alcanza

los USD 281.3 millones anuales. El año con mayor participación del ramo vehículos fue el 2016 (27.6%) en donde tuvo un incremento del 14% respecto al 2014.

El ramo de asistencia médica se ubica en segundo lugar. En promedio un 20.8% de las primas netas emitidas anualmente corresponde a la suscripción de contratos por seguros privados de asistencia médica. Del 2014 al 2016 se observa un crecimiento sostenido en el total de primas netas gestionadas por corredores de seguros en este ramo; en el 2016 las primas gestionadas por agencias corredoras de seguros fueron 1.2 veces superiores al total de primas en el 2014, pero en el 2017 ya comienza a detectarse un decrecimiento como apreciamos en la figura 2 a continuación:

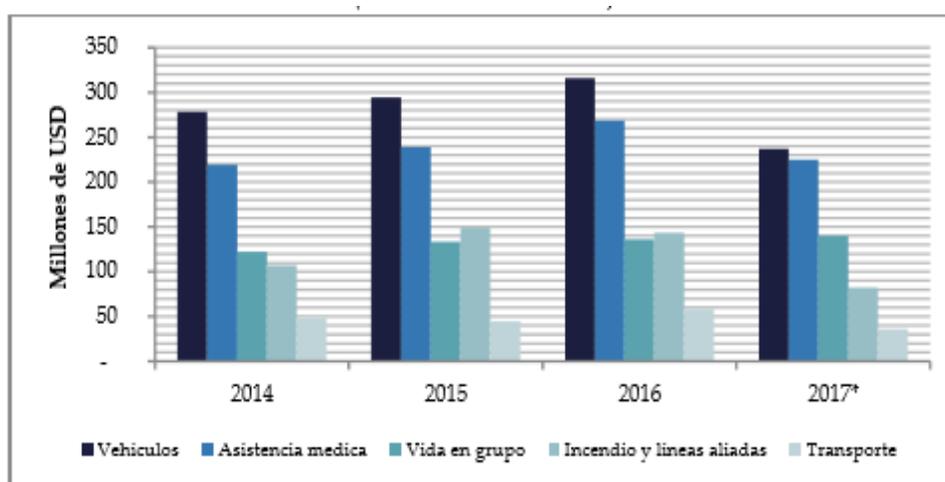


Figura 2. Primas por ramo de seguros en millones de USD 2014-2017

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

Por otro lado, el conocimiento empírico del Agente de Seguros también es importante agregar en este estudio, ya que, en base a la experiencia en manejo de clientes en este sector desde hace 3 años, se puede argumentar lo siguiente:

En toda empresa, retener clientes es tan importante como generar clientes nuevos, en esta industria, sobre todo, el principal componente del negocio es la renovación de los contratos, de esta forma se confirma que la empresa ha logrado que sus clientes estén satisfechos con el servicio y producto adquirido, pero hay excepciones, aunque este servicio sea eficiente ya que:

- Cuando los afiliados no devengan el servicio y las primas pagadas les parece un gasto innecesario porque no tienen siniestralidad, estos declinan de seguir renovando sus contratos.
- Existen usuarios que sólo toman el seguro cuando planifican un embarazo y después de cubrirse por este beneficio dejan de renovar el servicio.
- Cuando deben tramitar los documentos de reembolsos, hay usuarios que fácilmente se decepcionan y deciden sólo por eso no seguir renovando el contrato.
- Hay usuarios que toman el seguro momentáneamente para cubrir una intervención que no ha sido declarada formalmente ni tratada y después de esto dejan de pagar el seguro hasta su anulación.

A esto se agrega la insatisfacción del consumidor que suelen estar vinculadas con el servicio: una mala atención del agente, de la empresa o de un intermediario, deficiente servicio de post venta, entrega de información confusa, etc.

Las consecuencias de que este panorama continúe significaría un decrecimiento de la industria, afectando directamente al usuario debido a que:

- Cuando una empresa comienza a disminuir sus ventas el primero en ser afectado es el cliente porque al momento de adquirir el nuevo contrato o la renovación, ya de forma regular el costo del producto se incrementa por el aumento de edad de cada usuario del plan médico, además de eso si el costo sigue subiendo por un déficit en ventas, el valor calculado por el próximo año será muy alto porque en el caso de las empresas aseguradoras, el precio del producto se mantiene hasta el siguiente periodo donde se miden los indicadores de gestión y se toman decisiones de incremento de precios en sus cotizadores de forma general.
- Otras partes afectadas en esta situación son los convenios, las alianzas estratégicas con los proveedores de salud, cuyas negociaciones dependen de la rentabilidad de las pólizas, mientras más rentable sea, más beneficios se pueden incorporar a la cobertura.

- Los intermediarios, como las agencias productoras de seguros y la fuerza de ventas, quienes dependen de las comisiones generadas por la emisión de contratos y están sujetas a modificaciones si las ventas disminuyen, lo que es un gran impacto porque en este medio la fuerza de ventas trabaja sólo como free-lance en su mayoría.
- Los costos que implican la pérdida de un cliente asegurado es muy significativa para la empresa, en este aspecto, existen dos tipos de clientes en este mercado, aquellos que utilizan la cobertura del seguro, y aquellos que no y que se les llama clientes solidarios, el impacto es más elevado cuando se pierde a este último ya que si tomamos en cuenta el promedio de la prima más baja de un seguro médico estándar entre las edades de 30, 40 y 50 años, el valor aproximado sería de \$ 147,94, la cifra de pérdida por uno sólo de estos clientes es de \$1.775,28 anuales. Ver tabla 1.

Tabla 1 *Prima Promedio Anual de una Póliza Estándar*

Edad Afiliado	Prima Mensual	Sueldo Promedio
30	\$140,92	\$1.409,20
40	\$170,90	\$1.709,00
50	\$213,00	\$2.130,00
Promedio Prima de Póliza	\$174,94	\$1.749,40

Fuente: Cotizador Personal

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

En la tabla anterior se puede apreciar también que una persona debería destinar alrededor el 10% de sus ingresos a su protección con un seguro médico, para que no se vea afectada su estabilidad económica, es decir, por ejemplo: si sus ingresos son de \$1.409,20 su gasto en salud debería ser de \$140,92 aproximadamente.

- Y por último se ve afectado el país en general ya que la industria de seguros es un pilar fundamental de su sistema financiero.

Analizando esta situación, se determina la necesidad de estudiar la factibilidad de establecer una estrategia para contribuir al crecimiento del mercado, una cobertura

extendida que ofrezca un servicio añadido apreciado por el cliente, elegido por ellos y que represente beneficios también para la empresa.

Para lograr esto, los clientes potenciales de este mercado serán investigados un poco más de cerca, conociendo sus expectativas sobre el servicio y evaluando la posibilidad de implementarlas y adicionalmente conocer las causas de insatisfacción del cliente por medio de un análisis de información recopilada para establecer mejoras en este aspecto.

1.3. Formulación del Problema

¿Será factible la implementación de un beneficio adicional como cobertura extendida que genere atracción en el cliente potencial de este servicio y fomente una cultura de prevención?

1.4. Sistematización del Problema

- ¿Qué demandarán los clientes potenciales para decidir la compra del servicio?
- ¿Cuáles serán las características del beneficio extendido a ofrecer?
- ¿El beneficio para la cobertura extendida propuesto por los clientes será factible en todo aspecto?
- ¿Cuáles serán los costos y beneficios de implementar esta cobertura extendida?

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

Realizar el estudio de factibilidad de una cobertura extendida de salud que genere beneficios tanto para el cliente como para la empresa aseguradora.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar la estrategia del beneficio que necesita el cliente para mejorar la cobertura del plan médico.
- Diseñar las especificaciones de la cobertura extendida.
- Analizar la factibilidad de la estrategia a implementar como cobertura extendida
- Estimar los beneficios financieros de la propuesta como la proyección de utilidades.

1.6. Justificación de la Investigación

El presente proyecto de investigación se realizará con el propósito de evaluar la factibilidad de un servicio de cobertura extendida añadida a un Seguro Médico tradicional estándar que logre incrementar el interés de los potenciales usuarios de Seguros Médico Privado, incentivando:

- Al potencial cliente a tomar la decisión de contratar el Seguro Médico Privado.
- Al usuario actual a mantener su póliza vigente.
- Recuperar al cliente que no la ha renovado.

En el aspecto personal, la motivación para realizar este estudio fue aportar con el conocimiento empírico sobre la experiencia obtenida en los últimos tres años como agente de seguros dedicados a la comercialización de seguros médicos y atención al cliente en este mercado, de modo que, el desarrollo de esta investigación y los resultados obtenidos enriquecerán la formación profesional propia para seguir cumpliendo con las expectativas de los clientes y de superación personal.

Con el análisis de esta propuesta y la confirmación de su viabilidad, se podrán beneficiar los diferentes grupos de interés en este entorno como son, los usuarios del producto ya que contarán con la tranquilidad de la protección económica de un Seguro Médico con mayor alcance de cubrir sus necesidades, los agentes intermediarios, los prestadores de servicios médicos, los laboratorios de medicina, la sociedad, el país entero ya que todos forman parte del desarrollo en esta industria como integrantes de una economía en común que necesita su constante crecimiento por ser un componente de riqueza para el país y es parte de la estructura del Sistema Financiero. (Finanzas, 2015)



Figura 3. Sistema Financiero del Ecuador

Fuente: tusfinanzas.ec

1.7. Delimitación o alcance de la investigación

El presente proyecto tendrá la siguiente delimitación:

- **Campo:** Administración
- **Área:** Ventas y Planeación estratégica
- **Aspecto:** Diseño de beneficio de productos
- **Tema:** Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida.
- **Delimitación geográfica:** Ciudad de Guayaquil
- **Periodo:** 2018 - 2019.
- **Tiempo:** La investigación tendrá una duración aproximada de 6 meses.
- **Espacio:** Departamento de Planeación estratégica

1.8. Idea a defender

Con la factibilidad de la propuesta y su implementación posterior se logrará comercializar de manera más efectiva los seguros médicos y se promoverá la cultura de prevención de las familias con poder adquisitivo para este tipo de productos.

1.9. Línea de Investigación Institucional Facultad

Desarrollo estratégico empresarial y emprendimientos sustentables, marketing, comercio y negocios globales.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente de la Investigación

2.1.1. Salud

2.1.1.1 Definición, desde la Filosofía de las Ciencias

La salud, no es más que este superávit de recursos que permite al ser vivo responder a las infidelidades del medioambiente. Gozar de buena salud, dice, es poder abusar impunemente de la propia salud. La enfermedad y la muerte sobrevienen cuando no queda margen y las exigencias del medio cambian o aumentan. (Canguilhem, 1968)

2.1.1.2 Filosofía de Hipócrates

“Un hombre sabio debería darse cuenta de que la salud es su posesión más valiosa”. (Hipócrates, 330 A.C.)

“La función de proteger y desarrollar la salud debe ser incluso superior a la de restaurarla cuando está deteriorada”. (Hipócrates, 330 A.C.)

2.1.2. Sistema de Salud del Ecuador

2.1.2.1. Sistema de Salud Público

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades los cuales su financiamiento proviene de fuentes fiscales y las Instituciones de Seguridad Social (IESS) Instituto de Seguridad Social de las

Fuerzas Armadas (ISSFA) Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional que se financian a través de pagos por los empleadores y trabajadores, por último el sector privado y otros esquemas prepagos sólo son accesibles a los estratos de altos ingresos y muy pocos hogares de ingresos bajos alcanzan a cubrir estos servicios cuando sus demandas no han sido satisfechas por el sector público.

El MSP ofrece atención de salud a toda la población del país, el MIES y la Municipalidades cuentan con programas y establecimientos en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de Seguridad Social cubren a la población asalariada afiliada, los afiliados voluntarios y los jubilados. (Salud, 2017)

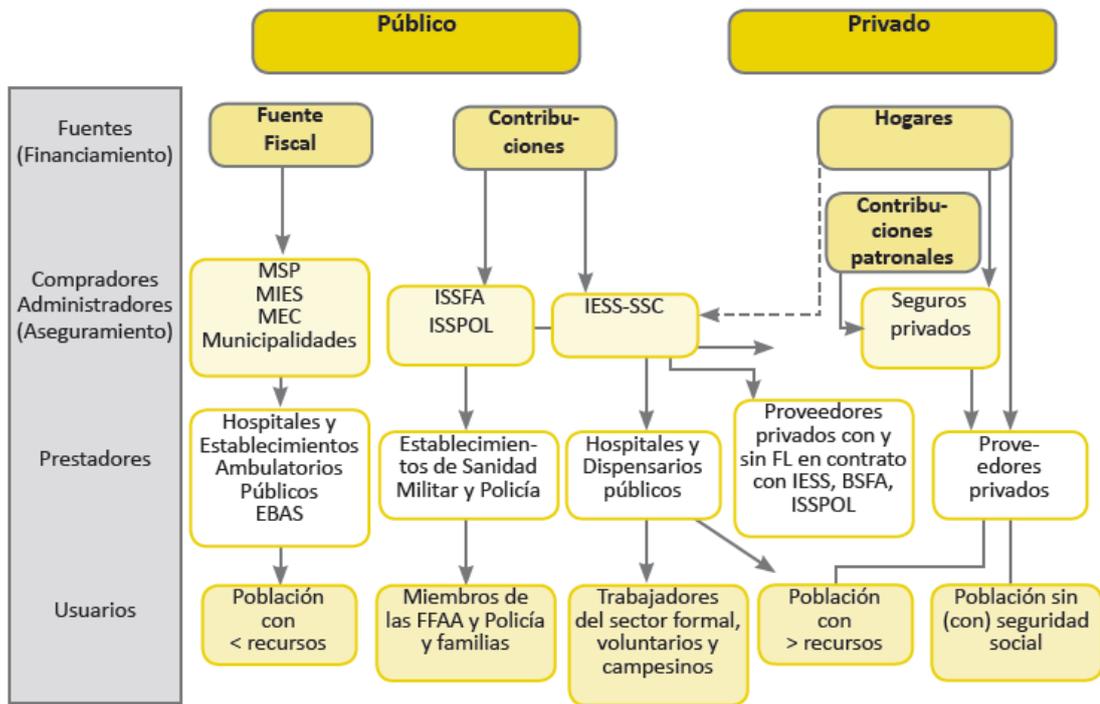


Figura 4. Integrantes del Sistema de Salud del Ecuador y su financiamiento.

Fuente: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS, 2010)

2.1.2.2. Sistema de Salud Privado

“El sector privado comprende entidades con fines de lucro debidamente certificadas (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y Organizaciones no lucrativa de la sociedad civil y de servicio social” (Desarrollo, 2010), coexiste con el sistema de salud pública para complementarse o ser una alternativa para aquella población con mayor poder adquisitivo.

El Sistema de Salud Privado se compone de los siguientes integrantes:

- **Personas Naturales y Empresas de mediano y gran tamaño:** Son aquellos que compran el seguro y demandan la atención médica.
- **Corredor de Seguros:** Es la fuerza de ventas de la aseguradora, asesora al usuario contratante del seguro y cobra una comisión por la venta.
- **Compañías de Seguros:** Son las que financian la operación, administran los fondos generados por las ventas de los contratos, reciben la prima pagada por el cliente, negocia con el prestador de salud para ofrecer beneficios a los usuarios.
- **Prestadores de Salud:** Presta el servicio de atención médica, cobra a las aseguradoras por este servicio o los copagos al asegurado.

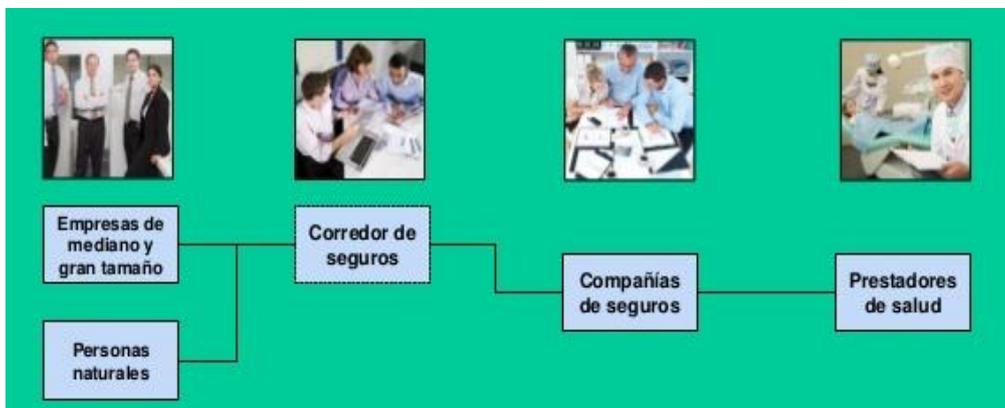


Figura 5. Integrantes del Sistema de Salud Privado

Fuente: Compañías de Seguros Privados de Salud

2.1.3. Los Seguros Privados

2.1.3.1. Definiciones

Un seguro es “un contrato por el que alguien se obliga mediante el cobro de una prima a indemnizar el daño producido a otra persona, o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas” (RAE, 2016).

Un seguro es un valor económico y comercial y a la vez un instrumento que permite, a todas las personas avizorar y garantizar la situación económica ante hechos futuros, susceptibles de ocurrencia y de los que la persona que opta por él ni nadie pueda tener certeza (Red Financiera Credomatic, 2008, pág. 336)

Podríamos definirlos como un servicio que pagamos a una compañía de seguros para estar protegidos en caso de que nos ocurra alguna emergencia o calamidad que amenace nuestras vidas o nuestro capital, es una forma de protección frente a la posibilidad de sufrir alguna pérdida pues, en caso de no contar con una póliza tendríamos que gastar nuestros ahorros destinados a cumplir determinadas metas, lo que provocaría que estas no se puedan alcanzar o se retrasen. (Hernán, 2012, pág. 18)

2.1.3.2. Antecedente Histórico

Parafraseando a (Suarez, 2012), la historia del Seguro se remonta a la antigüedad, cuando en las civilizaciones de Grecos, Romanos, Babilonios e hindúes se financiaban contratos para cubrir pérdidas. Las asociaciones religiosas en la edad media colectaban y distribuían fondos entre sus miembros en caso de la muerte de alguno de ellos. Entonces la actividad aseguradora inicia hace más de 4000 años donde las sociedades establecían fondos comunes para ayudar a los más necesitados como un sistema de solidaridad adoptando el Sistema de Ayuda Mutua. Desde entonces hasta la actualidad el sistema actuarial y legal ha regido todos los contratos de seguros en sus diferentes ramos y coberturas.

2.1.4. Seguros de Asistencia Médica

2.1.4.1. Definición

Se define a un seguro de asistencia médica como aquel que cubre el riesgo financiero causado por una enfermedad o accidente del asegurado y/o sus dependientes, cubriendo los costos de los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, e internamiento en clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades según los límites que figuren en la póliza.

2.1.4.2. Tipos

Este tipo de seguros puede ser contratado de forma individual, por grupo familiar o de forma corporativa.

2.1.4.3. Características

Los **seguros médicos** ofrecen una mayor tranquilidad a sus usuarios, ya que proporcionan una serie de servicios y ventajas que resultan de gran utilidad en el momento en que más se necesitan: cuando se produce una enfermedad o acontece cualquier problema de salud.

El **funcionamiento** de un seguro médico o de asistencia sanitaria no se diferencia de cualquier otro tipo de seguro: el cliente paga una prima y, a cambio, accede a una cobertura sanitaria que viene perfectamente detallada en la póliza contratada.

Sí cabe explicar que esta **cobertura** se puede satisfacer de dos maneras, bien a través del cuadro médico que la propia aseguradora pone a disposición de su cliente (y esto incluye hospitales, clínicas y profesionales sanitarios), o bien permitiendo que el asegurado escoja en qué centro médico y qué profesionales desea que le atiendan (opción de reembolso), (...) la primera de estas opciones es la más utilizada, aunque muchos usuarios valoran la capacidad de poder

elegir libremente dónde y quién les atiende. Es una de las ventajas de los seguros médicos, a la que se suman otras que a continuación detallamos.

2.1.4.4. Ventajas

Uno de los principales motivos por los que muchas personas deciden hacerse con un seguro de asistencia sanitaria es por la **rapidez en la atención**. Los hospitales y centros privados cuidan mucho este aspecto y entre sus prioridades está el acortar lo máximo posible los tiempos que los usuarios tienen que esperar para ser atendidos, diagnosticados y tratados. Además, en la sanidad privada cabe la posibilidad de acudir directamente al especialista, sin necesidad de pasar por el médico de cabecera.

En este sentido, los centros y hospitales de los seguros médicos ofrecen un **horario de atención** mucho más amplio y que se adapta a las necesidades de cualquier usuario.

Esa **flexibilidad** también se traduce en que el paciente puede escoger entre los numerosos profesionales que componen el cuadro médico de su seguro. De esta forma, si el usuario no está satisfecho con un médico en concreto o, sencillamente, desea ser tratado por otro profesional, no tiene más que solicitarlo a su aseguradora.

Igual de sencillo resulta pedir una **segunda opinión médica**, una de las opciones más apreciadas por los usuarios y que ayuda a reforzar la eficacia de los seguros médicos. Así, ante cualquier enfermedad o problema de salud, el asegurado puede contar con la tranquilidad de que su caso puede ser estudiado por más de un profesional.

Y hablando de opciones sanitarias, son cada vez más los seguros médicos que ofrecen el acceso a **técnicas y profesionales** de las llamadas ‘medicinas alternativas’. Hasta ahora, el acceso a este tipo de tratamientos estaba restringido a clínicas o consultas privadas, pero son cada vez más los cuadros médicos privados los que te dan la posibilidad de incorporar este tipo de

alternativas a su cartera de servicios (...) también se extiende al ámbito internacional, ya que muchos seguros ofrecen coberturas sanitarias cuando se está de **viaje en un país extranjero**.

Por último, un ‘detalle’ que marca la diferencia son las **instalaciones hospitalarias** que los seguros privados ponen al servicio de sus asegurados. A este respecto, es especialmente apreciada por los usuarios la posibilidad de contar con una habitación individual para cada paciente, así como una serie de comodidades para el familiar que le acompaña durante las noches de hospitalización.

2.1.4.5. El Precio de un Seguro Médico Privado

La amplia oferta que existe en la actualidad en cuanto a seguros médicos ha hecho que los precios de las primas se hayan vuelto muy competitivos en los últimos años. Pero para entender cómo funciona el coste de estas primas hay que señalar que, como en cualquier otro seguro, el precio varía en función del riesgo que la aseguradora asume. Veamos qué factores influyen en el coste de un seguro médico:

La edad del asegurado: las personas jóvenes son menos propensas a padecer enfermedades o desarrollar alguna patología grave, por lo que para ellas el seguro médico es mucho más barato que para asegurados de mayor edad. Lo normal es que la prima del seguro vaya incrementándose conforme el usuario vaya cumpliendo años. Véase tabla 2 y 3.

Tabla 2 *Cotización Seguro Médico*

10	Región:	Costa	
12	DATOS		OTROS DEPENDIENTES*
14	Nombre del titular	Padre de Familia	Edad Dependiente (1)
16	Edad Cumplida	30	
18	Nombre del Cónyuge		Edad Dependiente (2)
20	Edad Cumplida		
22	Edad cumplida hijo (1):		Edad Dependiente (3)

Fuente: Cotizador Personal

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Tabla 3 *Precio de Seguro Médico generado*

67	Cobertura para Condiciones Preexistentes declaradas, por persona por año Contrato				
68	Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas				2 años
69	Cobertura a partir del 3er año				20 Salarios básicos unificados
70	Cobertura para condiciones Preexistentes de acuerdo a Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento				
71	Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.				20 Salarios básicos unificados
72	Periodo de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad				90 días
73					
74	Opciones con beneficio de Maternidad				
75	Deducible por año contrato, por persona	Valor Neto	Contado	Tarjeta de Crédito	Débito mensual
76	USD 120	\$ 1683 + IMP	\$ 1.544,68	\$ 1.691,09	\$ 140,92

Fuente: Cotizador Personal

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Coberturas que se contratan: el precio de la prima también depende de los servicios a los que el asegurado accede. Lo habitual es que cuanto mayor sea la cartera de servicios a la que se accede, mayor sea también el precio del seguro.

Copago: la mayoría de seguros médicos ofrecen la opción de copago a sus usuarios. Esta opción se resume en que el asegurado pagará una pequeña cantidad de dinero cada vez que acceda a los servicios de su seguro médico; en contrapartida, la prima mensual o anual que debe abonar este asegurado será más reducida. Esta es una forma de reducir la factura del seguro si el usuario prevé hacer poco uso de su cobertura sanitaria.

Como última reflexión podemos añadir que, en la actualidad, contar con un seguro médico es una garantía adicional de cara a afrontar con rapidez y tranquilidad cualquier problema de salud que nos surja. (BBVA, 2019)

Deducible: Se refiere al monto que el cliente asume en su primer gasto por utilizar la póliza y que varía dependiendo de las políticas de la empresa.

A continuación, un ejemplo de estos dos últimos conceptos:



Figura 6. Ejemplo de Coaseguro y Deducible

Fuente: BlueCross & BlueShields of Texas

Monto de Cobertura: Valor de indemnización económica total de la cobertura de la póliza.

Beneficios: Son las coberturas tanto económicas como en servicio sobre las enfermedades, embarazos o eventos que necesiten de atención médica

Beneficios Adicionales: que se aportan al plan médico como ventaja competitiva en diferentes aspectos como seguros de viajero, seguros de vida, seguros exequiales, etc.

Tablas de Convenios: Con Farmacias, Hospitales o Centros Médicos que le ofrecen al cliente ciertos descuentos o menores copagos al momento de utilizar sus servicios.

2.1.4.6. Cobertura

Dentro del contrato de seguro son todos y cada uno de los riesgos que el asegurador se compromete a cubrir y los cuales se encuentran señalados en la póliza. Por ejemplo, las coberturas que le ofrece el asegurado a través de la póliza son: contra enfermedades, accidentes, en el caso de que ocurra un

siniestro el asegurado deberá ser indemnizado de acuerdo con las condiciones de la póliza hasta los montos señalados en éste. [sic]

2.1.4.7. Cobertura Extendida

Es una cobertura adicional monetaria o de servicio que la compañía realiza como estrategia comercial y se ofrece al asegurado como un plus a su plan contratado, normalmente no está en el contrato de la póliza sino como un anexo.

Siniestros y Primas emitidas

La emisión de primas por riesgo corresponde el principal giro de negocio de una entidad aseguradora y, por tanto, su principal fuente de ingresos. De esta forma el crecimiento y gestión de las primas, la evaluación de los niveles de exposición a riesgos y la cobertura de riesgos a través de reaseguros y provisiones, son de vital importancia para garantizar la sostenibilidad de una entidad aseguradora en el tiempo.

Primas emitidas: Corresponden a la cantidad de seguros que se contratan.

Costos y Rentabilidad de una Póliza

Costo de siniestros: Corresponde a la cantidad de pagos por indemnización que realiza una empresa aseguradora, sujeta a las condiciones de la prima contratada, una vez que ocurre el evento asegurado.

Índice de Siniestralidad:

Definición

El indicador de índice de siniestralidad se define como los siniestros producidos en un período divididos entre las primas devengadas en el mismo período. El período puede ser un año fiscal o cualquier otro período contable. Un índice

de siniestralidad del 70% significa que por cada 100 de primas devengadas en un período contable determinado, 70 se devuelven en forma de beneficios (siniestros).

Cómo se calcula:

El índice de siniestralidad es un porcentaje que obtiene de la siguiente operación:

Ecuación 1:

$$\text{Índice de Siniestralidad} = \frac{\text{Siniestro anual pagado}}{\text{Prima anual de Póliza Emitida}}$$

Este índice de siniestralidad representa el costo porcentual de los siniestros ocurridos en un período determinado, normalmente de un año, que es el tiempo de vida de una póliza.

Gran parte del margen de las empresas de seguros proviene de la diferencia entre la prima neta emitida y el costo de siniestros pagados, por lo que la capacidad de las instituciones de seguros de analizar y anticipar el riesgo, ayuda a las empresas a generar mayores márgenes de rentabilidad.

Por otra parte, un índice de siniestralidad que se mantiene en niveles bajos también puede ser problemático, ya que puede ser indicativo de productos irrelevantes o de dificultad de reclamación. Si el índice de siniestralidad bajo se mantiene, con el paso del tiempo la población asegurada podría perder interés en el programa como consecuencia de su valor inferior, lo que podría suponer una invitación a un competidor para prestar un mejor servicio al mismo mercado. (Wipf & Garand, 2012)

Las empresas aseguradoras miden el siniestro por variables como edad, enfermedad, accidentes, etc., por separado o en forma general y obtienen un porcentaje al que se le llama índice de siniestralidad, de esta manera pueden

tomar las alternativas y estrategias del caso para protegerse de caer en costos muy altos de siniestros pagados.

Gastos Operativos de una Póliza

Gastos Comerciales: El mayor gasto en este rubro, es el de la comisión que la Aseguradora paga a las Agencias Productoras de Seguros, este porcentaje es del 25% al 30% aproximadamente, se suman los gastos de publicidad, capacitación, bonos por cumplimiento, premios, etc.

Gastos Administrativos: Activación de Cuenta, Emisión de Póliza, manejo de siniestros, atención al cliente, etc.

Gastos de Reaseguros: Las Reaseguradoras son compañías que “aseguran” a las compañías Aseguradoras por medio de un contrato donde éstas ceden parte del ingreso de sus primas a cambio de que las Reaseguradoras asuman una parte también del riesgo de los siniestros de esa póliza.

2.1.4.8. Situación Actual en el Ecuador

La evolución política de Ecuador en los últimos años se ha caracterizado por mayores inversiones en el sector social, sustentadas en el concepto del Buen Vivir, que se constituye en el horizonte fundamental de la acción del Estado plasmado en la nueva Constitución de 2008 y en el plan nacional 2009-2013.

El texto constitucional especifica el rol y las responsabilidades del Estado en materia de salud y caracteriza a los servicios públicos de salud destacando la universalidad y la gratuidad, disponibilidad de medicamentos de calidad, seguros y eficaces, atención prioritaria requerida, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado.

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de

Salud (LOSNS), y detalla en su artículo 2 “tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas y privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”. Así, el SNS desempeña cinco funciones fundamentales y sin embargo, a pesar de la fuerte inversión del Estado en la salud pública, el principal problema es la escasez de personal de salud, medicamentos, capacidad instalada para exámenes diagnósticos lo que limita su capacidad de resolución en atención primaria y especializada ya que la demanda supera todos los recursos implementados (UNASUR, 2012). Véase tabla 4.

Tabla 4 *Funciones del Sistema Nacional de Salud*

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.	La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.	Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadores de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Iessfa e Iesspol.	El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.
Constitución de la República del Ecuador Art. 361	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13

Fuente: Gestipolis.com

Evidentemente la necesidad (insatisfecha) de afiliación o cobertura de seguro de salud es heterogenea de acuerdo a la distribución del ingreso en un contexto etario. Por ejemplo, en la siguiente figura se puede apreciar que la proporción de población no cubierta o afiliada a un seguro de salud asciende al 81% en los hogares del Quintil 1, mientras que la proporción no cubierta o afilada del Quintil 5 es del 28%. (F. Llerena, M. A. Pinto y M. C. Pinto, 2017). Ver tabla 5

Tabla 5 Necesidad Insatisfecha de Cobertura de Seguro de Salud

Grupo Poblacional	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5		Total	
	Media	s.e.										
Area												
urbana (n=67,070)	87%	(0.91%)	75%	(1.12%)	62%	(1.04%)	48%	(1.10%)	28%	(0.88%)	60%	(0.70%)
rural (n=46,202)	76%	(1.35%)	66%	(1.78%)	54%	(1.81%)	45%	(2.19%)	28%	(2.65%)	63%	(1.19%)
Total (n=113,272)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)
Sexo												
hombre (n=55,761)	81%	(0.97%)	69%	(1.08%)	54%	(1.14%)	43%	(1.14%)	27%	(1.03%)	58%	(0.67%)
mujer (n=57,511)	82%	(0.88%)	75%	(1.01%)	66%	(0.99%)	51%	(1.10%)	29%	(0.93%)	64%	(0.62%)
Total (n=113,272)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)
Grupo de Edad												
0 a 4 años (n=9,249)	84%	(1.26%)	66%	(2.17%)	45%	(2.12%)	29%	(2.22%)	14%	(1.91%)	56%	(1.18%)
5 a 14 años (n=24,237)	81%	(1.12%)	65%	(1.44%)	46%	(1.64%)	28%	(1.74%)	16%	(1.58%)	57%	(0.87%)
15 a 24 años (n=20,822)	84%	(1.10%)	80%	(1.14%)	72%	(1.10%)	66%	(1.39%)	52%	(1.70%)	74%	(0.63%)
25 a 64 años (n=49,507)	80%	(0.94%)	73%	(0.96%)	63%	(0.91%)	48%	(0.99%)	27%	(0.88%)	58%	(0.63%)
65 y mas (n=9,452)	75%	(1.87%)	74%	(1.83%)	67%	(1.92%)	55%	(2.10%)	26%	(1.79%)	59%	(1.07%)
Total (n=113,267)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)

Fuente: Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) 2016

De acuerdo con el último registro de la Superintendencia de Compañía, Valores y Seguros, en el año 2016 este mercado estuvo compuesto de 307 entidades que en conjunto manejaron comisiones por USD 170,83 millones, presentó un freno en el crecimiento que venía registrando en años anteriores tanto en comisiones como en número de empresas.

El mercado de seguros en el país tuvo un crecimiento sostenido en primas hasta el año 2015, posteriormente perdió dinamismo. A mediados del 2015 se empezó a sentir una desaceleración en la economía del Ecuador, debido a varios factores como: la caída de los precios del petróleo y algunas medidas tomadas por el Gobierno que hicieron que la industria y el comercio entren en un letargo económico, disminuyendo la producción, importaciones y finalmente las ventas (Álvarez, 2017). Ver tabla 6.

Tabla 6 Evolución del Mercado de Asesores Productores de Seguros

	2012	2013	2014	2015	2016
Total Comisiones de empresas (USD Millones)	140,17	151,32	167,97	172,81	170,83
# de empresas	348	358	373	400	307
Participación de mercado / 20 más grandes	51,98%	51,91%	52,54%	53,35%	61,34%

Fuente: Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (mayo 2017)

El mercado de la Salud Privada a pesar de ser uno de los más competitivos en el país, tuvo una contracción en el tamaño de su mercado, 2017 fue importante en el sector asegurador para las empresas de medicina prepagada, luego de la entrada en vigencia de la nueva Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a la de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, 25 firmas brindaban el servicio hasta octubre del 2017, con la ley de regulación a las compañías de medicina prepagada y seguros de asistencia médica se causó la salida de varias empresas que ya no están autorizadas para operar por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros por no cumplir con los requisitos de:

- Capital suscrito de 1 millón de dólares
- Mantener requerimientos de solvencia y reservas de 100 mil dólares
- Reembolso a la Red Pública por atención a sus clientes en las instalaciones médicas estatales.
- Modificaciones en las condiciones sobre preexistencias, prestación de servicios adicionales a trasplantes de órganos, ciertas enfermedades o discapacidades.
- Aprobación de planes por medio de una nueva entidad, la Agencia de Aseguramiento de Calidad de Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS) controlado por el Ministerio de Salud.
- Aprobación de precios por medio de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.
- **Notas técnicas** (Documentos en los que se establecen primas o montos mínimos y máximos que deben cobrar los seguros a empresas o personas para asegurarlos contra riesgos) aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

La entrada de una nueva autoridad, como lo es el Ministerio de Salud, a través de la Access, ha ocasionado ciertos retrasos en autorizaciones que afectan el desenvolvimiento de la actividad. Se han complicado los trámites para aprobar nuevos planes y notas técnicas, en algunos casos toman meses (Salas, 2018), *Presidente de la Federación Ecuatoriana de Empresas de Seguros, (FEDESEG)*

“Este entorno regulatorio y de riesgo lleva a que cada compañía evalúe su posición competitiva en el mercado y defina a qué segmentos ofrecer sus servicios” (Albuja, 2018), *Presidente de La Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada AEEMIP*.

Parafraseando a. (Mariela Rosero, 2019) *Diario El Comercio*, para febrero del 2018 sólo sobrevivieron 19 de empresas: 11 con sede en Quito y 8 en Guayaquil que están autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, [Ver en tabla 7], a pesar de esta reducción, la oferta comercial se mantiene ya que existe el mismo número de Agencias o Brókeres en el país que son productoras de seguros encargadas de representar a estas empresas y ser intermediarias en la comercialización de contratos de seguros que día a día compiten en cuanto servicio, estrategias de captación y retención de clientes, de este modo se garantiza su éxito, su permanencia y logro del cumplimiento de los requisitos que exige la ley.

Tabla 7 *Empresas autorizadas para ofrecer servicios de Medicina Prepagada*

1.Asisken Asistencia Médica S.A
2.Best Doctors S.A
3.Bluecard Ecuador S.A
4.BMI Iguales Médicas del Ecuador S.A
5.Compañía de Medicina Prepagada Inmedical Medicina Internacional
6.Confiamed S.A
7.Ecuasanitas S.A
8.Latina Salud Compañía de Medicina Prepagada S.A. Latina Salud
9.MED- EC S.A
10.Medicina para el Ecuador Mediecuador Humana S.A.
11.Medicina Prepagada Cruz Blanca S.A.
12.Mediken Medicina Integral Kennedy S.A.
13.Plan Vital, Vital Plan S.A.
14.Plus Medical Services S.A. Ecuatoriana de Medicina Prepagada
15.Primepre S.A.
16.Saludsa Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador
17.Sermedipre Servicio de Medicina Prepagada S.A.
18.Transmedical Health Systems S.A
19.Vumilatina Medicina Prepagada S.A.

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Es por esto que las empresas de Salud Privada están actualmente en un proceso de revisión de los planes según las nuevas regulaciones, con el fin de adaptarse a las necesidades y presupuestos de sus clientes, todo esto apalancados en mejoras de procesos de innovación tecnológica e incremento de beneficios en los planes y calidad en el servicio a los usuarios.

2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.2.1. Estudio de Factibilidad

Como lo menciona *Miranda, José en su libro Gestión de Proyectos 2005*, (como se citó en *Gestiopolis, s.f.*), es un instrumento que sirve para orientar la toma de decisiones en la evaluación de un proyecto, corresponde a la última fase de la etapa pre operativa o de formulación dentro del ciclo del proyecto, con él se investiga y descubre si la idea de negocio o mejora es viable por medio de una revisión y redefinición en base a un estudio, se ajusta el modelo o la idea y las estrategias para ponerlo en marcha. Se valora cualitativa y cuantitativamente las ventajas y desventajas de destinar recursos a una idea o beneficio adicional a un producto, de esta correcta evaluación dependerá la contribución al desarrollo y bienestar de la empresa y de sus clientes.

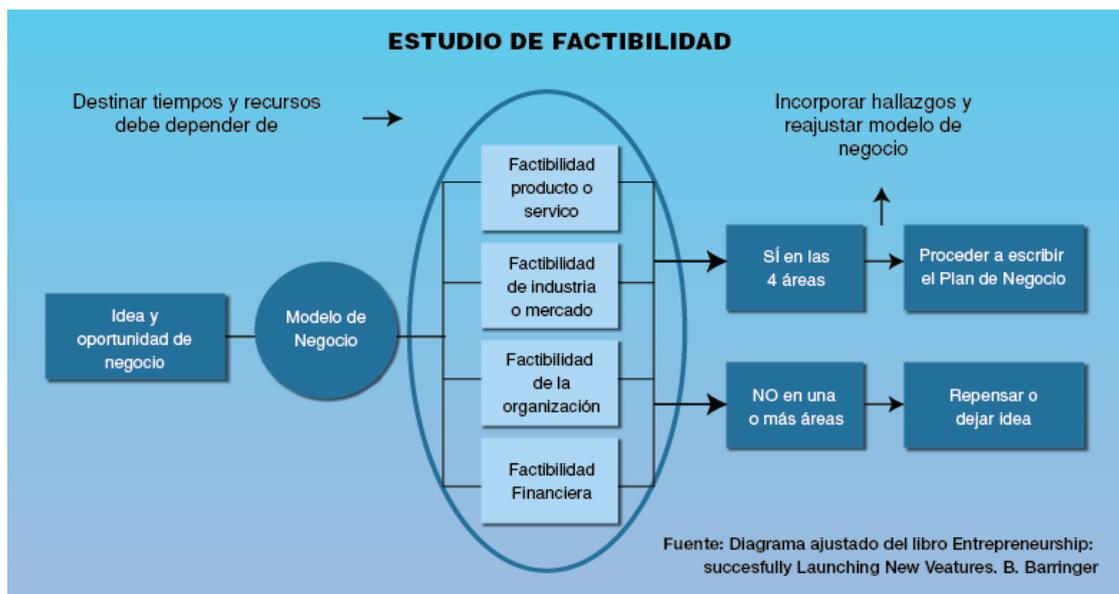


Figura 7. Etapas de un Estudio de Factibilidad

Fuente: Diagrama ajustado del libro *Entrepreneurship: succesfully launching New Veatures*. B. r

El análisis de factibilidad es la primera fase del ciclo para evaluar un proyecto, un estudio ejecutable es aquel que aprueba los siguientes estudios básicos.

Según Barringer e Ireland (2010), en su libro *Entrepreneurship: Successfully Launching New Ventures*, Pearson Prentice Hall, 3a. ed. Y Bygrave y Zacharakis; *Entrepreneurship*; John Wiley & Sons, 2a. ed. Osterwalder, Alexander (2010), *Business Model Generation*; Wiley. como se citó en (Ruíz, 2013) un estudio de factibilidad se analiza de la siguiente forma:

Factibilidad de Producto o Servicio: Para evaluar la factibilidad del producto o servicio, el emprendedor debe corroborar si sus beneficios serán valorados por el mercado meta. El primer paso para obtener esta información es simplemente pedir a los clientes su opinión. Aunque parecería obvio, en muchas ocasiones los emprendedores cometen el error de crear un producto con las características que ellos mismos consideran relevantes y se olvidan de preguntar la opinión de los clientes potenciales, quienes son los que interesa realmente que utilicen y compren el producto.

Esta recopilación de datos se puede efectuar a través de aplicar a 20 o 30 personas que cumplan con las características del mercado meta, una prueba de concepto mostrando una descripción preliminar de la idea de negocio y definiendo los beneficios del producto. No es necesario aplicar un número elevado de pruebas, ya que no se trata de obtener una muestra representativa, sino, más bien, de conocer la opinión de algunos clientes potenciales. Una vez recabada la información, debe ponderarse si el concepto presentado resulta atractivo y si coinciden las opiniones. Si son negativas o se trata de recomendaciones, indican que es necesario redefinir o ajustar el producto. También pueden realizarse uno o dos grupos focales para conocer más sobre la percepción del producto o servicio.

Factibilidad de Mercado: En el estudio de factibilidad no se pretende realizar una investigación exhaustiva del mercado, sino únicamente entender la estructura de la industria en la que se quiere participar y los retos que presenta. Asimismo, el emprendedor debe evaluar si la industria en la que desea participar es atractiva, para lo cual tiene que identificar algunas de las siguientes

características: que la industria se encuentre todavía en una etapa de crecimiento, que no se encuentre en etapa de madurez, que esté fragmentada en cuanto al número de competidores, que tenga altos márgenes operativos o que no se encuentre saturada. Si las características de la industria no son atractivas, el emprendedor deberá considerar otras estrategias para competir mejor o bien deberá decidir si realmente vale la pena competir en ella.

Factibilidad Organizacional: La meta de la factibilidad organizacional es evaluar si las destrezas y habilidades del equipo actual son las necesarias y suficientes para poder ejecutar la idea exitosamente.

El emprendedor debe tener el liderazgo para reconocer si se debe reforzar al equipo, ya sea invitando a nuevos socios o a través de la contratación de empleados clave. En el caso de que sea necesario buscar nuevos integrantes, el emprendedor debe hacer una valoración honesta sobre las habilidades que le hacen falta al equipo para poder atraer a la persona correcta, asegurándose que esta persona comparta la visión y pasión por el negocio.

Aun cuando el equipo sea pequeño, es indispensable que se escriban las responsabilidades de cada una de las personas que trabajarán en la empresa, así como los sueldos (sin importar si al inicio no se percibirán) y la jerarquía de cada uno de los puestos.

Factibilidad Legal: [Normalmente se estudia dentro de la factibilidad organizacional, pero en este caso se analizará de forma independiente] Determina la existencia de obstáculos legales para la implementación de la idea o proyecto fuera y dentro de la empresa, obtención de los permisos legales, patentes y propiedad intelectual.

Factibilidad Financiera: Aquí no se realiza un plan financiero completo, el objetivo es detallar el costo – beneficio de la operación antes de implementar la idea.

Todas estas fases deben ser complementarias y estrictamente viables, ninguna puede ser excluida o el proyecto no será factible.

Punto de Equilibrio:

Cuando decidimos emprender un proyecto y evaluarlo para determinar su factibilidad, una de las herramientas que utilizamos es el análisis del punto de equilibrio. Este consiste en determinar la cantidad de bienes y/o servicios que debemos generar y comercializar en el mercado para cubrir nuestros costos totales.

En pocas palabras el punto de equilibrio para cada uno de los períodos de nuestra operación es aquel donde:

$$\text{Ingreso Total (Cantidad Producida x Precio)} = \text{Costos Totales}$$

Siendo:

$$\text{Costos Totales} = \text{Costos Fijos Totales} + \text{Costos Variables Totales}$$

Para quienes no estén familiarizados con las definiciones de costos, los fijos son aquellos en los que incurrimos independientemente del nivel de producción, como por ejemplo el salario del personal administrativo, el alquiler del local donde operamos o los intereses y amortización del financiamiento que hemos obtenido y que tendremos que pagar así no hayamos generado ni vendido ningún bien. Por otra parte, los costos variables dependen directamente de la producción, por ejemplo, la compra de insumos, las horas de maquinaria utilizada, etc. [*sic*]

Cómo calculamos el punto de equilibrio:

Para calcular el número de unidades que debemos producir para estar en equilibrio, partimos de las siguientes ecuaciones:

$$\text{Ingreso Total} = \text{Cantidad (q)} \times \text{Precio (p)}$$

$$\text{Costo Total} = \text{Costo Fijo Total (CFT)} + \text{Costo Variable Total (CVT)}$$

Ahora bien, el costo variable total podríamos expresarlo en función del costo variable por unidad producida (CVU), dividiéndolo entre la cantidad total de bienes que esperamos producir en un período determinado (q):

$$CVU = CVT/q$$

Sustituyendo ahora en la ecuación de los costos totales tendríamos que:

$$CT = CFT + (CVU \times q)$$

Fíjense que si en esta expresión sustituimos q por el número de unidades que esperamos efectivamente producir, volveríamos a la ecuación original donde el costo total es igual a la suma de los costos fijos totales y los costos variables totales.

El siguiente paso es igualar nuestra función de ingreso total a la de costo total teniendo entonces que:

$$IT = CT = p \times q = CFT + (CVU \times q)$$

Despejamos el CFT quedando la ecuación de la siguiente manera

$$(p \times q) - (CVU \times q) = CFT$$

Si sacamos factor común q tenemos que:

$$q^* (p - CVU) = CFT$$

Y por último despejamos q y obtenemos que el punto de equilibrio es aquel donde esta variable es igual al CFT dividido entre la diferencia del precio y el costo variable por unidad producida (CVU).

$$q^* = CFT / (p - CVU)$$

Este resultado es de suma utilidad ya que, como lo muestra el gráfico a continuación, nos permite demarcar la frontera entre los niveles de producción que generan pérdida (puntos a la izquierda del equilibrio) y los que generan ganancia (puntos a la derecha del equilibrio).

Conociendo el punto de equilibrio podemos determinar si, dada la capacidad utilizada, nuestra empresa o negocio puede producir los suficientes bienes y/o servicios para cubrir los costos y generar eventualmente un beneficio.

Como de costumbre un ejemplo nos ayudará a entender mejor el cálculo. Supongamos que en nuestro año uno de operaciones estimamos costos fijos iguales a 2000, una producción de 1500 unidades a un precio de 10 y costos variables totales de 3000. Según estos datos calculamos primero el costo variable medio por unidad producida:

$$CVU = 3000/1500 = 2$$

Dado este resultado calculamos la cantidad de equilibrio

$$q^* = CTF / (p - CVU) = 2000 / (10 - 2) = 250$$

El resultado obtenido en este sencillo ejemplo nos indica que nuestra estimación de bienes producidos $q = 1500$ está por encima de la cantidad de equilibrio $q^* = 250$, razón por la cual estaríamos no solo cubriendo los costos, sino que además generaríamos beneficios con nuestra operación. [*sic*]

En el caso contrario, si nuestra proyección de producto estuviese por debajo de las 250 unidades estaríamos incurriendo en pérdidas al no poder costear la operación. [*sic*] (Blanco, 2005)

2.2.2. Estrategia

El análisis y la intuición proporcionan una base para tomar decisiones respecto a la formulación de la estrategia (...) el *desarrollo de productos* es una estrategia que intenta aumentar las ventas por medio del mejoramiento o la modificación de los productos o servicios actuales. Las estrategias nunca toman en consideración todas las alternativas posibles que podrían beneficiar a la empresa porque existe un número infinito de acciones posibles y de maneras de implantar dichas acciones (David, 2003, págs. 166-215).

En este estudio, se analiza mejorar el plan médico en base a su cobertura, haciendo una extensión de beneficios y las alternativas posibles las proporcionará el mismo usuario.

2.2.3. Encuesta

La técnica de encuesta para obtener información se basa en el interrogatorio de los individuos, a quienes se les plantea una variedad de preguntas con respecto a su comportamiento, intenciones, actitudes, conocimiento, motivaciones, así como características demográficas y de su estilo de vida (Naresh, 2008)

Para el desarrollo del proceso de este estudio se utilizará la encuesta por ser la técnica ideal para obtener información que pueda ser comprobada sobre el comportamiento del consumidor.

2.2.4. Focus Group

Como lo mencionan Frey y Fontana, 1993 (Como se citó en Barbour, 2013), utiliza la expresión “entrevistas grupales”, pero describe un enfoque al que es más común hacer referencia bajo la denominación de “debates de grupos de discusión”, que se basa en generar interacción entre los participantes y analizarla, más que en plantear sucesivamente la misma pregunta (o lista de preguntas) a cada participante en el grupo. (p.15)

En los últimos años, la investigación cualitativa ha disfrutado de un período de crecimiento y diversificación sin precedentes a medida que se ha convertido en un enfoque de investigación establecido y respetado a través de diversas disciplinas y contextos. A pesar de la multiplicidad de enfoques para la investigación para la investigación cualitativa, es posible identificar algunos rasgos comunes. La investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de “ahí afuera” (no en entornos de investigación especializada (...)) entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales “desde el interior” de varias maneras diferentes:

- Analizando la experiencia de los individuos o de los grupos. Las experiencias se pueden relacionar con historias de vida biográficas o con prácticas (cotidianas o profesionales); pueden tratarse analizando el conocimiento cotidiano, informes e historias.

- Analizando las interacciones y comunicaciones mientras se producen.

Esto se puede basar en la observación o el registro de las prácticas de interacción y comunicación, y el análisis de ese material.

- Analizando documentos (textos, imágenes, películas o música) o huellas similares de las experiencias o interacciones.

La elección del tipo de muestreo para una investigación de mercado dependerá siempre de la información y el nivel de confianza que desees obtener. Existen métodos probabilísticos, los cuales consisten en elegir a los participantes de manera aleatoria; en los no probabilísticos se realiza una selección de personas que cubren ciertos criterios. (Barbour, 2007/2013). *Doing Focus Group, London. [Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa] Madrid (Tomás del Amo y Carmen Blanco, trad.) (pp. 15-24).*

La elección del tipo de muestreo para una investigación de mercado dependerá siempre de la información y el nivel de confianza que desees obtener. Existen métodos probabilísticos, los cuales consisten en elegir a los

participantes de manera aleatoria; en los no probabilísticos se realiza una selección de personas que cubren ciertos criterios.

Método Probabilístico:

Al ser un proceso en el que interviene la aleatorización, es decir, brindar a todos los participantes las mismas oportunidades de ser seleccionados, se evitan los sesgos de muestreo, principalmente. También, si la muestra se realiza correctamente se garantiza una muestra representativa de toda la población.

Muestreo	Qué es
 <p>Aleatorio simple</p>	<p>Método por el cual todas las personas de un universo y que estén descritas en un marco muestral tienen las mismas posibilidades de participar.</p>
 <p>Estratificado</p>	<p>Consiste en dividir a la población objeto en diferentes subgrupos o estratos de forma que un individuo sólo tenga permanencia en uno de ellos. Si la clasificación es correcta, se espera, por ejemplo, que todas las mujeres de ese grupo actúen muy similar.</p>
 <p>Sistemático</p>	<p>Consistente en seleccionar a un individuo de forma aleatoria entre la población objetivo y, a partir de él, seleccionar para la muestra a cada "n" individuo disponible en el marco muestral.</p>
 <p>Conglomerados</p>	<p>Se refiere a la selección de una muestra que reúne todas las variables a estudiar y el grupo seleccionado representa correctamente a toda la población objetivo.</p>

Figura 8. Tipos de Muestreo Probabilísticos

Fuente: Stlantia Search 2018

Método No Probabilístico

A diferencia del método probabilístico en el que la base es la selección a través de un proceso aleatorio, en el no probabilístico la muestra es seleccionada

en función de criterios establecidos y de la accesibilidad a ella. La desventaja general es que, al no considerar porciones desconocidas de población, no se puede considerar el resultado obtenido como una generalidad (Atlantia Search, 2018) [sic].

Muestreo	Qué es
Conveniencia	Consiste en la selección de una muestra de la población por su fácil acceso a ella; es decir, se conjuga la necesidad de la investigación con la disponibilidad del participante.
Cuotas	Se le determina así a la división porcentual de la población total a estudiar a través de los criterios establecidos y es directamente proporcional y equitativa a ella.
Bola de nieve	Su importancia radica en que la muestra de estudio recomienda a personas de entre su círculo de interacción. Las recomendaciones son orientadas al perfil que busca el investigador.
Intencional	La selección de la muestra corresponde a los investigadores, quienes, previo a un estándar de criterios establecidos, eligen a quien cree que los cubre.
Consecutivo	La selección realizada también depende de la disponibilidad de la muestra, pero por un periodo extendido.

Figura 9. Tipos de Muestreo No Probabilísticos

Fuente: Stlantia Search 2018

La técnica del Focus Group se utilizará para identificar las necesidades y expectativas del cliente, conocer su percepción sobre el producto y analizar esta información para proponer el diseño de una estrategia que pueda mejorar el servicio para lograr captar el interés de los participantes en cuanto al deseo de adquirir o preferir un plan médico.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Seguros de Salud:** Es un contrato que brinda a los beneficiarios cobertura de los costos por atención médica y medicinas.
- **Póliza:** Documento escrito que contiene los términos del contrato entre la compañía de seguros y el contratante de la póliza.
- **Primas de seguros:** En el ámbito de los seguros, la prima es el costo del seguro o aportación económica que ha de pagar un asegurado o contratante a una compañía aseguradora por la transferencia del riesgo bajo las coberturas que esta última ofrece a sus clientes durante un determinado período de tiempo.
- **Preexistencias:** Condición, lesión o enfermedad que se manifestó por primera vez antes de la emisión de la póliza.
- **Factor de riesgo:** Cualquier aspecto de la salud, ocupación o actividad del asegurado que podría incrementar la mortalidad o padecimiento de enfermedad.
- **Carencia:** Tiempo de espera definido posterior a la emisión de la póliza durante el cual los gastos médicos en los que incurra el asegurado no tendrá cobertura por la póliza.
- **Persistencia:** La medida de cuánto tiempo una póliza permanece vigente.
- **Reclamo:** solicitud de pago o reembolso bajo los términos de la póliza.
- **Siniestralidad:** Es la expresión numérica y porcentual de la relación existente entre el costo de los accidentes o daños indemnizados por la aseguradora y las primas pagadas.
- **Cobertura:** Es el monto económico que la compañía de seguros estaría dispuesta a asumir en favor del asegurado de presentarse el riesgo cubierto.

- **Indemnización:** Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro, es decir la reposición económica en el patrimonio del asegurado que es afectado por un siniestro.
- **Estudio de Factibilidad:** Análisis para orientar la decisión de continuar o abandonar una idea o proyecto en la parte pre operativa del ciclo.
- **Prima Devengada:** Parte de la prima que corresponde al periodo de la póliza que ha transcurrido.
- **Prima Neta:** Primas emitidas por la aseguradora en la que no están incluidos los impuestos.

2.4. MARCO LEGAL

A continuación, se citan los términos legales sobre los que se rigen las empresas aseguradoras en lo referente a su constitución, actividades y los productos de salud que ofertan, el diseño de los mismos, las disposiciones de las entidades que las supervisan y controlan para aprobar dichos productos y conceptos básicos que estas leyes definen sobre este mercado.

Constitución del Ecuador

La Constitución presenta los siguientes aspectos legales relacionados al sector de la salud donde señala:

Que, el Art. 3 de la Constitución de la República establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes;

Que, el Art. 32 de la Constitución consagra a la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos;

Que, para el ejercicio del derecho a la salud el mismo artículo establece que el Estado dictará políticas públicas en los ámbitos económico, social, cultural, educativo y ambiental; y garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva;

Que, conforme el inciso segundo del artículo 32 de la Constitución, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Legales, 2015)

Ley Orgánica de Medicina Prepagada

Esta ley 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, indica lo siguiente:

Artículo 1.- Objeto.- La presente Ley tiene como objeto normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica; así como determinar la competencia para la aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación. - La presente ley es aplicable a todas las actividades que desarrollen, en cumplimiento de su objeto social, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; y a las inherentes a la cobertura de seguros de asistencia médica. (...)

Artículo 5.- Pertenencia al Sistema Nacional de Salud. - Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, formarán parte del sistema nacional de salud, a cuyas políticas públicas estarán sometidas obligatoriamente. (...)

Artículo 17.- Regulación, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. - La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tendrá las siguientes facultades de vigilancia y control respecto de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica (...)

3.- Regulación y aprobación, en forma previa a su comercialización, de los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, incluidos los que se oferten en el país para coberturas internacionales, así como para la modificación de aquellos;

Antes de comercializar un plan médico, realizar su modificación o en el caso de diseñar un anexo de cobertura extendida como es el caso de este estudio de factibilidad, esta Ley se encarga de aprobarlos antes de su implementación.

Artículo 28.- Plazo. - El plazo de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, no podrá ser menor a un año calendario renovable.

El anexo o cobertura adicional en el plan también tendrá una vigencia mínima de un año para ser utilizada.

Artículo 29.- Precio. - El precio que se fije en los contratos guardará conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con el soporte técnico de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Tanto las notas técnicas, cuanto los estudios actuariales serán elaborados por actuarios independientes de las compañías controladas, debidamente calificados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El precio previsto en el contrato será pactado en moneda de curso legal y su revisión se sujetará a lo que establezca la correspondiente nota técnica aprobada, tomando en consideración la totalidad de afiliados de cada plan y el grupo etario al que pertenezcan. En ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual. En los planes empresariales, grupales y corporativos, la revisión del precio se realizará de común acuerdo entre las partes.

Se prohíbe expresamente a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, efectuar incrementos del precio de manera unilateral mientras transcurra el plazo estipulado en el contrato.

La cobertura extendida será un plus que el cliente obtendrá al contratar el seguro por primera vez y en lo posterior en su renovación después de que el periodo de vigencia del contrato termine y dependiendo de las condiciones y características del cliente y del contrato, éste será gratuito u ofrecido con un valor cómodo comparado con la tarifa real del mercado.

Artículo 52.- Faltas graves. - Serán consideradas faltas graves las siguientes:

- 1.- Establecer unilateralmente valores adicionales a los contratados;
- 2.- Realizar valoraciones médicas con fines de exclusión para las prestaciones de salud;
- 3.- En las modalidades cerrada y mixta, en la parte que corresponda, no exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas y/o licenciamiento, según corresponda;

4.- Ofertar o comercializar planes de cobertura sanitaria no autorizados por el organismo competente;

5.- No remitir información que solicite la Autoridad Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en esta Ley;

6.- Ofrecer exclusivamente planes en modalidad cerrada;

7.- No observar las disposiciones de esta Ley para la fijación de precios de los contratos;

8.- Modificar de modo unilateral y sin autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, las estipulaciones contractuales;

9.- Emplear publicidad engañosa o abusiva en la oferta de planes y programas para la cobertura de prestaciones de salud, sin perjuicio de lo previsto en otras leyes respecto de la suspensión y rectificación de contenidos;

10.- No cumplir con el reembolso, o no pagar el seguro contratado, no impugnados u objetados, en los plazos previstos en la Ley; y,

11.- Para efectos de aplicación de esta Ley, no remitir la información que solicite la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el ejercicio de sus obligaciones de supervisión y control;

El cometimiento de faltas graves será sancionado con multa de cuarenta salarios básicos unificados del trabajador en general.” (Cosede.com.ec, 2008)

Ley General de Seguros

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros determinará las cláusulas que obligatoriamente contendrán las pólizas, así como las cláusulas prohibidas, las cuales carecerán de efectos y se tendrán por no escritas en caso de existir. Las tarifas de primas y notas técnicas requerirán autorización previa

de la Superintendencia. Copias de las pólizas, tarifas y notas serán remitidas a la Superintendencia, por lo menos treinta días antes de su utilización, para fines de verificación, control y sanción.

Las pólizas deberán sujetarse mínimo a las siguientes condiciones:

- a) Responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes;
- b) Ceñir su contenido a la legislación sobre el contrato de seguro constante en el Código de Comercio, el Decreto Supremo No. 1147, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963 a la presente Ley y a las demás disposiciones que fueren aplicables;
- c) Encontrarse redactada de manera clara, de modo que sea de fácil comprensión para el asegurado;
- d) Los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;
- e) Figurar las coberturas básicas y las exclusiones con caracteres destacados en la póliza;
- f) Incluir el listado de documentos básicos necesarios para la reclamación de un siniestro;
- g) Incluir una cláusula en la que conste la opción de las partes de someter a decisión arbitral o mediación las diferencias que se originen en el contrato o póliza de seguros; y,
- h) Señalar la moneda en la que se pagarán las primas y siniestros. La cotización al valor de venta de la moneda extranjera serán los vigentes a la fecha efectiva de pago de las primas y de las indemnizaciones.

Cuando las condiciones generales de las pólizas o de sus cláusulas especiales difieran de las normas establecidas en la legislación sobre el contrato de seguros, prevalecerán estas últimas sobre aquellas.

Las tarifas de primas se sujetarán a los siguientes principios:

Art. 1.- Ser el resultado de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de homogeneidad y representatividad; o, 2. Ser el resultado del respaldo de reaseguradores de reconocida solvencia técnica y financiera.

Art. 2.- Tanto las tarifas de primas como las notas técnicas requerirán autorización previa por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para ponerlas en vigor, debiendo cumplir con los requisitos del presente capítulo.

Art. 3.- Las tarifas de primas deben observar que la prima y el riesgo asociado presenten una correlación positiva de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo, esto es, conforme al producto ofertado en cada tipo de seguro; y, deben aglutinar el costo del riesgo y los costos de operación, tales como, gastos de adquisición, administración, redistribución de riesgos y utilidad razonable.

Parámetros mínimos para la estructura de las Notas Técnicas

Art. 4.- Las notas técnicas son documentos que presentan las metodologías, modelizaciones, fórmulas y cálculos actuariales que dan origen a la determinación de las primas, recargos y descuentos que va a aplicar la empresa de seguros en determinado ramo y producto, así como a la justificación de sus gastos de gestión y administración y sistemas de cálculo de las reservas técnicas. Deberán ser suscritas por un actuario, matemático, ingeniero matemático, o técnico en la materia responsable de su elaboración y comprenderán, según la estructura administrativa y organización comercial de la empresa de seguros, los siguientes apartados:

1. Información genérica. - En ella se dará el nombre del producto o plan, descripción detallada de las coberturas básicas y adicionales, exclusiones, explicación del riesgo asegurable conforme a la póliza de seguro respectiva, los factores de riesgo considerados en la tarifa, los sistemas de tarificación y nomenclatura utilizados;

2. Información estadística. - Se aportará información sobre la base de datos de por lo menos tres (3) años y el proceso de análisis estadístico que se haya utilizado, indicando el tamaño de la muestra, las fuentes y método de obtención de la misma y el período a que se refiera;

3. Recargo de seguridad. - Se destinará a cubrir las desviaciones aleatorias desfavorables de la siniestralidad esperada y deberá calcularse sobre la prima pura, de ser el caso;

4. Recargos para gastos de gestión. - Se detallará cuantía, suficiencia y adecuación de los recargos para gastos de administración y de adquisición, incluidos entre estos últimos los de mantenimiento del negocio, justificados en función de la organización administrativa y comercial, actual y prevista en la entidad interesada, teniendo en cuenta si se trata de seguros individuales o de grupo;

5. Recargo para beneficio o excedente. - Se destinará a remunerar los recursos financieros e incrementar la solvencia dinámica de la empresa de seguros;

6. Cálculo de la prima. - En función de las bases estadísticas y financieras si procede, se establecerá la equivalencia actuarial para fijar la prima pura que corresponda al riesgo a cubrir y a los otros gastos de gestión de los siniestros. Tomando como base la prima pura y los recargos, se obtendrá la prima de tarifa o comercial. Si se admiten primas fraccionadas, se justificará la base y el recargo para calcularlas;

7. Prima pura o prima de riesgo. - como la cantidad necesaria y suficiente que el asegurador debe percibir para cubrir exclusivamente el riesgo;

8. Prima de tarifa o prima comercial. - prima de riesgo más los recargos para la administración o gestión del seguro;

9. Prima de facturación. - prima de tarifa más los recargos de ley, como impuestos sobre la prima, derechos de emisión y otros agregados por disposiciones legales, así como intereses de financiación en caso de que el asegurador otorgue facilidades de pago fraccionado de la prima anual;

10. Cálculo de las reservas técnicas. - Las notas técnicas reflejarán el método y las reservas técnicas que corresponden constituirse. En caso del ramo de seguros de vida, se deben incluir todas las hipótesis y fórmulas actuariales de las reservas matemáticas y valores de rescate; y, 11. Cualquier otro elemento que a criterio del actuario o técnico sea necesario para instrumentar o sustentar adecuadamente el seguro. (Cosede.gob.ec, s.f.)

Junta de Regulación Monetaria Financiera

Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros.

La Junta de Regulación Monetaria Financiera en su Libro III: Sistema de Seguros Privados, describe los siguientes conceptos en relación a las empresas de seguros médicos y medicina prepagada y a los planes que estas comercializan:

Asistencia médica

(Código seguro 3). - Cubre los servicios médicos y quirúrgicos, farmacéuticos e internamiento en clínicas, hospitales o centros médicos, dentro de las especialidades y con límites que figuren en la póliza ocasionados por enfermedad o accidentes. Entre otros riesgos, incluye hospitalización, enfermedad, cirugía, maternidad, gastos médicos.

Accidentes personales

(Código seguro 4). - Tiene por objeto la prestación de indemnizaciones en caso de accidentes que motiven la muerte o incapacidad del asegurado a consecuencia de actividades previstas en la póliza. Puede incluir accidentes de trabajo, entre otros.

Art. 1.- Para efectos de este capítulo el contrato de seguro se denominará también póliza.

Art. 2.- Las condiciones generales, especiales y particulares del contrato de seguro podrán ser desmaterializadas, a fin de que puedan suscribirse por medio de firma electrónica, bajo la denominación de “e-poliza”, siempre que los procedimientos y seguridad adoptados para la implementación del sistema estén acreditados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y que se observen las disposiciones propias para cada condición.

Art. 3.- Para efectos de la aplicación de este capítulo, se determinan las siguientes definiciones:

1. Asegurado. - Persona interesada en la traslación de los riesgos;

2. Asegurador. - Persona jurídica legalmente autorizada para operar en el Ecuador, que asume los riesgos especificados en el contrato de seguro;

3. Beneficiario. - Es la que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro. Una sola persona puede reunir las calidades de solicitante, asegurado y beneficiario;

4. Empresas de seguros. - Son aquellas personas jurídicas (sociedades anónimas) que realicen operaciones de seguros, constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, cuyo objeto exclusivo es el negocio de asumir directa o indirectamente o aceptar y

ceder riesgos en base a primas y efectuar demás actividades permitidas por la ley; Las empresas de seguros se dividen en:

a. Empresas de seguros generales. - Son aquellas que aseguran los riesgos causados por afecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianzas o garantías; y,

Empresas de seguros de vida. - Son aquellas que cubren los riesgos de las personas o que garanticen a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta periódica para el asegurado y sus beneficiarios; tienen objeto exclusivo y deberán constituirse con capital, administración y contabilidad propias. Las empresas de seguros que operen conjuntamente en los ramos de seguros generales y en el ramo de seguros de vida, mantendrán contabilidades separadas.

5. Interés asegurable. - En los seguros de daños, es el requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio. En los seguros de personas, una persona puede tomar un seguro sobre su propia vida; sobre las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos; y, sobre aquellas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta; *[sic]*

6. Monto o suma asegurado. - Valor atribuido por el titular de un contrato de seguro a los bienes cubiertos por la póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar el asegurador, en caso de siniestro;

7. Prima o precio del seguro. - Contraprestación económica que recibe el asegurador por la cobertura de riesgo que ofrece al asegurado;

8. Riesgo. - Suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del solicitante, asegurado o beneficiario, ni de la del asegurador y cuyo acaecimiento hace exigible la obligación del asegurador. Los hechos ciertos,

salvo la muerte y los físicamente imposibles no constituyen riesgo y son, por tanto, extraños al contrato de seguro; sin perjuicio de lo señalado en el artículo 81 del Decreto Supremo 1147 de 29 de noviembre de 1963, R.O. 123, VII-XII-1963; [sic]

9. Riesgo asegurable. - Es la posibilidad de que un hecho incierto se realice o lesione el interés asegurable, creando la necesidad de recurrir al amparo del seguro. El riesgo asegurable puede referirse a daños, pérdidas o averías de una cosa, a detrimentos en resultados esperados (lucro cesante, pérdida de beneficios), a la generación de responsabilidades que afecten el patrimonio; y, a la integridad física o la propia vida de las personas; que deberá existir indispensablemente al momento de la contratación del seguro;

10. Solicitante o tomador. - Persona natural o jurídica que contrata el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traslada los riesgos al asegurador; y,

11. Siniestro. - Es la ocurrencia del riesgo asegurado.

Sección II: Disposiciones para la Estructura y Operatividad del Contrato de Seguro

Art. 4.- Las condiciones que conforman el contrato de seguro pueden ser generales, especiales o particulares.

1. Condiciones generales. - Son las que se caracterizan por:

a. Son principios básicos, estipulaciones o cláusulas establecidas por el asegurador, con el objeto de regular la relación bilateral con el contratante y/o asegurado, en el marco de la legislación aplicable y de los principios de la técnica de los seguros;

b. Pueden ser impositivas o dispositivas, según la especie o ramo de seguro, aplicables a todas y cada una de las futuras pólizas que celebre el asegurador. Las condiciones impositivas son las que ordenan, sin excusa alguna, la ejecución de determinados actos o la abstención de hacerlos, bajo sanción establecida en las propias pólizas. Las condiciones dispositivas son las que regulan situaciones para el supuesto de no haber normas específicas en la ley; y,

c. Deben ser aprobadas previamente por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

2. Condiciones especiales. - Son:

a. Las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las pólizas, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su reglamento general, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y, los principios de la técnica de los seguros; y,

b. Aprobadas previamente por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, antes de ponerlas en vigencia. Prevalecerán sobre las condiciones generales. Deberán elaborarse en anexos, cláusulas, entre otros, para ser incorporadas a las pólizas que correspondan. Los anexos contentivos de las condiciones especiales, de conformidad con lo previsto en el último inciso del artículo 7 de la Legislación sobre el Contrato de Seguro (DECRETO SUPREMO No. 1147, 29 de noviembre de 1963, R.O. 123, VII-XII1963), deben indicar el número de la póliza a la cual se adhieren; el nombre del contratante y/o asegurado(s); el período de vigencia; la constancia del pago de la prima adicional cuando haya lugar; la fecha de emisión y la firma de los contratantes, a menos que sean citadas en las condiciones particulares de las pólizas, con el carácter de obligatorio para las partes, o correspondan a pólizas estándar, siempre que cumplan con lo señalado en los literales a. y b. de numeral 2 del artículo 4.

3. Condiciones particulares. - Se caracterizan por:

a. Ser reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada que se hallan enunciados en el artículo 7 de la Legislación sobre el Contrato de Seguro, contenida en el Decreto Supremo No. 1147 de 29 de noviembre de 1963, publicado en el Registro Oficial No. 123 de 7 de diciembre de 1963, que textualmente señala:

Contenido de las Pólizas:

“Toda póliza debe contener los siguientes datos:

- a) El nombre y domicilio del asegurador;
- b) Los nombres y domicilios del solicitante, asegurado y beneficiario;
- c) La calidad en que actúa el solicitante del seguro;
- d) La identificación precisa de la persona o cosa con respecto a la cual se contrata el seguro;
- e) La vigencia del contrato de seguro, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- f) El monto asegurado o el modo de precizarlo;
- g) La prima o el modo de calcularla;
- h) La naturaleza de los riesgos tomados a su cargo por el asegurador;
- i) La fecha en que se celebra el contrato y la firma de los contratantes; y,
- j) Las demás cláusulas que deben figurar en la póliza de acuerdo con las disposiciones legales.

Documentos para contratar una póliza

Art. 6.- Los documentos de suscripción son los instrumentos que permiten la operatividad del contrato de seguro y contienen las condiciones generales, especiales y particulares, así como las declaraciones de las partes contratantes a quienes corresponda, y serán entre otras:

1. Solicitud de seguro. - Es el formulario propuesto por la empresa de seguros para ser llenado objetivamente por el tomador o solicitante del seguro, mediante el cual solicita a la empresa de seguros las coberturas descritas en dicho documento; declara de buena fe el estado del riesgo, el cual sirve de base para la contratación del seguro, en especial, para su evaluación y aceptación por parte de la empresa de seguros; y, en consecuencia, la emisión de la correspondiente póliza. La declaración es objetiva cuando se ciñe a la verdad real y no a la interpretación subjetiva de la persona que declara;

2. Carátula de póliza. - Es el documento inicial del cuerpo de la póliza que contiene los datos mínimos o condiciones particulares de la misma, señalados en la letra a. del numeral 3 “Condiciones particulares” del artículo 4, de este capítulo; La empresa de seguros puede utilizar una carátula única de póliza para todos los ramos de seguros en los cuales opere, o carátulas específicas por ramo. Cuando opte por la carátula única, serán consideradas como un documento independiente, y las carátulas específicas por ramo formarán un solo cuerpo documental con las condiciones generales de la póliza a la que acceden. No obstante, existen ramos de seguros en los que por su naturaleza tanto la carátula como las condiciones generales deben formar parte de un mismo cuerpo documental, los cuales serán determinados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros;

3. Contrato o póliza de seguro. - Es el instrumento mediante el cual una de las partes, la empresa de seguros, se obliga a cambio del pago de una prima, a indemnizar a la otra parte dentro de los límites convenidos, de una pérdida o un daño producido por un acontecimiento incierto; o, a pagar un capital o una renta, si ocurre la eventualidad prevista en el contrato. El contrato de seguro se

perfecciona y prueba por medio de documento privado que se llama póliza, en la cual deben constar los elementos esenciales de éste, redactarse en castellano, ser firmada por los contratantes y extenderse por duplicado;

Anexos:

Anexos o cláusulas y endosos. - Para lo cual se considerará que:

a. Anexo o cláusula. - Son documentos complementarios que se adhieren a la póliza y pueden contener condiciones especiales o particulares y deben llevar la identificación precisa de la póliza a la cual acceden; el nombre del contratante y/o asegurado, según el caso; y, las firmas de las partes contratantes. Los anexos o cláusulas contentivos de las condiciones especiales también indicarán la referencia de la resolución aprobatoria, señalando el número y la fecha de su otorgamiento.

Los anexos deben indicar la identidad precisa de la póliza a la cual corresponden; y las renovaciones, además, el período de ampliación de la vigencia del contrato original.”

b. Su naturaleza es variable y, por lo tanto, pueden ser libremente modificadas por consentimiento de las partes, a través de un anexo modificadorio. Las últimas de tales modificaciones suscritas por los contratantes, prevalecen sobre las anteriormente convenidas.

Las condiciones particulares de las pólizas y los anexos modificadorios de las mismas no requieren aprobación de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Los anexos modificadorios deben llevar la identificación precisa de la póliza a la cual se incorporan, la fecha de suscripción y las firmas de los contratantes.

Las condiciones particulares de las pólizas que no estén suscritas por el asegurado se reputan no escritas.

Art. 5.- **Impresión de los Modelos de Contrato de Seguro.**- Para garantizar la inalterabilidad de su contenido, las condiciones generales de las pólizas deberán ceñirse a lo establecido en el capítulo tercero de la Ley General de Seguros; imprimirse con letra no inferior a diez (10) puntos tipográficos, por medios mecánicos o con caracteres magnéticos calificados y autorizados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; e, incluirse en carácter destacado el número y la fecha del pertinente oficio aprobatorio expedido por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Las empresas de seguros deberán remitir dos ejemplares impresos de tales condiciones a esta institución para su registro y archivo junto con el medio magnético que las contenga, por lo menos con quince (15) días antes de su utilización y aplicación. Estas disposiciones rigen también para las condiciones especiales y particulares, en lo que fuere aplicable.

Las condiciones especiales y particulares de las pólizas pueden formar un solo cuerpo documental con las condiciones generales, o no. Si constituyen documentos separados se hará constar que aquéllas forman parte de la póliza pertinente aprobada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, identificándole plenamente.

De la Comercialización:

Art. 1.- Las empresas de seguros o asesores productores de seguros podrán utilizar canales alternos de distribución de seguros para promocionar y comercializar productos de seguros que se encuentren debidamente aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Los productos que se comercialicen mediante este mecanismo serán aquellos que técnica y legalmente correspondan a seguros de grupo o colectivos de personas y de bienes.

Estos programas que se inscriben dentro de la denominada banca seguros, podrán solamente abarcar seguros colectivos de vida, asistencia médica, gastos ambulatorios, accidentes personales y hogar.

Las entidades del sistema financiero que participen como canales para la promoción, comercialización o contratación de este tipo de pólizas, serán solidariamente responsables por las indemnizaciones civiles derivadas de los daños ocasionados por vicio o defecto del servicio prestado, sin perjuicio de las acciones de repetición que correspondan contra la empresa de seguros.

No obstante, los reclamos por indemnizaciones pactadas en las pólizas de seguro, se presentarán –en sede administrativa- solamente contra el único responsable contractual, esto es, la empresa de seguros emisora de la póliza, conforme al procedimiento regulado por el artículo 42 de la Ley General de Seguros.

Art. 2.- Para ofrecer los mencionados programas, las empresas de seguros o asesores productores de seguro deberán contratar previamente con las instituciones del sistema financiero, la o las pólizas que contengan las definiciones, coberturas, condiciones generales y particulares, primas y demás características del o de los seguros colectivos que ofrecerán a sus clientes, para lo cual utilizarán la red de dichas entidades para el contacto con los clientes y para la distribución de sus productos. Dicho contrato deberá contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Una especificación que indique que la información brindada por los funcionarios de la entidad del sistema financiero, no configura una asesoría para la contratación del seguro;
2. La responsabilidad de las empresas de seguros o asesores productores de seguros de contratar o designar a su propio personal con suficiente capacitación y conocimiento para la comercialización del seguro en las instalaciones o redes que sean brindadas por las entidades del sistema financiero;
3. El compromiso de que las comunicaciones cursadas por los tomadores o contratantes del seguro a la entidad del sistema financiero, por aspectos relacionados con los contratos de seguros, tendrán los mismos efectos como si

hubieran sido presentadas a las empresas de seguros o asesores productores de seguros;

4. El compromiso de que los pagos efectuados por los tomadores o contratantes del seguro a la entidad del sistema financiero se considerará abonados a las empresas de seguros o asesores productores de seguros;

5. La responsabilidad de las empresas de seguros por los errores u omisiones derivados de la comercialización de las pólizas de seguros materia del contrato a través de la entidad del sistema financiero y, principalmente, por los perjuicios que se pueda ocasionar a los asegurados o beneficiarios;

6. El detalle específico de los productos de seguros materia del contrato de comercialización, los cuales sólo podrán estar referidos a aquellos seguros de grupo o colectivos que no requieran de condiciones especiales en relación con las personas y bienes asegurables, que sean de fácil comprensión y manejo por los tomadores de seguros, siendo suficiente la autorización expresa y escrita del potencial asegurado, cliente de la entidad del sistema financiero, para el consentimiento del seguro, así como a productos que no contengan condiciones de aseguramiento que deban verificarse en el momento de la contratación, y que las condiciones de cobertura no difieran de las condiciones publicadas por las empresas de seguros;

7. El compromiso por parte de las empresas de seguros o asesores productores de seguros de aclarar al tomador o asegurado de la calidad en la que figura dentro del contrato de seguro;

8. La remuneración que será cancelada por las empresas de seguros a favor de la entidad del sistema financiero para la utilización de la red, base de datos y todos los recursos con los que cuenta la entidad, cuyo costo no puede trasladarse al asegurado;

9. El compromiso de la entidad del sistema financiero de distribuir folletos informativos de los productos de seguros, a efectos de que los potenciales

asegurados tengan un apropiado conocimiento del producto, de las empresas de seguros que ofrece el seguro, de la ubicación y teléfonos;

10. Convenio en el que se estipule que la información entregada tanto a las empresas de seguros o asesores productores de seguros e entidad del sistema financiero se declare información confidencial; y,

11. La adopción de medidas necesarias para que el público identifique que las empresas de seguros que gestionan y promocionan la cobertura es distinta de las instituciones del sistema financiero que comercializa el seguro. Dicha disposición deberá quedar reflejada, de manera clara y en caracteres destacados, en los folletos informativos a que se refiere el numeral 9. Art. 3.- *Podrán agregarse, como beneficios adicionales a la cobertura o coberturas principales ofrecidas en los programas de seguro de vida, servicios asistenciales de distinta índole; pero su precio deberá estar incluido en la prima neta a cobrarse al asegurado.* [cursivas añadidas]

Art. 4.- Con el objeto de recaudar los valores correspondientes a las primas de los seguros que, dentro de estos programas las empresas de seguros ofrezcan a los clientes de las instituciones del sistema financiero, éstas podrán cargar mediante débito a una cuenta corriente, o de ahorros, o como consumo a una tarjeta de crédito administrada por ellas, previa aceptación por escrito de sus clientes.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA. - Dentro de los treinta (30) días a la aceptación del cliente, las empresas de seguros remitirán una copia de la póliza emitida. Adicionalmente, las empresas deberán entregar a los asegurados y/o contratantes, conjuntamente con la póliza de seguro, un resumen en el que conste de manera clara y breve, el monto de cobertura, los riesgos cubiertos y las exclusiones, las causales de resolución del contrato, el procedimiento y plazo para presentar la solicitud de cobertura, procedimiento para presentar reclamos por insatisfacción de los asegurados, ante un servicio o producto de la empresa, los mecanismos de

solución de controversias, las áreas de la empresa encargadas de atender reclamos de los usuarios, señalando su ubicación y teléfono.

En los casos que la amplitud de la información lo amerite, las empresas podrán remitirse a la póliza de seguro, debiendo indicar expresamente en el resumen, el rubro a que se refiere dicha información y el número del artículo y/o cláusula correspondiente, a fin de que el asegurado o contratante tenga fácil acceso a las disposiciones ahí contenidas.

SEGUNDA.- Para el adecuado cumplimiento de lo establecido en el numeral 6 del artículo 2, las empresas de seguros o asesores productores de seguros deberán utilizar los medios de información que se consideren necesarios, entre ellos, proporcionar folletos y documentación correspondiente que permita a los clientes del sistema financiero, estar adecuadamente informados sobre las coberturas, exclusiones, aviso de siniestro, documentos necesarios en caso de siniestro y el régimen de pago de primas.

Los folletos no requieren de la aprobación previa de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros; sin embargo, la entidad de control se reserva la facultad de revisarlos cuando estime conveniente.

Las entidades del sistema financiero incluirán en su página web, los tipos de seguros que ofrecen a sus clientes y el nombre de la empresa de seguros que emiten dichas pólizas.

TERCERA. - Las empresas de seguros y asesores productores de seguros deberán remitir a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en los formatos que se les remitirá a través de circular, un reporte señalando el número de asegurados y las primas netas facturadas por cada uno de los contratos de comercialización suscritos con las entidades del sistema financiero, referidas en el presente capítulo.

CUARTA. - Los centros de información o de comercialización, que para efectos del presente capítulo se denominarán puntos de venta, deberán tener

autorización por parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros sobre la apertura y se requerirá se acompañe la siguiente información:

1. Ubicación de los puntos de venta; 2. Copia del contrato de alquiler o similar; 3. Productos a comercializar; 4. Personas encargadas de la comercialización y su identificación; y, 5. Nivel de producción de primas proyectado y costos asociados.

QUINTA. - Si el cliente de la institución del sistema financiero, así lo prefiere, podrá presentar su reclamo ante el defensor del cliente de la respectiva entidad, quien está obligado a recibirlo y remitir a la empresa de seguros o al asesor productor de seguro, según corresponda, dentro del plazo establecido en la póliza de seguros. (Junta Monetaria Financiera, 2017)

Reglamento a la Ley General de Seguros del Ecuador

Art. 1.- La Ley General de Seguros regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas naturales y jurídicas que integran el sistema de seguro privado, las cuales están sujetas a la vigilancia y control de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros.

La actividad aseguradora regulada por este reglamento, es de naturaleza privada; no obstante, ésta tiene el carácter de interés público.

Art. 2.- El sistema de seguro privado en el Ecuador está integrado por:

Las empresas que realicen operaciones de seguros; b) Las compañías de reaseguros; c) Los intermediarios de reaseguros; d) Los peritos de seguros; y, e) Los asesores productores de seguros.

Art. 75.- Las empresas de seguros que ofrezcan al público directamente o por medio de asesores productores de seguros, coberturas que no puedan incluirse en los respectivos contratos o concedan comisiones a los asegurados o realicen

en general actos de competencia desleal serán sancionadas con multa, en función de la cuantía del daño causado por la infracción. (Lexis.com, 2010)

ACCESS (Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada)

El Estado Ecuatoriano a través de la Función Ejecutiva, crea el ACCESS como un organismo técnico administrativo, con autonomía administrativa y financiera adscrito al Ministerio de Salud Pública con la finalidad de cumplir con la mejora continua de la calidad de la atención en salud y seguridad al paciente de la población ecuatoriana, garantizando establecimientos de salud que brinden servicios eficaces, eficientes y efectivos, de acuerdo a las exigencias de nuestra Constitución de la República e implementándose paulatinamente con ello una “Cultura de la Atención en Salud y Seguridad del Paciente”. (Calidadsalud.com.ec, 2015)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

La investigación de este tema fue de tipo documental con fuentes de información primarias ya que se respalda en base a las leyes que regulan la industria aseguradora, fuentes de información secundaria de organismos técnicos que aprueban, supervisan y controlan a las empresas aseguradoras y los productos que ofertan en el país.

El método que se utilizó fue descriptivo y explicativo con apoyo empírico, lo cual se realizó sobre las variables que originan el problema y las consecuencias para los involucrados. “Los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes [y] Los estudios explicativos buscan encontrar las razones o causas que provocan ciertos fenómenos” (Hernández Sampieri, 1997). [*sic*].

Para la recolección de información se utilizó en primer lugar la técnica del Focus Group la cual fue realizada por la investigadora, donde se pudo lograr un mayor acercamiento a las necesidades del cliente potencial, conocer las alternativas que deseaban como beneficio adicional en la cobertura extendida, en segundo lugar, se utilizó la técnica de la encuesta y por medio de esta se pudo determinar la mejor de esas alternativas para el desarrollo de la idea a defender, en tercer lugar la entrevista a una funcionaria de la ACCESS para conocer requisitos y normas legales para la aprobación de la idea.

3.2. Enfoque de la Investigación

El enfoque de esta investigación fue mixto, cualitativo-cuantitativo: En el enfoque cualitativo se obtiene una idea, se calcula la muestra de donde se deben tomar los datos, se realiza un trabajo de campo, se analizan los datos y se emite un reporte final cuidando el análisis de la literatura.

En el enfoque cuantitativo se recolecta información y datos, pero con fines estadísticos y medición numérica. Se busca una idea, se explora, se plantea el

problema, revisión de literatura, se incluye una hipótesis, se diseña la investigación y la muestra, se realiza el trabajo de campo, se analizan datos y se reporta. (Eumed.Net, 1998) [sic]

Para este estudio, en el enfoque cualitativo se realizó un análisis de información por medio de la técnica del Focus Group a personas que cumplen con el perfil requerido para dar su apreciación y alternativas que se buscaban sobre el tema de esta investigación, adicionalmente una entrevista a uno de los organismos que sirvió para aportar a la factibilidad legal de este estudio.

En el enfoque cuantitativo se tabularon las respuestas de los clientes potenciales que están ligados al tema, fundamentados por medio de una encuesta que tuvo como objetivo identificar la calidad percibida del servicio de medicina prepagada y si la propuesta de cobertura extendida es apreciada y aceptada, finalmente se procedió a establecer la propuesta que define la cobertura extendida, se determinó su factibilidad y los beneficios esperados de su implementación.

3.3. Técnicas de Investigación

Se utilizó para esta investigación la técnica del Focus Group para analizar aspectos relevantes y determinar cuál debería ser la estrategia que mejoraría la cobertura en cuanto a extensión de beneficios, adicionalmente, la encuesta con un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas que se realizó a los usuarios para conocer si la estrategia de la propuesta será aprobada por el mercado meta y la entrevista para conocer información primaria sobre los procedimientos para aprobar legalmente la idea de este estudio.

“Las técnicas de investigación más utilizadas y confiables en las áreas de investigación económica son la observación, la encuesta y la entrevista; y en la cuantitativa son la recopilación documental” (Martínez, 2013)

3.4. Población

La población para el análisis de este estudio está conformada por las personas que no cuentan actualmente con un plan médico privado, mayores de edad, domiciliados en la ciudad de Guayaquil y con poder adquisitivo para contratar y mantener un seguro médico privado.

En base a cifras del INEC y al conocimiento empírico se determinó que los seguros médicos privados son productos destinados a las personas de nivel socioeconómico medio típico, medio alto y alto ya que cuentan con los recursos que conlleva adquirir y mantener este servicio.

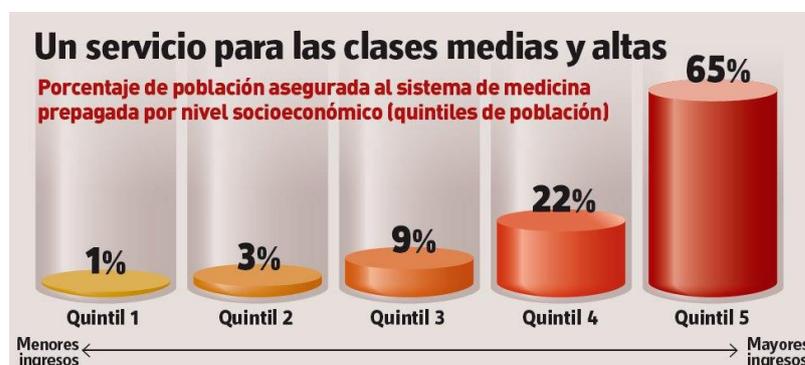


Figura 10. Población con Seguro Médico Privado por Nivel Socioeconómico

Fuente: INEC 2011

Para esta investigación, se tuvo que realizar la recolección de datos en dos formas:

Se realizó la técnica del Focus Group para conocer las alternativas que desea el cliente potencial con respecto a la cobertura extendida, para este estudio se recurrió a la siguiente unidad de análisis.

Personas que no cuentan con un seguro médico privado.

Posteriormente se realizó una encuesta a partir de una muestra de población finita para conocer las opiniones del mercado meta sobre su percepción de calidad de los servicios de medicina prepagada y las alternativas que se propusieron en el Focus Group para con estos resultados definir la que tenga mayor preferencia.

3.5. Muestra

3.5.1. Muestra Intencional - Focus Group

La selección de la muestra corresponde a los investigadores, quienes, previo a un estándar de criterios establecidos, eligen a quien cree que los cubre. Es de fácil acceso, reduce tiempo y esfuerzos para reunir la muestra. (Atlantia Search, 2018)

Recursos para la recolección de datos:

Se citó por medio de llamadas telefónicas a los participantes previamente seleccionados que constaban en la base de datos personal de la investigadora y que cumplían con las características de la selección de muestreo por intención.

El Lugar del encuentro para llevar a cabo esto fue en la cafetería sweet and coffee ubicado en el Centro Comercial City Mall de la ciudad de Guayaquil. Ver tabla 8.

Tabla 8 *Gastos de Focus Group*

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Total Gasto
Reclutamiento (Llamadas telefónicas)	10	\$0,30	\$3,00
Folders	10	\$0,15	\$1,50
Impresiones	10	\$0,10	\$1,00
Esferos	10	\$0,50	\$5,00
Transporte	2	\$3,00	\$6,00
Alimentación	11	\$4,00	\$44,00
Total	-	-	\$60,50

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

FOCUS GROUP

Unidad de Análisis: Personas sin Seguro Médico Privado.

Tema: Alternativas de nuevos beneficios para mejorar la cobertura de los planes de un Seguro Médico Privado.

Objetivo: Conocer los requerimientos que motivan la decisión de compra de los clientes potenciales de Seguros Médicos Privados.

Muestra: Personas de diferentes géneros, de edades entre 30 y 50 años, de nivel socioeconómico medio alto y alto de la ciudad de Guayaquil.

Tamaño de la muestra: 10 personas

Tiempo del Focus Group: 60 minutos

Estructura:

- Bienvenida por parte de la moderadora
- Explicación del Objetivo del Focus Group
- Explicación breve de las características y coberturas de un Seguro Médico Privado.
- Entrega de la Hoja de Encuesta
- Participación de los individuos encuestados declarando en forma oral sus respuestas
- Exposición de los resultados del Focus Group
- Análisis de los resultados
- Conclusiones
- Agradecimiento y despedida.

Análisis de los Resultados:

1.- ¿Qué criterio tiene sobre los Seguros Médicos Privados?

Conocen del servicio por medio de familiares y amigos cercanos, saben que es más conveniente que estar afiliado al IESS, que significan un ahorro futuro sobre eventos imprevistos de salud y que no han conocido a alguien que haya tenido una mala experiencia con la cobertura.

2.- ¿Qué beneficio adicional al que ya ofrecen actualmente las empresas de seguros médicos privados le gustaría que incluyera en la cobertura del servicio de forma gratuita y a quien le gustaría favorecer con este plus?

Cobertura Dental para niños

Cobertura Dental para personas de la tercera edad

Atención Preventiva para niños

Atención Preventiva para personas de la tercera edad

Protección de siniestros a dependientes hijos

Protección de siniestros a dependientes de la tercera edad

A continuación, se hace una breve síntesis de las alternativas que expusieron los participantes:

- ***Cobertura dental completa:*** Este tipo de coberturas no está disponible en la mayoría de planes que se cotizan, normalmente aquellas empresas de medicina prepagada que lo incorporan a un plan, lo hacen con un monto mínimo alrededor de \$120, sólo en caso de extracción de terceros molares, de profilaxis y con muchas restricciones, la cobertura del seguro se la utiliza para la salud dental sólo en caso de accidentes donde se destruyan las piezas dentales, tratamientos que no hayan sido provocados por accidentes no tiene cobertura debido a que representa un gasto fuerte para cualquier aseguradora, por ejemplo tratamientos de ortodoncia es la mayor demanda de los padres titulares de póliza o la restauración en caso de los adultos mayores tienen un alto costo y las empresas limitan este servicio.

- ***Atención Preventiva Total:*** Otra de las sugerencias de los clientes en cuanto a la cobertura del plan médico siempre ha sido que se mejore el monto de la atención preventiva ya que no alcanza a cubrir la batería de exámenes que se necesita de acuerdo a las necesidades por género masculino o femenino en exámenes especializados de laboratorio o de imágenes. Normalmente este monto se maneja de acuerdo al plan, desde \$50,00 hasta \$300 en los planes más costosos. La edad del asegurado inciden mucho en los valores que se cobran por estos exámenes, a edades más avanzadas, mayores riesgos y más exámenes que realizar.
- ***Protección de siniestros a dependientes:*** Cada integrante que ingrese a la póliza como dependiente o cónyuge, genera un costo de prima, de acuerdo a la edad y a veces de acuerdo a su género, por esta razón hay quienes toman las pólizas individualmente y no en grupo familiar, los infantes generan un alto costo de prima debido al riesgo y a los cuidados que necesitan en edades tempranas, en los asegurados de la tercera edad, es más alto el costo debido a que a mayor edad, mayor riesgo.

Conclusiones:

Todos los participantes coincidieron en que estar protegidos por un Seguro Médico Privado es definitivamente más conveniente que depender del seguro del IESS, no hubo criterios negativos sobre el servicio y propusieron alternativas interesantes que el seguro privado no ofrece actualmente.

Se detectó que las propuestas de los clientes involucran directamente a los integrantes más vulnerables de la familia, como son los niños y los adultos mayores.

De acuerdo a esta información, y según el análisis de las alternativas propuestas, se tomó en consideración lo siguiente:

Para la propuesta de Cobertura Dental, se analiza que los porcentajes de incremento en este servicio se podría dar entre un 40 y 70 % para cobertura de caries, gingivitis, y ortodoncia dependiendo de la gravedad del caso en este último aspecto para menores de

edad, se descarta este servicio para los adultos mayores ya que el costo de esta atención para ellos sobre todo en lo que se refiere a implantes tendría costos muy altos para la empresa.

La propuesta de Atención Preventiva, se proyecta como una alternativa económica de cubrir para la empresa debido a que este tipo de exámenes en niños son de bajo costo, no siendo así para los adultos mayores.

En lo que respecta a Protección a dependientes, lo conveniente es evaluar la siniestralidad de estos dos prospectos de usuarios, ya que dependiendo de estos datos estadísticos, se puede determinar el nivel de riesgos por rango de edades. Ver tabla 9.

Tabla 9 *Índice de Siniestralidad*

USUARIOS	INDICE SINIESTRALIDAD		
	EDADES	ENEFERMEDAD	ACCIDENTE
0-4	5,74%	4,90%	10,64%
5-11	3,20%	2,30%	5,50%
12-17	2,78%	0,65%	3,43%
18-40	5,99%	1,40%	7,39%
41-65	3,10%	2,50%	5,60%
+65	5,65%	6,70%	12,35%
TOTALES	26,46%	18,45%	44,91%

Fuente: Superintendencia de Compañías Valores y Seguros

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Examinando la tabla anterior, se determina que, a quienes podría beneficiarse con la cobertura extendida, deberían ser a los niños de entre 5 y 17 años, ya que el nivel de siniestralidad en esas edades es del 8,93% mucho menor comparada con el de rango de adultos mayores de 12,35%, inclusive, se toma en cuenta que el nivel de siniestralidad en enfermedades sigue siendo alto en comparación al de accidentes en los niños de ese rango de edades, por lo que, la mejor opción es dar el beneficio sólo en protección de accidentes para que de esta forma no signifique un riesgo alto para la empresa.

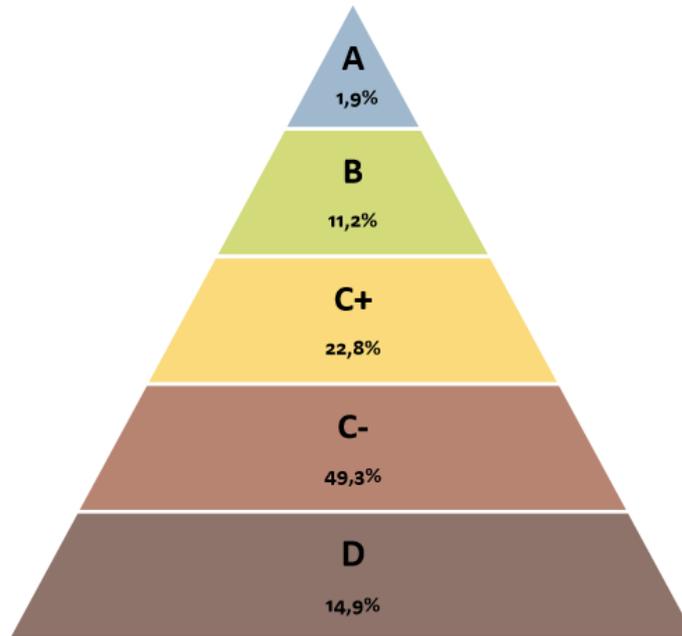


Figura 12. Estratos de Nivel Socioeconómico en el Ecuador

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2011

El primer nivel denominado A, representa a la Clase Alta que la conforma el 1,9% de la población con 51.263 habitantes en la ciudad de Guayaquil, seguido del nivel B que representa el 11,2% de la clase Media Alta con 302.185 habitantes, C+ es la Clase Media Típica con el 22,8% con 615.162 habitantes, C- representa el 49,3% de la Clase Media Baja con un estimado de 1.330.152 habitantes y por último la Clase Baja en el nivel denominado D con el 14,8% de la población con 399.315 habitantes. (INEC, 2011)

El estudio está considerado dentro de la población de la ciudad de Guayaquil que comprende la clase social media típica, media alta y alta que suman un porcentaje entre ellas de 35,90% igual a 968.610 personas de ese nivel social, lo que se refleja en la siguiente tabla 10.

Tabla 10 *Población Asegurada por nivel Socioeconómico Guayaquil*

NIVELES SOCIOECONÓMICOS	POBLACIÓN GUAYAQUIL	% POBLACION ASEGURADA	POBLACIÓN ASEGURADA	POBLACIÓN SIN SEGURO
ALTA	51.263	65%	33.321	17.942
MEDIA ALTA	302.185	22%	66.481	235.704
MEDIA TÍPICA	615.162	9%	55.365	559.797
MEDIA BAJA	1.330.152	3%	39.905	1.290.247
BAJA	399.315	1%	3.993	395.322
TOTALES	2.698.077	100%	199.064	2.499.012

Fuente: INEC

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Según los datos de la tabla anterior, los niveles socioeconómicos de interés para este estudio: (Clase Alta 17942+Clase Media Alta 235.704+Clase Media Típica 559.797), suman 813.443 personas sin Seguro Médico Privado, este valor dividido entre el total de personas de ese estrato social 968.610, da como resultado que el 83,98% de ellos no cuenta con un seguro médico privado.

Para obtener un cálculo más preciso para la obtención de la muestra, se utilizó la siguiente información:

De acuerdo a los datos del INEC en su último censo poblacional, en la ciudad de Guayaquil hay aproximadamente 209.165 niños entre 5 y 17 años que pertenecen a la clase socioeconómica Media Típica, Media Alta y Alta de la ciudad, el promedio de niños por hogar es de 1,8 lo que da como resultado 116.203 hogares.

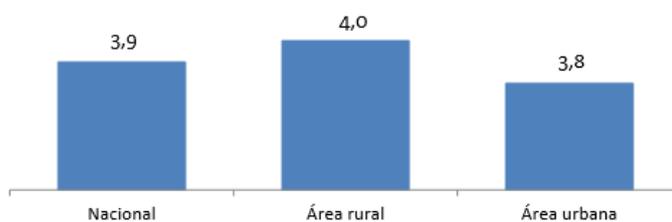


Figura 13. Tamaño del hogar promedio, según área geográfica

Fuente: (INEC) 2012

Considerando dos padres por hogar se tiene a 233.118 padres de este sector socioeconómico de los cuales el 83,98% no poseen un seguro médico privado obteniendo así un aproximado de 195.174 clientes potenciales, dividiendo esta cifra entre la población socioeconómica objeto de estudio, se obtiene el porcentaje de probabilidad esperada en 20,15% y de fracaso 79,85% para el cálculo de la muestra con fórmula de población finita como se observa en la siguiente tabla 11.

Tabla 11 *Cálculo de Probabilidades para la muestra*

Población Guayaquil	2.698.077
Población Socioeconómica Media Típica-Media Alta y Alta	968.610
% Sin Seguro Médico Privado	83,98%
Personas Sin Seguro Médico Privado	813.443
Niños entre 5 y 17 años	209.165
No. Niños promedio por Hogar	1,8
No. Hogares	116.203
No. Padres	2
No. Padres de niños entre 5 y 17 años	232.406
No. Padres sin Seguro Médico Privado	195.174
Probabilidad Esperada	20,15%
Probabilidad de Fracaso	79,85%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Para el cálculo de tamaño de muestra cuando el universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica (...) Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar (Castellanos, s.f.) la fórmula sería:

Ecuación 2: Cálculo de la muestra de Poblaciones Finitas

$$n = \frac{z^2 Npq}{e^2(N - 1) + z^2pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (968.610 Clase Social Media Típica-Media Alta y Alta)

Z^2 = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada o de éxito (0,2021%)

q = 1-p (el resto de la población no estudiada 1-0.2021=0.7979)

e = Error máximo admisible (4)

Aplicando la fórmula:

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

$$n = \frac{1.96^2 * 968.610 * 0.2015 * 0.7985}{0.04^2 * (968.610 - 1) + 1.96^2 * 0.2015 * 0.7985}$$

$$n = \frac{598.703}{1.545}$$

$$n = 388$$

Para este estudio se deberá encuestar a un total de 388 personas de estos niveles socioeconómicos en la ciudad de Guayaquil.

Recursos para la recolección de datos:

Tabla 12 *Recursos para la Encuesta*

TIPO	DETALLE
RECURSO HUMANO	Las 388 encuestas las realizó la autora de esta investigación con apoyo de otra persona a quien se le remuneró por día de trabajo.
FUENTE	El 100% de las encuestas se las realizó en el Norte de la Ciudad de Guayaquil- Domicilios en Ciudadelas Privadas de los niveles Socioeconómicos Medio Típico-Medio Alto y alto. (Alborada, Los Álamos, Ceibos Norte, Garzota, Kennedy, Urdesa, Vía Samborondón, Vía a la Costa)
PRESUPUESTO	Para realizar esta recolección de datos se utilizaron: esferos, tableros, alimentación, movilización, ayudante.

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Tabla 13 *Gastos de Encuesta*

Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Total Gasto
Tablero	2	\$2,00	\$4,00
Impresiones	388	\$0,02	\$6,98
Esferos	2	\$0,30	\$0,60
Transporte	7	\$5,00	\$35,00
Alimentación	7	\$3,00	\$21,00
Encuestador	1	\$70,00	\$70,00
Total	-	-	\$137,58

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Análisis de los Resultados

Para esta investigación se trataron seis preguntas para conocer sobre:

La calidad de servicio que brindan los Seguros de Salud Privados a sus actuales usuarios y el beneficio preferido por los prospectos potenciales para decidir la contratación del Seguro.

1- ¿Actualmente cuenta con un seguro de salud privado?

(Si la respuesta es afirmativa, realizar pregunta No. 2 y concluir encuesta)

(Si la respuesta es negativa, realizar pregunta No. 3 en adelante)

Tabla 14 Asegurados y no Asegurados

Asegurado Actualmente	No. Encuestados	Porcentajes
Sí	112	28,87%
No	276	71,13%
TOTAL	388	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

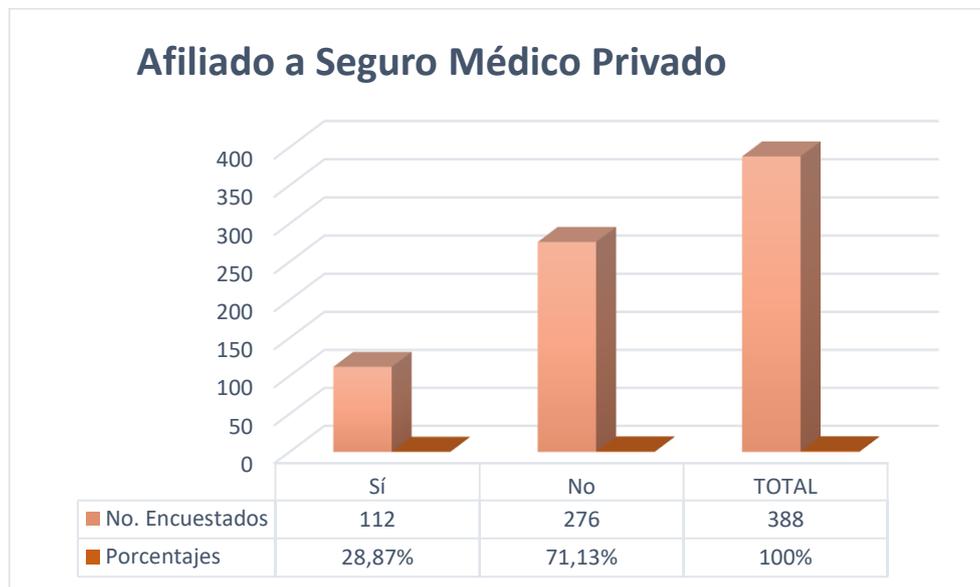


Figura 14. Afiliados Seguro Médico

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

El 28,87% de los encuestados manifestó contar actualmente con un seguro médico privado, mientras que el 71,13% no tiene este servicio, lo que demuestra que hay un mercado meta muy amplio que captar.

2.- *En su opinión, ¿cuál de los siguientes aspectos deberían mejorar los Seguros de Salud Privados?*

Tabla 15 Aspectos a mejorar en los Seguros Médicos Privados

Aspectos a Mejorar	No. Encuestados	Porcentajes
Servicio de los Agentes	15	13%
Servicio de las Aseguradoras	14	13%
Servicio de las Instituciones Médicas	7	6%
Gestión de Rembolos	76	68%
TOTALES	112	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

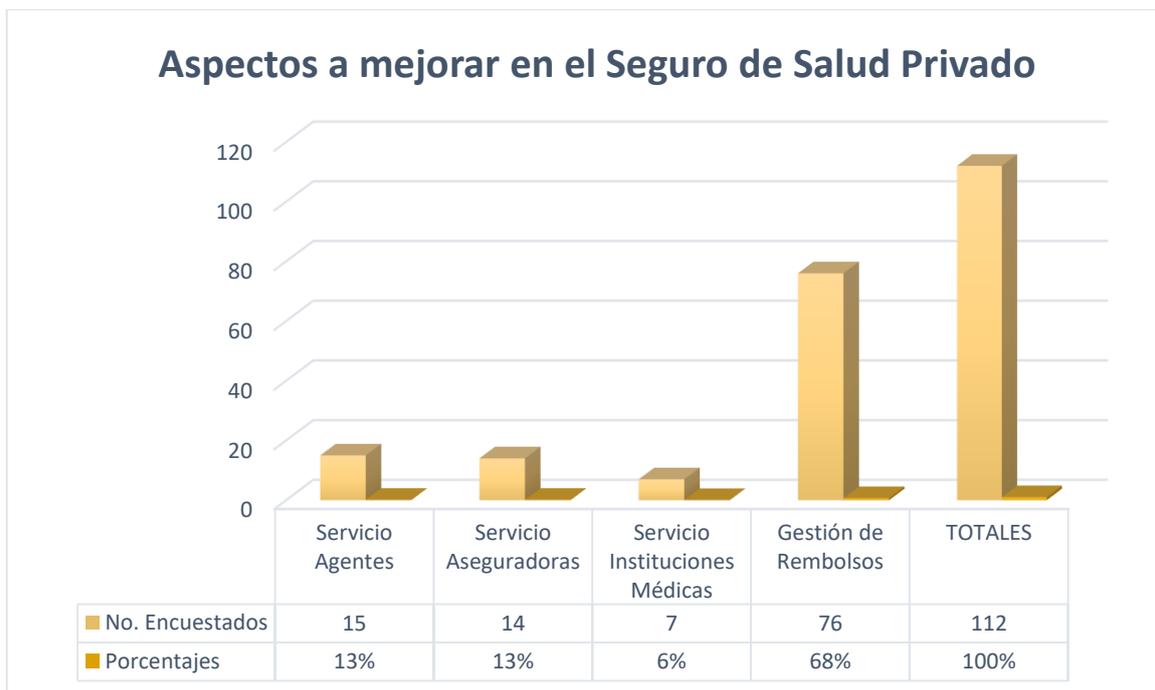


Figura 15. Aspectos a mejorar en el Seguro Médico Privado

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

La muestra inicial fue de 388 personas, mientras se realizaba la encuesta se va discriminando la participación del encuestado en las siguientes preguntas hasta finalizar el cuestionario, ya que es necesario llegar al cliente potencial que esté más acorde con el perfil, esta segunda pregunta no es representativa para el estudio de factibilidad, pero expresa aspectos relevantes que no se pueden ignorar, ya que es indispensable tener en cuenta la experiencia del cliente para poder mantenerlo fidelizado después de que ha decidido apostar por el servicio y comprar un seguro.

Por lo anteriormente mencionado, en la pregunta número 2 se tomó la opinión de los 112 encuestados que dijeron tener actualmente un seguro médico privado, donde el 13% dijo estar insatisfecho por la ineficiencia en el servicio del Agente por motivos de falta de información adecuada en cuanto a coberturas, forma de utilizar su seguro, etc.

Otro 13% manifestó una situación desagradable ya que, aunque sea una vez, la aseguradora no se ha hecho cargo de la devolución de sus gastos médicos por diferentes razones como falta de documentación, periodos fuera de cobertura, montos no cubiertos, tipos de enfermedades, etc.

El 6% expuso su queja en cuanto al servicio de las instituciones médicas por falta de calidez en el trato.

El 68% de los encuestados dijo haber estado insatisfecho por la gestión de reembolsos, la cual consiste en acumular las facturas de sus gastos médicos y el grupo de comprobantes que respaldan la existencia de dichos gastos lo cual genera una gestión extra por parte del cliente y muchas veces al momento de entregarlos ya sea en la empresa de Seguros o en manos de su agente, no se puede concluir con la gestión ya que los documentos están incompletos tanto en firmas como en tipos de informes, adicional a esto deben esperar periodos muy largos para que ese dinero se les reembolse.

A continuación, en la pregunta número 3, se busca sólo la opinión de las 276 personas que no cuentan con un seguro médico privado ya que es el objetivo a perseguir.

3.- *¿Por cuál de las siguientes razones no cuenta con un seguro de salud privado?*

Tabla 16 Razones de no contar con un Seguro Médico Privado

Razones de no contar con un Seguro Médico Privado	No. Encuestados	Porcentajes
Está satisfecho con el Servicio del IESS	17	6%
No se enferma	27	10%
Tiene otros gastos	58	21%
No conoce en detalle el servicio	174	63%
TOTALES	276	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

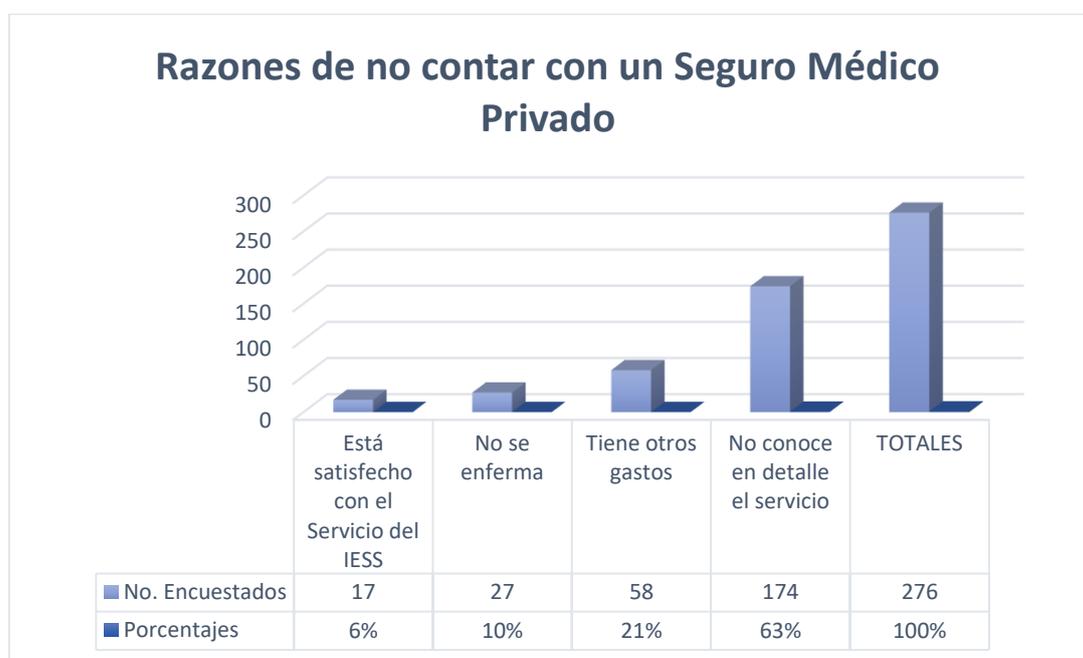


Figura 16. Razones de no contar con un Seguro Médico Privado

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

El 6% de los encuestados está satisfecho con la cobertura que le ofrece el IESS, el 10% dijo no haber tenido ningún evento de salud grave por el cual buscar la opción de un seguro privado, el 21% manifestó tener sus ingresos limitados por cubrir varios gastos y finalmente el 63% no conoce con detalle el producto, por lo que, estos últimos encuestados son clientes potenciales en el futuro.

4.- *¿Cuántos hijos tiene entre 5 y 17 años? _____*
(Si no tiene hijos entre 5 y 17 años, concluir encuesta)

Tabla 17 No. de Hijos entre 5 y 17 años

No. Hijos entre 5 y 17 años	No. Encuestados	Porcentaje
0	151	55%
1	34	12%
2	79	29%
3	9	3%
4	3	1%
5	0	0%
TOTALES	276	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)



Figura 17. No. Hijos entre 5 y 17 años

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

En esta pregunta se busca descalificar a los padres que no tienen hijos de las edades a las que está dirigida la propuesta los cuales fueron el 55% de los encuestados, el otro 45% cumple con el perfil y deja 125 participantes.

- 5- *¿Por cuál de los siguientes beneficios adicionales y gratuitos para sus hijos de entre 5 y 17 años de edad usted decidiría tomar un seguro de salud privado? Por favor marque sólo el de mayor relevancia para usted.*

Tabla 18 *Beneficios Adicionales por los que contrataría un Seguro Médico*

Beneficios	No. Encuestados	Porcentajes
Cobertura Dental Estándar (Profilaxis, Calces, Caries)	11	9%
Exámenes Médicos Básicos Preventivos (Laboratorio, Imágenes)	4	3%
Cobertura para atención médica (por accidentes)	110	88%
TOTALES	125	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

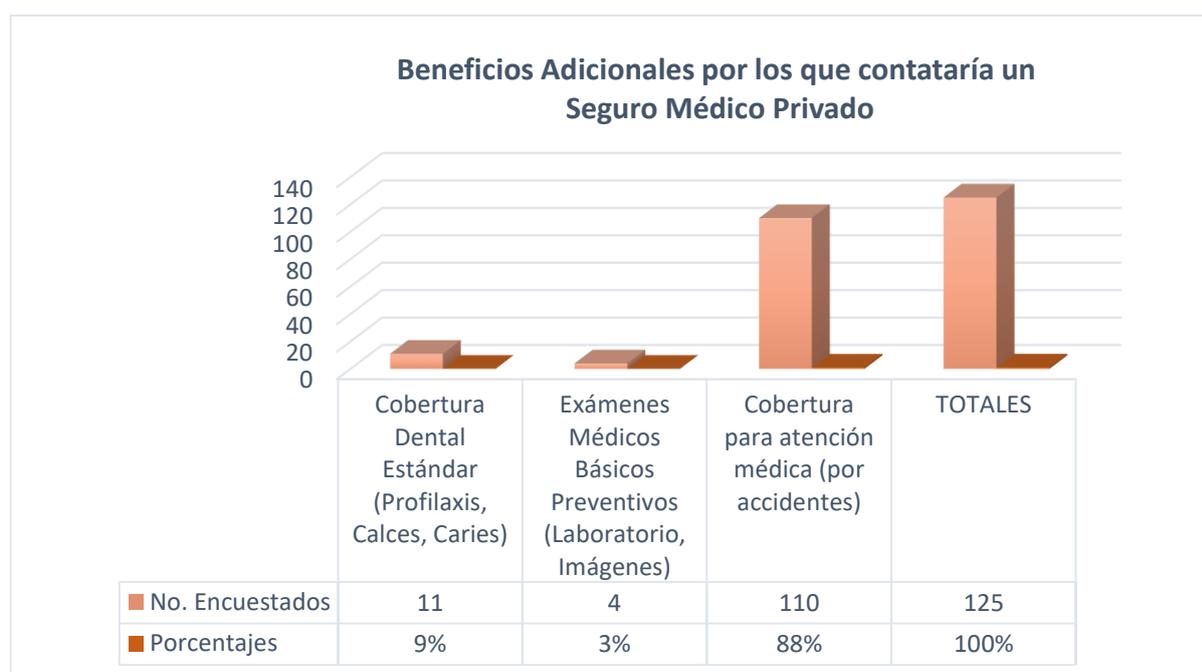


Figura 18. Beneficios Adicionales por los que contrataría un Seguro Médico Privado

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

En esta respuesta se obtiene finalmente cuál de las alternativas es la preferida ante el potencial cliente y definirla como el beneficio de la Cobertura Extendida, el 9% se inclinó por la Cobertura Dental Estándar, el 3% prefirió la Atención Preventiva y una mayoría del 88% analizó que la Cobertura Médica en caso de Accidentes es la ideal para gastos que se generan en eventos realmente importantes y probablemente de altos costos.

6- ¿Si el beneficio que usted eligió en la pregunta anterior estuviera disponible, estaría dispuesto a contratar un Seguro Médico en los próximos 6 meses?

Tabla 19 Disponibilidad de contratar un Seguro Médico en los próximos 6 meses

Beneficios	No. Encuestados	Sí	No	Sí%	No%	TOTAL
Cobertura Dental Estándar (Profilaxis, Calces, Caries)	11	5	6	45,45%	54,54%	100%
Exámenes Básicos Preventivos (Laboratorio, Imágenes)	4	1	3	25,00%	75,00%	100%
Cobertura para atención médica (por accidentes)	110	25	85	22,73%	77,27%	100%

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

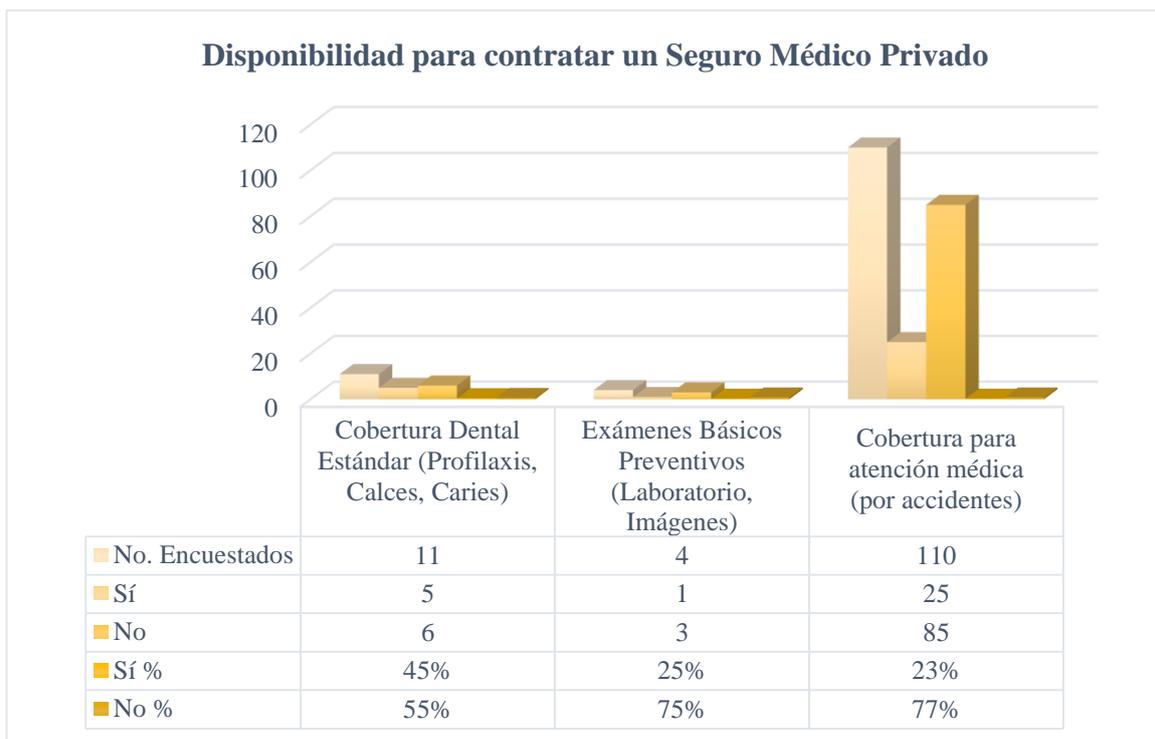


Figura 19. Disponibilidad para contratar un Seguro Médico Privado

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Esta pregunta final se realiza con el objetivo de comprobar si la selección en la respuesta anterior es lo suficientemente interesante para que el cliente decida contratar el seguro en un corto plazo, en caso de la Cobertura Dental el 45% confirmó su deseo, el 25% de los que prefirieron los Exámenes Preventivos dijeron que no y el 22,73% redondeando a 23% de los que apoyaron la Cobertura en caso de Accidentes ratificaron su deseo de adquirir el servicio.

Conclusiones de la Encuesta

- Se confirmó que realmente existe un gran porcentaje de personas en el Estrato Socioeconómico Medio y Alto que aún no cuenta con la protección de un Seguro Médico Privado, 71,13% que es igual 276 personas de las 388 que se encuestaron.
- Se identificaron varias insatisfacciones por parte del 28,87% de los encuestados que sí tienen un Seguro Médico Privado actualmente, coincidiendo en que el mayor problema es el de los trámites de reembolsos afectando al 68% de estos usuarios.
- El 63% de los 276 encuestados que no tienen un Seguro Médico Privado responde que no ha conocido en detalle sobre el servicio del mismo, por lo que se identifica a este porcentaje como prospecto óptimo de captación para el servicio en un futuro.
- El 55% de los 276 encuestados no tienen hijos de las edades que se necesita para ofrecer el beneficio de cobertura extendida y seguir con la encuesta.
- Del restante 45%, 125 personas, que, si tienen hijos de entre 5 y 17 años, el 88% analizaron que la cobertura más favorable para ellos es la de Atención Médica para sus hijos en caso de Accidente dejando así descartadas la opción de Cobertura Dental Estándar y los Exámenes de Prevención.
- Finalmente, los encuestados confirmaron el interés de adquirir un Seguro Médico Privado a corto plazo si la opción de cobertura extendida estaba disponible gratuitamente para sus hijos.
- Por consiguiente, la propuesta de Cobertura Extendida se elaborará en base a los resultados finales de esta encuesta, es decir, se diseñará el beneficio de cobertura gratuita para anexar a las pólizas de los clientes que adquieran un de Seguro Médico Privado, la cual consiste en cubrir los gastos médicos por accidentes de los hijos que tengan entre 5 y 17 años de edad.

CAPÍTULO IV

4. LA PROPUESTA

4.1. Factibilidad de Producto o Servicio

En el Focus Group se expuso la idea preliminar, es decir, la Cobertura Extendida que significa la creación de un beneficio adicional a los que normalmente son ofrecidos en los planes que se comercializan en el país, los 10 participantes dieron su opinión, lo que fue relevante para este estudio ya que son el cliente potencial de este mercado.

Todos coincidieron en lo atractivo de la propuesta y expusieron varias ideas sobre el beneficio donde también coincidieron con respecto a quienes deseaban proteger con esta cobertura (los niños y los adultos mayores).

Escoger alguna de las opciones ya representaba una oportunidad debido a que fueron elegidas por el cliente potencial, estas fueron analizadas posteriormente para medir cuál de ellas contenía dos factores, beneficiar al cliente y a la empresa al mismo tiempo.

La conclusión de este análisis dio como resultado que la Cobertura Extendida debía estar dirigida a los niños que se encuentran en los rangos de edades con siniestralidad menor tanto en porcentaje como en tipo de evento y que el cliente potencial en consecuencia de esto estaba enfocado a los padres de familia.

Finalmente se realizó una encuesta a la muestra de la población con el perfil del cliente potencial donde se determinó que el servicio de la Cobertura Extendida tenía una intención de compra del 23% en la propuesta que alcanzó el mayor porcentaje de aceptación.

4.2. Factibilidad de Mercado

El mercado meta de la Cobertura Extendida son los padres de familia que tengan hijos de entre 5 y 17 años, este mercado es de aproximadamente 195.174 clientes potenciales, según la recolección de información de la encuesta realizada, existe una penetración esperada del 22,73% de estos prospectos, lo cual significa una Proyección de Ingresos de \$93.130.358,64 si estos clientes tomaran un plan médico básico que anexe la Cobertura Extendida, lo que podemos ver en la tabla 20 a continuación:

Tabla 20 *Penetración de Mercado y Proyección de Ingresos*

Padres sin Seguro Médico Privado	% Penetración	Clientes Potenciales	\$ Promedio Prima	Proyección de Ingresos
195.174	22,73%	44.363	2099,28	\$93.130.358,64

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Entendiendo la estructura de la industria en la que se quiere participar y los retos que presenta, se ha optado por esta estrategia que se considerará agresiva por algunos participantes de la misma, la competencia antigua y nueva opta por comercializar planes estructurados de manera que el cliente perciba un menor costo, pero sin que este evalúe la contraparte de este beneficio, el costo de un precio más bajo, que en la mayoría de los casos se resume a una cobertura pésima y servicio deficiente.

Por otro lado, si ofrecen una cobertura adicional o plus, la hacen a cambio de un incremento en la prima, así en realidad no se representa mayormente el beneficio y tomando en cuenta adicionalmente que por ingresar uno más dependientes se calcula otro valor de prima para ese afiliado, con estos antecedentes se concluye en que este servicio será muy bien recibido por el mercado y tendrá una alta oportunidad.

4.3. Factibilidad Organizacional

Las empresas de seguros médicos cuentan con dos tipos de recurso interno en el manejo de los planes médicos, el administrativo y el de Formación. La Cobertura Extendida, es un anexo que se complementará a una póliza básica que, debido a esta estrategia, se proyecta el incremento de ventas que generará un incremento también de equipo encargado de operar a estas nuevas captaciones y poder ejecutar la idea exitosamente.

Según vaya dándose el incremento de cartera de clientes, será necesario incrementar el personal administrativo para manejar los aprobaciones e ingresos de cuentas, emisiones de contratos, Gastos de Peritos, atención al cliente por medio de call center, reembolsos de gastos médicos, etc., esto está representado por un costo aproximado del 18,43% del ingreso por prima emitida de la póliza, lo cual es un costo manejable tomando en cuenta de que los dos primeros se generan cuando se capta por primera vez a un cliente y los tres últimos se hacen efectivos si existe la ocurrencia de siniestralidad lo cual se apalanca en cierta forma por los clientes solidarios.



Figura 20. Solidaridad en la Cartera de Asegurados - Riesgo de enfermar
Fuente: @segurosdesalud.com

En el área de formación de la empresa, la capacitación es una actividad que ya está planificada en el cronograma mensual, no hay un costo representativo, podría decirse nulo debido a que, si se da alguna novedad, actualización de algún plan, o la complementación

de un anexo como en este caso la Cobertura Extendida. simplemente se acomoda al plan de gestión previsto con el mismo equipo humano sin causar costos adicionales a la empresa.

Como política de las empresas aseguradoras, estas se encargan de prestar sus oficinas a la fuerza de ventas para encuentros con el cliente en caso de requerirlo y para proporcionar mejora continua en sus instalaciones, pero la aseguradora en la mayoría de casos no comercializa el producto, la fuerza de ventas pertenece directamente a los brókeres, que son los intermediarios entre la aseguradora y el cliente y estas agencias cobran una comisión alrededor del 25% al 30% de la prima emitida en las pólizas contratadas y dicho costo ya está considerado en el cálculo que se realiza para definir el precio de la prima de la póliza.

4.4. Factibilidad Legal

La entidad reguladora de la Industria de seguros en el Ecuador es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, es el organismo técnico, con autonomía administrativa y económica que vigila y controla la organización, actividades, funcionamiento, disolución y liquidación de las compañías y otras entidades en las circunstancias y condiciones regidas por la Ley, además la que se encarga de difundir los resultados económicos de gestión de las empresas aseguradoras ya que son cifras de interés para la ciudadanía por ser uno de los integrantes del Sistema Financiero. (Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, 2016)

Una Institución reguladora creada hace dos años, es ACESS, su Misión en su Filosofía Corporativa es la de vigilar y controlar la calidad de los servicios que brindan los prestadores de salud y las compañías que financien servicios de atención integral en salud prepagada y de las de seguros que oferten coberturas de seguros de asistencia médica, velando por la seguridad de los pacientes y usuarios a través de la regulación de la calidad y bajo los enfoques de derechos de género, interculturalidad, generacional y bioético. (ACESS, 2017)

La obtención de los permisos y aprobaciones de planes o anexos corresponde a estos dos organismos, cualquier cambio, mejora o beneficio con respecto al servicio de salud que las compañías prestadoras o que financien atención integral en salud prepagada y seguros que oferten coberturas de seguros de asistencia médica, deberá ser aprobada en primer lugar por la ACESS para su implementación posterior.

10- GESTIÓN TÉCNICA DE COMPAÑÍAS DE SALUD Y ASISTENCIA MÉDICA

PROCESOS

Sistema Nacional de Salud

Entrega de información
 Administra
 Utiliza información

Portafolio de clientes

Número de contrato
 Fecha de inicio y Fecha de fin
 Cedula o RUC del contratante
 Nombre o razón social del contratante

Tipo de contratos

Cedula o RUC del titular y/o beneficiario
 Nombre completo del titular y/o beneficiario
 Tipo de beneficiario

Datos de la Empresa

Nombre legal de la empresa
 RUC

Representante legal y/o Gerente general
 Direcciones matriz y sucursales
 Teléfonos convencional y/o celular
 Correo electrónico

Datos de contratos

Contratos
 Clausulas obligatorias
 Cláusulas contractuales específicas

Plan

Nombre del plan .
 Condiciones particulares

Modalidad

Abierta
 Cerrada
 Mixta

Anexo del plan

Coberturas
 Carencias
 Detalle de tarifa cero
 Exclusiones y limitaciones

Datos de prestadores Listado de contratos

Detalle del prestador
 Nivel de atención, nivel de complejidad y especialidad
 Tarifario de cobertura de prestaciones con valor de punto

Figura 21. Requisitos y Proceso de Aprobación de planes y Anexos en ACCESS

Fuente: calidadsalud.gob.ec

Para ello cuenta con un proceso de recepción de información sobre los nuevos planes o anexos que diseñan las compañías de seguros y tiene un periodo de evaluación de aproximadamente 6 meses para la emisión del permiso respectivo y no tiene ningún costo, el plan o anexo debe cumplir con las leyes y condiciones que las regulan, Ley de Medicina Prepagada, Ley de Discapacidad, etc., posteriormente ingresarlo en la Superintendencia de Compañías Valores y Seguro para su (ACCESS, 2018)

Debido a que la cobertura extendida es un anexo a un Seguro Médico Privado ya evaluado y aprobado con anterioridad y que no tiene costo para el cliente, no necesita de una evaluación extensa, sólo un oficio con la copia del formato del anexo y las condiciones del

contrato, el tiempo de demora en aprobar más bien se trata de gestiones internas atrasadas en dicho proceso.

Para que el plan o anexo pueda comercializarse en el mercado, el último paso es ingresarlo en la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros y su aprobación depende de que estos cumplan con las leyes vigentes, en este caso las que corresponden a un anexo de cobertura son las siguientes.

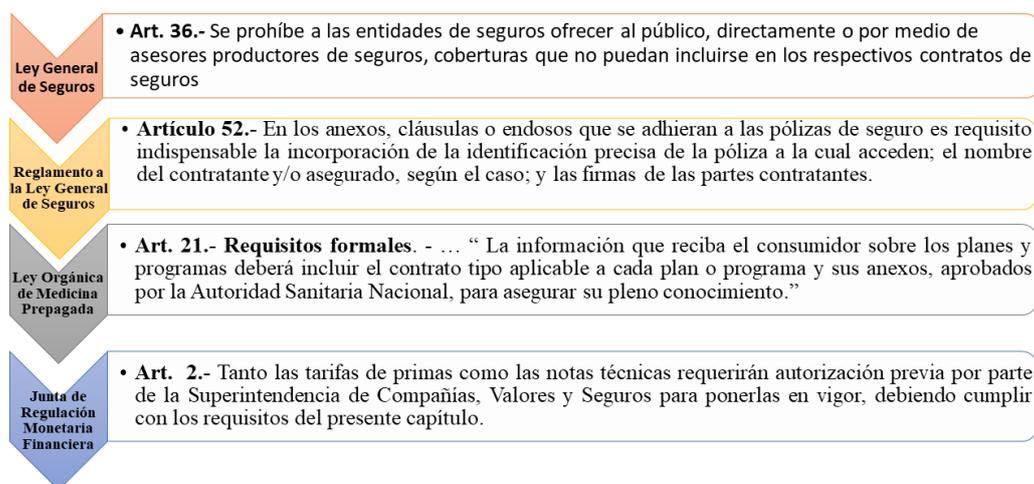


Figura 22. Artículos que se refieren a la aprobación legal de un Anexo de Cobertura

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

4.5. Factibilidad Financiera

Para iniciar una Cobertura Extendida en un Seguro, el primer costo y el más importante a tener en cuenta es el porcentaje de siniestralidad en que se va incurrir por ofrecer este beneficio, el cual se suma al costo de la siniestralidad normal del plan al que se va a adjuntar.

4.5.1. Proyección de Ingreso y Utilidad de Póliza

Para esto, se realiza el cálculo de la rentabilidad de una póliza donde la Prima Emitida es igual a la Proyección de Ingresos \$93.130.358,64, el índice de siniestralidad del plan base es del 12,99% y el de ofrecer la Cobertura Extendida es del 2,95%, el índice total por siniestralidad es el 15,94% que es igual a \$14.844.979,17, la Utilidad Bruta entonces es de \$78.285.379,47 como se detalla a continuación en la tabla 21.

Tabla 21 *Proyección de Ingreso y Utilidad Bruta Póliza*

\$ Proyección de Ingresos	\$93.130.358,64
Costo Siniestralidad General Adultos	12,99%
Costo Siniestralidad Accidentes Niños (5-17años)	2,95%
Total Siniestralidad	15,94%
Costo Cobertura Base	\$12.097.633,59
Costo Cobertura extendida	\$2.747.345,58
Total Costo	\$14.844.979,17
Utilidad Bruta	\$78.285.379,47

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

El costo de inversión para implementar la cobertura extendida básicamente se presenta cuando ya está adquirida por el cliente, este costo inicial, aparece en caso de ocurrir la siniestralidad.

4.5.2. Estado de Resultados Proyectado

Se presenta a continuación el Estado de Resultados Proyectado con la totalidad de los costos y gastos que se asumen por comercializar el servicio, se muestran las siguientes cifras:

La proyección de Ingresos \$93.130.358,64 y los Costos de Siniestralidad de la Póliza \$14.844.979,17 deja una Utilidad Bruta de \$78.285.379,47, los Gastos Operacionales de este servicio están conformados por \$58.830.447,55 lo que da como resultado una Utilidad antes de Participación Laboral e Impuestos de \$19.454.931,92. Ver tabla 22.

Tabla 22 *Estado de Resultados Proyectado*

DESCRIPCIÓN	%	PARCIAL	TOTAL
\$ Proyección de Ingresos			\$93.130.358,64
Costos			
Costo Siniestralidad General Adultos	12,99%	\$12.097.633,59	
Costo Siniestralidad Accidentes Niños (5-17años)	2,95%	\$2.747.345,58	
Total Siniestralidad	15,94%		\$14.844.979,17
Utilidad Bruta			\$78.285.379,47
Gastos Operacionales			
Gastos Comerciales	40,50%	\$37.717.795,25	
Gastos Administrativos	18,43%	\$17.163.925,10	
Gastos Reaseguros y Superintendencia de Cías.	4,24%	\$3.948.727,21	
Total Gastos	63,17%		\$58.830.447,55
Utilidad antes de Participación Laboral e Impuestos			\$19.454.931,92

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

La utilidad antes de impuestos por implementación de la Cobertura Extendida es de \$19.454.931,92, lo que resulta en un margen operativo del 20,89%, que indica que los resultados son positivos.

Ecuación 3:

$$\text{Margen Operativo} = \frac{\$ 14.844.979,17}{\$ 93.130.358,64} = 20,89\%$$

4.5.3. Punto de Equilibrio

Los costos fijos administrativos que se necesitan para la implementación del servicio están alrededor de \$17.163.925,10 y los costos variables unitarios que intervienen en el costo de adquisición de una cuenta, es decir, siniestralidad, gestión comercial, reaseguros y aportaciones a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros suman el 60,68%, lo que se obtiene como resultado es una Contribución Marginal de \$825,44. Ver tabla 23.

Tabla 23 *Cálculo del Punto de Equilibrio*

Inversión	Valores
Costos Fijos Totales	\$17.163.925,10
Precio de venta	\$2.099,28
Costos Variables	\$1.273,84
Contribución Marginal	\$825,44
Unidades P.E.	20.794
Unidades Totales Esperadas	44.363

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

Tomando la Contribución Marginal entre los Costos Fijos Totales, se determina que la cantidad de pólizas que se deben generar y comercializar en el mercado para cubrir los costos totales es de 20.794.

Esto se lo puede lograr en un periodo de tres años a partir de la fecha de implementación agregando 28 pólizas diarias al presupuesto de ventas.

Como lo muestra el gráfico a continuación, se demarca la frontera entre los niveles de producción que generan pérdida (puntos a la izquierda del equilibrio) y los que generan ganancia (puntos a la derecha del equilibrio).

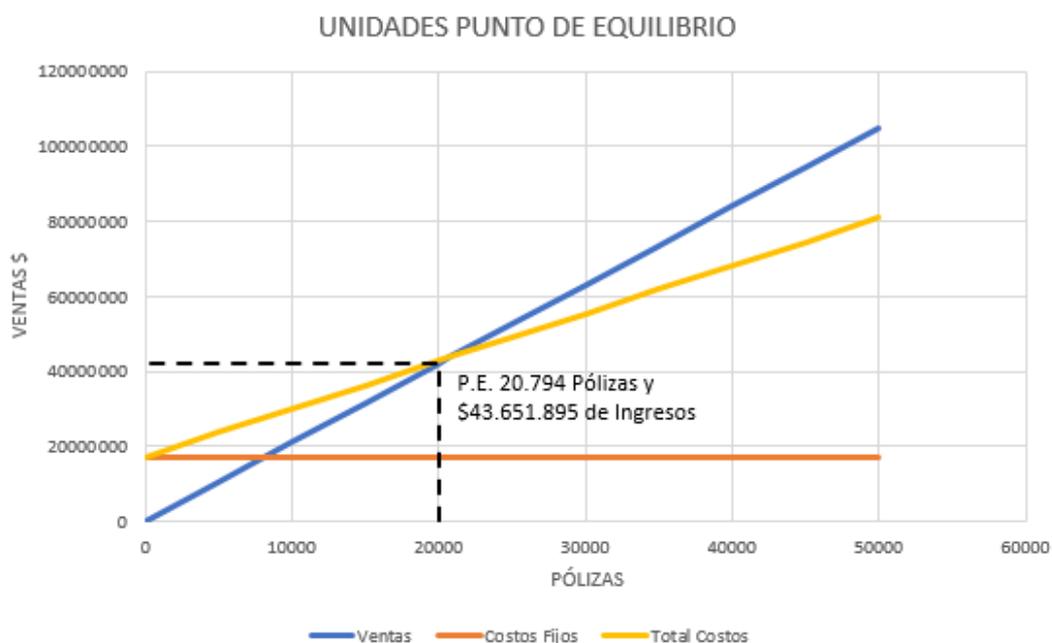


Figura 23. Gráfico de Unidades del Punto de Equilibrio
Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

El resultado obtenido indica que la estimación de pólizas = 44.363 está por encima de la cantidad de equilibrio = 20.794, razón por la cual no solo se cubren los costos, sino que además se generarían beneficios con lo que se demuestra la factibilidad de la operación.

4.6. COBERTURA EXTENDIDA

4.6.1. Tema

Diseño de un anexo de cobertura extendida que pueda incorporarse a un plan médico básico de una empresa de medicina prepagada.

4.6.2. Introducción

Un plan médico, cubre las necesidades del titular de la póliza y de sus afiliados de acuerdo al plan contratado previamente aceptado por él, actualmente las aspiraciones del usuario tienden a ser más exigentes a la hora de contratarlo, desde esta perspectiva y analizando las opiniones de este cliente potencial, se ha logrado hallar la estrategia para diseñar una opción de cobertura extendida y por medio de esta investigación ha sido demostrada su factibilidad para dar paso a una futura implementación.

Después de un análisis para identificar la mejor propuesta tanto para el usuario como para la empresa, se determinó que el rango de edades de los hijos beneficiarios de los titulares de póliza deberían ser menores de edad de entre 5 y 17 años, ya que, según datos estadísticos, los niños de estas edades tienen un bajo índice de siniestralidad con respecto a accidentes y no representarán un costo importante para la empresa si el índice se mantiene, por lo tanto, es una alternativa excelente para que el usuario se beneficie con este plus y que actualmente ninguna compañía lo tiene, por lo tanto proporciona una ventaja competitiva a la empresa que lo implemente

La Cobertura extendida se define como su nombre lo indica, a una “extensión” sobre la póliza que adquiere el usuario, en este caso la extensión se trata de la inclusión para hijos no afiliados sin costo adicional al de la prima cotizada del plan contratado y está constituido por los beneficios y valores estipulados en dicha póliza.

4.6.3. Alcance

Este servicio está dirigido a los padres de familia de la clase social media típica, media alta y alta de la ciudad de Guayaquil, que aspiren a un seguro médico privado y deseen que se añada la cobertura extendida con protección en caso de accidentes para sus hijos no afiliados de entre 5 y 17 años.

4.6.4. Plan Médico del Titular

En Ecuador, cada empresa Aseguradora cuenta con un portafolio de planes de seguros médicos, cada uno de ellos con diferentes características, costos y beneficios.

Para lograr una cobertura extendida ideal, se ha tomado como modelo uno de los planes estándares que existen en el mercado de los seguros y que está estructurado en su cobertura de accidente con valores y beneficios acorde a las necesidades básicas de un cliente.

A continuación, en la tabla 24, se exponen las especificaciones de este plan en una cotización común, y se hará énfasis en la cobertura que está destinada a los hijos de los titulares de la póliza:

Tabla 24 *Beneficios de Un Plan Médico Estándar*

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	COBERTURAS
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD 100.000
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas,	Como cualquier incapacidad
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	USD 10.000
Periodo de Carencia para atención ambulatoria	30 días
Periodo de Carencia para atención hospitalaria	90 días

Periodo de Carencia para Accidentes, Enfermedades Infecciosas, apendicitis y coleditiasis aguda	No Aplica
Periodo de Carencia para Emergencia Médica	24 horas
Periodo de Carencia para Urgencia Médica	24 horas
Periodo de Incapacidad	365 días
Periodo de Acumulación de Cuentas	180 días
Periodo de presentación de siniestros	90 días
Servicio de Ambulancia	USD 100
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Cuarto y Alimento diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 200
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al	100%
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Límite de Copago Hospitalario por año por Titular y/o Dependiente	USD 8.000
SERVICIOS AMBULATORIOS	
Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Cobertura en Centros Médicos Ambulatorios con convenio de acuerdo al Anexo de Crédito Ambulatorio y/u hospitalario	100%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de deducible ni copago	USD 1.000
Medicinas al	80%
ATENCIÓN DE EMBARAZO	
Sub límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Aborto no provocado, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Complicaciones de Maternidad	USD 25.000
Sub límite para Complicaciones del Recién Nacido	USD 25.000
Preservación de células madres del cordón umbilical únicamente en proveedores autorizados, sin aplicación de deducible ni Copago	50% de descuento

Período de Carencia para inicio de embarazo	60 días
TRASPLANTE DE ORGANOS	
Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	USD 50.000
BENEFICIOS ADICIONALES (Luego de período de carencia)	
Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al	80%
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho al	80%
Anticonceptivos temporales por año contrato por Titular y/o Dependiente	USD 100
Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	USD 120
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil	80%
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite Máximo por día, máximo 10 días)	USD 50
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	USD 500
Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	USD 500
Prestaciones con tarifa cero	Beneficios en base a la normativa vigente
EXONERACIÓN DE CUOTAS	
Exoneración de Cuotas por fallecimiento del Titular	1 Año
CONDICIONES PREEXISTENTES	
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura	
Cobertura para Condiciones Preexistentes declaradas, por persona por año Contrato	
Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas	2 años
Cobertura a partir del 3er año	20 Salarios básicos unificados

Cobertura para condiciones Preexistentes de acuerdo a Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento	
Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.	20 Salarios básicos unificados
Periodo de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad	90 días
Cotización realizada con tarifas Costa.	
BENEFICIOS ADICIONALES (Luego de período de carencia)	
Se pagará aplicando Deducible y Copago:	
1. Vitaminas y alérgenos, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una Incapacidad.	
2. Las vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, Sarampión, PVO, Hepatitis A, Hepatitis B, Fiebre Amarilla, Meningitis.	
3. Zapatos ortopédicos, una vez por año contrato.	
4. Leche Medicada para Dependientes menores de 15 años, siempre y cuando exista un diagnóstico que justifique su prescripción.	
5. Plantillas ortopédicas, una vez por año contrato.	
6. Medias elásticas, siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.	
Se pagará sin aplicar Deducible ni copago:	
1. Chequeo ginecológico y un examen de pap test por año contrato, solo para el Titular y/o su Cónyuge o compañero en unión de hecho	

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

4.6.5. Diseño de la cobertura:

La estrategia que se propone como cobertura extendida es la protección en caso de cualquier tipo de accidente que ocasione la necesidad de atención médica, para lo cual podrán solicitar reembolso de gastos médicos y cobertura de gastos hospitalarios con las mismas características del plan contratado por el titular y el mismo valor de la cobertura de su contrato, es decir, la cobertura original de este plan es de \$100.000 por evento, por año contrato por persona, por lo tanto, la cobertura extendida será la misma y se llenará un anexo al contrato del titular con las especificaciones respectivas. Ver tabla 25.

Tabla 25 *Beneficios de Cobertura Extendida*

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	COBERTURAS
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD 100.000
Periodo de Carencia para Emergencia Médica	24 horas
Periodo de Carencia para Urgencia Médica	24 horas
Periodo de Incapacidad	365 días
Servicio de Ambulancia	USD 100
Cuarto y Alimento diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 200
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al	100%
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Límite de Copago Hospitalario por año por Titular y/o Dependiente	USD 8.000
SERVICIOS AMBULATORIOS	
Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Cobertura en Centros Médicos Ambulatorios con convenio de acuerdo al Anexo de Crédito Ambulatorio y/u hospitalario	100%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de deducible ni copago	USD 1.000
Medicinas al	80%

TRASPLANTE DE ORGANOS	
Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	USD 50.000
BENEFICIOS ADICIONALES (Luego de período de carencia)	
Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al	80%
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite Máximo por día, máximo 10 días)	USD 50

Elaborado por: Pincay Yáñez, R. (2018)

4.6.6 Especificaciones en el contrato

La cobertura extendida en este caso se hará sobre todos los hijos de Titulares nuevos que cumplan los siguientes requisitos:

- No estar afiliados en ningún seguro de salud privado
- Ser menores de edad, hombre o mujer entre 5 y 17 años
- No ser aficionados o practicar deportes extremos como por ejemplo Parkour, motocross, skateboarding, etc.

Esta cobertura se hará efectiva al momento de ocurrir un accidente que ocasione la necesidad de atención médica.

4.6.7. Beneficios Adicionales

- -Central Médica:
Asistencia médica telefónica las 24 horas del día, 365 días al año.
- -Asistencia en Viajes:
Cobertura de igual característica del contrato del titular en caso de emergencias por accidentes ocurridos en viajes, sin deducibles.
- -Tiempo de Carencia:
La cobertura se realizará sin periodo de espera.

4.6.8. Exclusiones

La cobertura no se realizará en los siguientes casos:

- Preexistencias o eventos antes de la vigencia del contrato
- Cuando la póliza del titular se encuentre en estado de mora
- Cuando el evento sea causado por actos premeditados como intento de suicidio.



1. Nombre y apellido del contratante:

2. Número de contrato

Esta cobertura extendida está diseñada para menores de edad entre 5 y 17 años que no consten en las pólizas de nuevos clientes o próximos renovantes de esta empresa de salud o de alguna otra empresa de medicina prepagada. Los beneficios de esta cobertura están sujetos a todos los términos, provisiones, exclusiones y restricciones descritos en la póliza del titular contratante con respecto a los gastos cubiertos en caso de un accidente.

DESCRIPCIÓN

Atención médica telefónica

Asistencia médica en viajes

Servicio de Ambulancia Aérea o Terrestre

Servicio de médico a domicilio

Enfermera en el hogar

Equipos médicos duraderos, prótesis y Equipos ortopédicos

Atención médica ambulatoria y Hospitalaria

Medicinas

Exámenes de imágenes y laboratorio

Cirugías

Trasplantes

Rehabilitación

3. Menores Asegurados

4. Edad

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

5. Firma del contratante

6. Firma representante de la empresa

7. Lugar y Fecha

CONCLUSIONES

La Cobertura Extendida es un plus que se incorpora a un plan médico con el objetivo de ofrecer un valor añadido y diferenciado de los modelos tradicionales de planes médicos para generar en el prospecto de cliente un interés de compra al momento de exponerle sus beneficios.

La idea de la Cobertura Extendida nació partiendo de una necesidad de impulsar la cultura de protección y prevención en la ciudadanía y que, a su vez, la industria de los seguros y todos sus intermediarios tengan más oportunidades de incrementar el mercado, sobre todo después del período de contracción que se vivió desde finales del 2016 por la inclusión de nuevas leyes que afectaban su nivel competitivo.

Esta estrategia se consideró efectiva desde el inicio ya que las alternativas para elaborar la propuesta fueron proporcionadas por el cliente potencial en un Focus Group que posteriormente se analizaron para determinar cuál de ellas era la ideal para beneficiar a los clientes y a la empresa.

En la lluvia de ideas propuestas para la cobertura en el Focus Group, se pudo identificar que el cliente potencial de este servicio tiene gran inclinación en dar protección a sus parientes más vulnerables como lo son sus padres adultos mayores y sus hijos menores de edad, protegiéndolos en caso de accidentes, cobertura dental con más alcance y exámenes preventivos anuales.

Para definir la alternativa correcta para la Cobertura Extendida se realizó un análisis de los niveles de siniestralidad de los grupos propuestos y de los diferentes tipos de eventos de riesgo, por lo cual se determinó que los beneficiarios para la Cobertura Extendida debían ser los niños de edades entre 5 y 17 años ya que en esas edades la siniestralidad es de menor índice tanto en accidentes como en tratamientos dentales y los exámenes de prevención suelen ser de costos más bajos que los de adultos mayores.

La encuesta realizada cubría dos aspectos importantes, uno complemento del otro: conocer la opinión del cliente potencial sobre el beneficio más atractivo para la Cobertura Extendida y la opinión sobre los servicios que las aseguradoras deben mejorar para satisfacer

las necesidades a los usuarios actuales, lo cual dio como resultado que para el 68% de ellos, la gestión de reembolsos para recuperar el gasto médico les representa un problema.

La consulta en la encuesta sobre el beneficio preferido por los clientes, dio como resultado que el 88% de los padres de familia se inclinan por la cobertura de accidentes para sus hijos menores de edad y el 23% de estos encuestados confirmó su intención de compra a corto plazo si el servicio fuese implementado.

Se diseñaron las condiciones de la Cobertura Extendida en un contrato individual, tomando como base las características de un plan médico estándar que ofrece beneficios y montos adecuados para gastos médicos de accidentes, también se diseñó el anexo de registro para los datos de los beneficiarios y de la póliza del titular, estructurado con las normas y requerimientos que exige la ley por medio de la ACESS y la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Con el Estudio de factibilidad se pudo validar la idea inicial objeto de esta investigación, el beneficio del servicio creado cumple con los requerimientos para ser valorados por el mercado meta, su intención de compra y un mercado atractivo en crecimiento donde cualquier empresa aseguradora actual o en emprendimiento podría implementar la estrategia con éxito.

En la recolección de datos se determinó que hay un 23% del mercado meta listo para adquirir el servicio motivados por el beneficio ofrecido, con este resultado se evaluó la factibilidad financiera donde se calculó una proyección de resultados del 20,89% de Utilidad antes de Participación Laboral e Impuestos si se cubre todo ese mercado final.

Finalmente, en el análisis del Punto de Equilibrio se estimó el nivel de ventas necesario para cubrir los costos de la inversión y un excedente de mercado que demuestra la viabilidad de la idea a defender, lo que ofrece la oportunidad de ingresos atractivos para la organización que la implemente.

La factibilidad de esta propuesta y su implementación será el inicio de la formación de una cultura de prevención, ofreciendo un servicio que genere un mayor deseo de protección para los usuarios y su familia en el futuro.

RECOMENDACIONES

La captación de clientes por medio de una aportación de valor a lo que ya conocen en el mercado es sólo el principio de la estrategia, la estabilidad y crecimiento de las empresas aseguradoras depende de las renovaciones que el cliente realice y esto sólo sucede si se complementa un buen servicio en forma total y el cliente se siente satisfecho con la atención de los intermediarios involucrados.

Adicionalmente al servicio en general que un plan médico pueda ofrecer al usuario, actualmente no se da énfasis ni la importancia merecida a las herramientas más seguras y eficaces para llegar al cliente como lo son las redes sociales, es necesario implementar una estrategia integral de marketing llevada por expertos, ya que en la mayoría de los casos el cliente busca información pero esta no es lo suficiente explicativa para ellos y hay demasiados datos que asimilar al momento de visitar una página, las empresas aseguradoras deben estar conscientes de que esta es la opción preferida al momento de pensar en cotizar un seguro.

El usuario de un seguro médico, no es como cualquier otro cliente en el mercado, ellos compran un intangible que les significa un alto costo que algunos no devengan, las personas en este tipo de servicios buscan sentir que quienes le ofrecen el producto son humanos que están en contacto con sus emociones, buscan empatía, comprensión de sus necesidades y requerimientos, sobre todo por parte de su agente de seguros, las aseguradoras deben incluir en sus actividades de formación para su fuerza de ventas no sólo la capacitación sobre nuevos planes o servicios, también se requiere de formación emocional para transmitir sentimientos de bienestar a los clientes que le pertenecen.

Se debe analizar la posibilidad de diseñar esta estrategia con características que se puedan implementar también a otros segmentos de mercado como el de nivel socioeconómico medio bajo que se debería tomar en consideración ya que representa el 49% de la población de Guayaquil y de ellos, el 97% no tiene un seguro médico privado.

La Cobertura Extendida es un anexo que puede implementarse a todo tipo de plan médico en cualquier empresa aseguradora en base a sus necesidades y a las de sus clientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ACCESS. (2017). *calidadsalud.gob.ec*. Recuperado de [calidadsalud.gob.ec](http://www.calidadsalud.gob.ec/):
<http://www.calidadsalud.gob.ec/>
- ACCESS, D. M. (2018). Requerimientos para aprobación de un Anexo de Cobertura. (P. Rocío, Entrevistador) Quito.
- Albuja, P. (21 de Mayo de 2018). Mercado de salud prepagada se contrajo. (D. E. Comercio, Entrevistador)
- Álvarez, J. J. (Julio de 2017). Especiales. (R. Ekos, Entrevistador)
- Atlantia Search. (15 de Agosto de 2018). *Atlantia Search*. Recuperado de Atlantia Search:
<https://blog.atlantiasearch.com/que-tipo-de-muestreo-debo-utilizar-en-mi-investigacion-de-mercados>
- B. Barringer e Ireland, B. y. (2010). *Espíritu Empresarial* (Tercera ed.). (D. E. Revista de Negocios, Trad.) Pearson Prentice Hall.
- Barbour, R. (2007/2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- BBVA. (2019). *BBVA.es*. Recuperado de BBVA.es: <https://www.bbva.es/general/finanzas-vistazo/seguros/seguros-medicos-privados/index.jsp>
- Becontent. (2019). *Faro De Vigo*. Recuperado de
<https://www.farodevigo.es/especiales/miralfuturo/coberturas-servicios.html>
- Blanco, A. (2005). *Formulación y Evaluación de Proyectos*. Caracas: Texto.
- Calidadsalud.com.ec. (2015). *www.calidadsalud.com.ec*. Recuperado de
<http://www.calidadsalud.gob.ec/>

Canguilhem, G. (1968). *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Castellanos, D. M. (s.f.). *Bioestadístico*. Recuperado de

http://bioestadistico.com/?option=com_content&view=article&id=153%3Acalculo-del-tamano-de-la-muestra-para-estimar-parametros-categoricos-en-poblaciones-finitas&catid=46%3Acalculo-del-tamano-de-la-muestra&Itemid=213

Como se citó en Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

Como se citó en Gestipolis. (s.f.). *Gestipolis.com*. Recuperado de www.gestipolis.com:

<https://www.gestipolis.com/que-es-el-estudio-de-factibilidad-en-un-proyecto/>

Cosede.com.ec. (2008). *www.codese.gob.ec*. Recuperado de <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/REGLAMENTO-A-LA-LEY-GENERAL-DE-SEGUROS.pdf>

Cosede.gob.ec. (s.f.). *Cosede.gob.ec*. Recuperado de <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2016/08/LEY-GENERAL-SEGUROS.pdf>

David, F. R. (2003). *Conceptos de Administración Estratégica*. México: Pearson Educación

Desarrollo, M. d. (3 de Mayo de 2010). *Scielosp.org*. Recuperado de Scielos:

<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s177-s187/>

Diario El Mercurio. (5 de Marzo de 2018). Liberty Seguros presentó estudio sobre la cultura de seguros en Ecuador. *El Mercurio*, pág. s.p. Recuperado de

<https://ww2.elmercurio.com.ec/2018/03/05/liberty-seguros-presento-estudio-la-cultura-seguros-ecuador/>

Eumed.Net. (1998). *Enciclopedia Virtual*. Recuperado de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/enfoque_cualitativo.html

F. Llerena, M. A. Pinto y M. C. Pinto. (2017). Un poco de Protección Social: Seguros de Salud, Servicios de Salud y Pobreza. *Foro Economía Ecuador*, s.p.

Finanzas, T. (2015). *Tus Finanzas*. Recuperado de www.tusfinanzas.ec:
<https://tusfinanzas.ec/>

Guerri, M. (14 de Mayo de 2018). *psicoactiva.com*. Recuperado de www.psicoactiva.com:
<https://www.psicoactiva.com/blog/80-frases-de-hipocrates-sobre-salud-y-medicina/>

Hernán, M. (2012). *Seguros y Finanzas para la familia*. Bogotá: Eco Ediciones.

Hernández Sampieri, R. F. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc.Graw Hil. Hipócrates. (330 A.C.).

INEC. (2011). *ecuadorencifras.gob.ec*. Recuperado de ecuadorencifras.gob.ec:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf

Junta Monetaria Financiera. (Mayo de 2017). *Ministerio de Finanzas*. Recuperado de
<https://www.juntamonetariafinanciera.gob.ec/PDF/Codificacion-LibroIII.pdf?dl=0>

Legales, E. (2015). *www.fielweb.com*. Recuperado de www.uteq.edu.ec:
<http://www.uteq.edu.ec/lotaip/lotaip/pdf/literala2/REGLAMENTOSYLEYSEXTERNAS/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>

Lexis.com. (2010). *www.lexis.com*. Obtenido de <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/REGLAMENTO-A-LA-LEY-GENERAL-DE-SEGUROS.pdf>

Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria. (2016). *cosede.gob.ec*. Recuperado de [cosede.gob.ec](http://www.cosede.gob.ec): <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2013/09/leyorganicadelaeconomiapopularysolidariaydelsectorfinanciero.pdf>

- Mariela Rosero, D. E. (28 de enero de 2019). *Diario El Comercio*. Recuperado de <https://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-autorizacion-servicios-medicina-prepagada.html>
- Martínez, V. (2013). *Métodos, técnicas e instrumentos de investigación*. Bogotá.
- Ministerio de Finanzas. (2017). *Ministerio de Finanzas*. Recuperado de <https://www.juntamonetariafinanciera.gob.ec/PDF/Codificacion-LibroIII.pdf?dl=0>
- Ministerio de Finanzas. (s.f.). Libro III: Sistema de Seguros Privados. en m. d. Finanzas, *Sistema de Seguros Privados, Codificación de Resoluciones Monetarias, Financieras, de Valores y Seguros*.
- Morillas, A. (s.f.). *Muestreo en Poblaciones Finitas*. Málaga. Recuperado de [file:///C:/Users/Xtratech/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Apuntes_Muestreo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Xtratech/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Apuntes_Muestreo%20(1).pdf)
- Naresh, M. (2008). *Investigación de Mercados: Un enfoque aplicado*. Pearson Educación.
- Oriente Seguros. (29 de Agosto de 2017). *Oriente Negocios*. Recuperado de <https://negocios.orienteseguros.com/las-companias-seguros-en-ecuador/>
- QuestionPro Inc. (2017). *QuestionPro*. Recuperado de QuestionPro: <https://www.questionpro.com/blog/es/como-realizar-un-muestreo-probabilistico/>
- RAE. (2016). *Diccionario de la Lengua Española*. Valladolid: Cervantes.
- Red Financiera Credomatic, B. (2008). *Libro Maestro de Educación Financiera. Un sistema para vivir mejor* (Vol. 1). San José, Costa Rica: Innovatechnology.
- Ruíz, D. (27 de Septiembre de 2013). El Estudio de Factibilidad: Un Paso Previo al Plan de Negocios. (D. Ruíz, Ed.) *Dirección Estratégica*, s. p. Recuperado de <http://direccionestrategica.itam.mx/ES/el-estudio-de-factibilidad-un-paso-previo-al-plan-de-negocios/>

Salas, P. (Mayo de 2018). Mercado de las salud se contrajo. (D. E. Comercio, Entrevistador)

Salud, I. S. (2017). *ISAGS-UNASUR*. Recuperado de <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>

SCPM, Econ. Gabriela Morán. (10 de 10 de 2017). *scpm.gob.ec*. Recuperado de Superintendencia de Control del Poder del Mercado: [ttp://www.scpm.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2019/03/Estudio-del-servicio-de-cobertura-de-seguro-de-asistencia-mdica-1.pdf](http://www.scpm.gob.ec/sitio/wp-content/uploads/2019/03/Estudio-del-servicio-de-cobertura-de-seguro-de-asistencia-mdica-1.pdf)

Suarez, A. L. (enero de 2012). *Scribd*. Recuperado de www.Scribd.com: <https://es.scribd.com/doc/41342422/Historia-y-evolucion-del-seguro>

UNASUR, I. (junio de 2012). *ISAGS UNASUR*. Recuperado de www.Isags Unasur.com: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>

Wipf, J., & Garand, D. (2012). *Indicadores de Desempeño en Microseguros* (Segunda ed.). Luxemburgo: ADA asbl. Recuperado el 2018. https://microinsurancenetwork.org/sites/default/files/KPI_MI_Handbook_v2_SP_1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Ficha Técnica Focus Group

FICHA TÉCNICA	
TÉCNICA	Focus Group
TEMA	Alternativas de nuevos beneficios para mejorar la cobertura de los planes de un Seguro Médico Privado.
OBJETIVO	Conocer los requerimientos que motivan la decisión de compra de los clientes potenciales de Seguros Médicos Privados.
GRUPO OBJETIVO	Personas de diferentes géneros, de edades entre 30 y 50 años, de nivel socioeconómico medio típico, medio alto y alto de la ciudad de Guayaquil.
TIPO DE INVESTIGACIÓN	Investigación Primaria
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Cualitativa
MUESTRA	10 PERSONAS
TIEMPO	60 minutos
DISEÑO MUESTRAL	Muestreo No Probabilístico - Intencional
FECHA	Mayo del 2018

Anexo 2. Ficha Técnica Encuesta

FICHA TÉCNICA	
TÉCNICA	Encuestas cara a cara
GRUPO OBJETIVO	Hombres o mujeres, de nivel socioeconómico medio típico, medio alto y alto que tengan hijos menores de edad de entre 5 y 17 años que no cuenten actualmente con un Seguro Médico Privado.
TIPO DE INVESTIGACIÓN	Investigación concluyente
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Cuantitativa
UNIVERSO	Finito (Habitantes de la ciudad de Guayaquil Nivel Socioeconómico medio típico, medio alto y alto 968.610) Según INEC
MUESTRA	388
MARGEN DE ERROR	4
NIVEL DE CONFIANZA	95%
DISEÑO MUESTRAL	Muestreo Probabilístico - Por Conglomerados
COBERTURA GEOGRÁFICA	Norte de la Ciudad de Guayaquil-Domicilios en Ciudadelas Privadas Nivel Socioeconómico Medio Típico, Medio Alto y Alto.
FECHA DE CAMPO	Junio del 2018

Anexo 3. Ficha Técnica de Entrevista a funcionaria de ACCESS

FICHA TÉCNICA	
TÉCNICA	Entrevista
TEMA	Requisitos para la aprobación de un Plan de Seguro Médico y sus anexos
PERSONA NATURAL O JURÍDICA	ACCESS Planta Central - Quito
DEPARTAMENTO O PERSONA ESPECÍFICA	Departamento de medicina Prepagada
TELÉFONO DE CONTACTO	02-3834006 Ext. 1301
OBJETIVO	Conocer las normativas de la ACCESS para el proceso de aprobación de planes y anexos
TIPO DE INVESTIGACIÓN	Primaria
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Cualitativa
TIEMPO	15 minutos
FECHA DE CAMPO	Octubre del 2018

Alternativas de nuevos beneficios para mejorar la cobertura de los planes de un Seguro Médico Privado.

1.- ¿Qué criterio tiene sobre los Seguros Médicos Privados?

2.- ¿Qué beneficio adicional al que ya ofrecen actualmente las empresas de seguros médicos privados le gustaría que incluyera en la cobertura del servicio de forma gratuita y a quien le gustaría favorecer con este plus?

Nombres:

Edad:

Domicilio:

E-mail:

La calidad de servicio que brindan los Seguros de Salud Privados a sus actuales usuarios y el beneficio preferido por los prospectos potenciales para decidir la contratación del Seguro.

1- *¿Actualmente cuenta con un seguro de salud privado?*

(Si la respuesta es afirmativa, realizar pregunta No. 2 y concluir encuesta)

(Si la respuesta es negativa, realizar pregunta No. 3 en adelante)

Sí

No

2.- *En su opinión, ¿cuál de los siguientes aspectos deberían mejorar los Seguros de Salud Privados?*

Servicio de los Agentes

Servicio de las Aseguradoras

Servicio de las Instituciones Médicas

Gestión de Rembolsos

3.- *¿Por cuál de las siguientes razones no cuenta con un seguro de salud privado?*

Está satisfecho con el Servicio del IESS

No se enferma

Tiene otros gastos

No conoce en detalle el servicio

4.- *¿Cuántos hijos tiene entre 5 y 17 años? _____*

(Si no tiene hijos entre 5 y 17 años, concluir encuesta)

5- *¿Por cuál de los siguientes beneficios adicionales y gratuitos para sus hijos de entre 5 y 17 años de edad usted decidiría tomar un seguro de salud privado?
Por favor marque sólo el de mayor relevancia para usted.*

- Cobertura Dental Estándar (Profilaxis, Calces, Caries)
- Exámenes Médicos Básicos Preventivos (Laboratorio, Imágenes)
- Cobertura para atención médica por accidentes

6- *¿Si el beneficio que usted eligió en la pregunta anterior estuviera disponible, estaría dispuesto a contratar un SM en los próximos 6 meses?*

- Sí
- No

Nombre:

Dirección:

Correo:

Teléfono:

**CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA EXTENDIDA
(ACCIDENTES PERSONALES)**

Art. 1o.- DECLARACIONES Y VIGENCIA

Este seguro de accidentes se contrata en base de las declaraciones que constan en el ANEXO DE COBERTURA EXTENDIDA firmada por el Asegurado, la cual pasa a formar parte integrante de la póliza. En consecuencia, toda declaración falsa o reticente anula el contrato de acuerdo con la Ley.

El seguro entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia que consta en la póliza del Titular señalado en el anexo de cobertura extendida, previo el pago de la póliza, por parte del Asegurado o su representante, de la prima convenida.

Art. 2o.- RIESGOS ASEGURADOS

La Compañía garantiza que pagará las indemnizaciones acordadas en la póliza del titular, o en sus anexos, si el Asegurado sufre una lesión corporal por causa de accidente. Para los efectos del seguro se considera accidente todo hecho proveniente de una causa externa, violenta, imprevista, fortuita e independiente de la voluntad del Asegurado (24 horas al día). Se asimilan a accidentes, y se encuentran amparados también los siguientes hechos: legítima defensa, salvamento de personas o bienes; quemaduras por fuego, agua hirviendo o vapor de agua; envenenamiento de la sangre por gases tóxicos irrespirables; rayo; asfixia involuntaria por inmersión, la práctica no profesional de deportes no peligrosos, como natación, pesca no submarina, navegación inclusive a vela, remo, equitación, gimnasia, tenis, básquet, fútbol, excursiones a montañas, pero no alpinismo ni andinismo; cacería menor. También están cubiertos los viajes en avión a condición de que el Asegurado viaje exclusivamente como pasajero, en avión comercial legalmente autorizado para el transporte de pasajeros, en vuelo de itinerario regular y/o establecido; si falta alguna de estas condiciones, el accidente no está amparado, salvo expreso convenio en contrario.

Art. 3o.- EXCLUSIONES

Este seguro no cubre los accidentes que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado; ni los que sufra cuando se encuentre en estado de perturbación mental, embriaguez o de intoxicación por drogas o accidentes sicotrópicos; tampoco los que se cause por suicidio o tentativa de suicidio; ni los que le sobrevengan por reto o duelo, cataclismo, guerra civil o internacional con o sin declaración, golpes de estado, invasión o rebelión. Tampoco están cubiertos los accidentes ocurridos mientras el Asegurado tome parte en competencias o carreras automovilísticas, ya sea en calidad de piloto o acompañante.

Tampoco están amparados los accidentes que sufra el Asegurado a causa de motín, huelgas o alborotos populares, salvo el caso que pruebe que no tomaba parte activa en tales hechos.

Se excluyen los accidentes, directa o indirectamente causados por riña, cualquiera que sea la participación del Asegurado, pero esta exclusión queda sin efecto si el Juez declara que el Asegurado actuó en legítima defensa.

Igualmente quedan excluidos los accidentes producidos por el uso de motocicleta; o por conducir vehículos destinados al transporte público sin poseer licencia respectiva.

Quedan excluidas de este seguro, las enfermedades de cualquier clase y los accidentes sufridos durante operaciones quirúrgicas, otras que las necesarias a consecuencia de accidente amparado por la póliza del titular; las lesiones causadas en cualquier tiempo por la energía atómica o por radiaciones nucleares; las hernias y enredamientos intestinales y las consecuencias de picaduras de insectos.

En general quedan excluidas de este seguro, las lesiones cuya causa mediata, determinante o agravante es una enfermedad del Asegurado; aun cuando tales lesiones fueren agravadas por un accidente.

El seguro, caduca automáticamente en su vencimiento anual inmediato de la póliza del titular o posterior a la fecha en que el Asegurado cumplió 18 años de edad.

También caduca automáticamente en el momento que el Asegurado fuere afectado por enfermedad o defecto físico grave tales como ceguera, sordera, apoplejía, parálisis, epilepsia o alienación mental.

Art. 4o.- REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS. –

Si como consecuencia directa de accidente cubierto por esta póliza, el Asegurado necesitare tratamiento médico de lesiones corporales sufridas por dicho accidente, la Compañía reembolsará, hasta el límite estipulado, los gastos efectivos de tratamiento médico y/o quirúrgicos, que incluyen honorarios profesionales de médicos, quiroprácticos y enfermeras; medicinas, Rayos X, diatermia y exámenes de laboratorio; gastos de hospitalización y ambulancia.

El tratamiento médico puede ser recibido en cualquier clínica u hospital del país o del extranjero, pero la Compañía no pagará pasajes ni otros gastos de traslado.

En caso de que el Asegurado tenga otros seguros de accidentes con garantía para Gastos Médicos, la Compañía reembolsará su parte proporcional del monto total de las garantías vigentes; pero no más del valor total convenido para esta cobertura, en esta póliza.

Art. 5o.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

Sucedido un accidente, el Asegurado o sus beneficiarios deben avisarlo a la Compañía en el plazo máximo de 8 días.

El Asegurado debe someterse sin demora a tratamiento médico, y está obligado a cumplir las disposiciones del médico, nombrado por la Compañía con el objeto de activar su curación, reservándose ésta el derecho de mandar a reconocerlo y examinarlo, así como de solicitar pruebas y testimonios para la constatación de los hechos y circunstancias relacionados con el accidente.

Se deben proporcionar con absoluta veracidad a la Compañía todos los informes en relación con el accidente y avisarle toda modificación importante de sus consecuencias. La compañía puede exigir que se practique la autopsia, aún si para el efecto debe exhumarse el cadáver, salvo prohibición legal.

El incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones del Asegurado, como se detallan en este Artículo, ocasionará la pérdida de todo derecho a indemnización bajo esta póliza. Si el Asegurado y/o sus beneficiarios actuaron con mala fe en el reclamo o produjeron agravación de las consecuencias del accidente, perderán igualmente todo derecho a indemnización.

Art. 6o.- PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará las indemnizaciones luego de haberse justificado el derecho a recibirlas, dentro de 60 días contados a partir de la entrega de la documentación completa.

El pago de las indemnizaciones liberará a la Compañía de toda responsabilidad posterior con relación al accidente liquidado.

Art. 7o.- MODIFICACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambiase de hábitos o de modo de vida distintas a las indicadas en estas condiciones suscritas; o se entregase a la práctica de un deporte o actividad peligrosos, en resumen, si, de cualquier manera, las condiciones de los riesgos que la Compañía asume viniesen a modificarse, el Asegurado deberá notificarlo a la Compañía en un plazo máximo de 30 días. Recibida tal notificación, la Compañía podrá optar por modificar las condiciones del anexo o cancelarlo, debiendo comunicar su decisión al Asegurado en un plazo máximo de 10 días.

La falta de notificación por parte del Asegurado sobre modificación de riesgo, no suspende los efectos del seguro, pero limita sus garantías a los riesgos inherentes a la vida ordinaria, con exclusión de todo riesgo profesional.

Art. 8o.- OTROS SEGUROS

En caso de que el Asegurado tuviere otra u otras pólizas de accidentes contratados antes o después del inicio de esta póliza, está en la obligación de declararlo a la Compañía, en la Solicitud en el primer caso y en el segundo, en un plazo máximo de 30 días a partir del inicio de la vigencia de tal póliza o pólizas; y, no haciéndolo, perderá todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Art. 9o.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

El Titular de Póliza, en cualquier tiempo, cancelar su contrato, notificándolo por escrito a la Compañía. Efectuada la notificación quedará cancelado este anexo.

Art. 10o.- ARBITRAJE

Si surgiere disputa entre el Asegurado y la Compañía sobre la naturaleza o las consecuencias de las lesiones, o sobre el grado de invalidez, las partes se obligan a someterse a arbitraje de una Junta de tres médicos de la localidad para que decidan de acuerdo con las condiciones de la póliza.

La propuesta de recurrir al arbitraje de la Junta Médica será notificada por escrito por el Asegurado o sus beneficiarios a la Compañía, dentro de quince días de haberle sido comunicada la decisión de ésta y debe incluir el nombre del médico designado. La Compañía comunicará al Asegurado dentro de los quince días subsiguientes, el nombre del médico que ella designe. El tercer médico será nombrado por los dos primeros faltando el acuerdo, aquel será designado por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil.

En los casos de Invalidez Permanente, la Junta Médica está facultada, a su criterio, para aplazar la determinación definitiva del grado de invalidez permanente. Dicho aplazamiento no excederá en ningún caso de dos años.

La Junta decidirá por mayoría de votos, prescindiendo de toda formalidad de Ley.

La Junta médica se reunirá tan pronto se hayan designado sus tres miembros y comunicará su decisión en un plazo máximo de 30 días, siendo ésta obligatoria para todas las partes, aun cuando uno de los médicos rehúse suscribir el acta respectiva.

Cada una de las partes pagará los honorarios de su médico y el del tercero será cubierto a medias.

Art. 11o.- RENUNCIA DE SUBROGACIÓN

La Compañía renuncia expresamente a favor del Asegurado, todo derecho a acción contra terceros responsables del accidente.

Art. 12o.- PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de este Anexo prescriben al culminar el año de vigencia de la póliza del titular y se detienen en caso de estado de mora del mismo.

Art. 13o.- JURISDICCIÓN

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente Anexo queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o beneficiarios, en el domicilio del demandado.

El presente Anexo deberá ser aprobado por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, acorde a la Resolución No. 84-296-S del 2 de octubre de 1984.