

## **Versión Pública**

**Tema:** Estudio del servicio de cobertura de seguro de asistencia médica: “Un enfoque de las enfermedades preexistentes”

**Fecha de elaboración:** 2017/03/09

**Fecha de emisión de la versión pública:** 2017/10/10

**Elaborado por (versión pública):** Econ. Gabriela Morán Alvarado

**Supervisado por:** Econ. David Segovia  
Intendente Zonal 8-5

<http://www.scpm.gob.ec/biblioteca>

De conformidad con el artículo 2 del Reglamento para la aplicación de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, el cual textualmente indica:

*“Publicidad.- Las opiniones, lineamientos, guías, criterios técnicos y estudios de mercado de la Superintendencia de Control del Poder de Mercado, se publicarán en su página electrónica y podrán ser difundidos y compilados en cualquier otro medio, salvo por la información que tenga el carácter de reservada o confidencial de conformidad con la Constitución y la ley. Las publicaciones a las que se refiere el presente artículo y la Disposición General Tercera de la Ley, se efectuarán sin incluir, en cada caso, los aspectos reservados y confidenciales de su contenido, con el fin de garantizar el derecho constitucional a la protección de la información.”*

A continuación se presenta la versión pública del Estudio de Mercado o relacionado con el sector de Seguros, desarrollado por la Intendencia Zonal 8 de la Superintendencia de Control del Poder de Mercado, debiendo indicar que el texto original del estudio de mercado no ha sido modificado en su esencia, únicamente en su estructura y omitido información confidencial y reservada de los operadores económicos involucrados en el presente análisis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>GLOSARIO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b> .....	5
<b>Antecedentes</b> .....	8
<b>Identificación y formulación del problema</b> .....	9
<b>Objetivos de la investigación</b> .....	10
<b>General</b> .....	10
<b>Específicos</b> .....	10
<b>Fuentes de información</b> .....	10
<b>Fuentes primarias de información</b> .....	11
<b>Fuentes secundarias de información</b> .....	11
<b>Delimitación de la información</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I</b> .....	11
<b>1.1. Metodología de la investigación</b> .....	11
<b>1.2. Línea de investigación</b> .....	11
<b>1.2.1 Instrumentos para la obtención de datos en la investigación</b> .....	12
<b>1.2.2 Técnica del análisis de los datos</b> .....	12
<b>1.2.3 Selección de las compañías privadas de seguros médicos</b> .....	12
<b>1.3. Fases de la Investigación</b> .....	13
<b>CAPÍTULO II</b> .....	15
<b>2. MERCADO RELEVANTE</b> .....	15
<b>2.1 Análisis del Mercado Relevante</b> .....	15
<b>2.2 Mercado del producto o servicio</b> .....	15
<b>2.3 Mercado Geográfico</b> .....	20
<b>4.2. Barreras de Entrada</b> .....	21
<b>CAPÍTULO III</b> .....	23
<b>3. MARCO NORMATIVO DE LOS SEGUROS DE SALUD</b> .....	23

<b>3.1. La salud como un derecho transversal para el ejercicio de los demás derechos y el contrato de seguro de salud .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>35</b>
<b>4. ANÁLISIS FINANCIERO DE LAS ASEGURADORAS .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Información de las Operadoras del Mercado .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1.1 BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S. A.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.2. Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.3. Constitución C.A. Compañía de Seguros .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.4. Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.5. Latina Vida Compañía de Seguros S.A.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.6. La Unión Compañía Nacional de Seguros S.A. ....</b>	<b>38</b>
<b>4.1.7. Rocafuerte Seguros S.A. ....</b>	<b>38</b>
<b>4.1.8. Seguros Sucre S.A. ....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.9. Seguros Unidos S.A. ....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.10. Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A.....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>41</b>

## GLOSARIO Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

<b>LORCPM</b>	Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado.
<b>SCPM</b>	Superintendencia de Control de Poder del Mercado.
<b>MORTALIDAD INFANTIL</b>	Indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de vida.
<b>PÓLIZA DE SEGURO</b>	Documento que certifica el mencionado respaldo al que accede el asegurado cuando paga una prima para ello.
<b>RAMO DE SEGURO</b>	Son los términos que definen el tipo de riesgo que cubren.

<b>MEDICINA PREPAGADA</b>	Es un sistema de asistencia médica, autorizado legalmente para operar en la República del Ecuador.
<b>ACCIDENTE</b>	Acontecimiento inesperado e involuntario que puede ser causa de daño a las personas o bienes independientemente de su voluntad.
<b>BENEFICIARIO</b>	Persona que ostenta el derecho a percibir la prestación indemnizatoria del Asegurador.
<b>ASEGURADO</b>	Persona sobre la cual recae la cobertura del seguro.
<b>CARENCIA</b>	Periodo durante el cual el asegurado paga primas pero no recibe la cobertura prevista en la póliza.
<b>ASEGURABLE</b>	Persona o bien que reúne las características predeterminadas para ser objeto de la cobertura del seguro.
<b>EDAD LIMITE</b>	Edad máxima o mínima necesaria para estar asegurado.
<b>ESPERANZA DE VIDA</b>	Promedio de los años de vida restantes para un grupo de personas de determinada edad según tabla de mortalidad.
<b>FRANQUICIA</b>	Monto que se encuentra a cargo del Asegurado en caso de producirse el siniestro.
<b>PLAZO DE GRACIA</b>	Período durante el cual están en vigor las coberturas de la póliza aunque no se hayan pagado las primas correspondientes, generalmente es de un mes a partir de la fecha de vencimiento de pago de la prima.
<b>VENCIMIENTO DE PÓLIZA</b>	Fecha pactada en el contrato para la finalización del mismo.

<b>SINIESTRO</b>	Acontecimiento o hecho previsto en el contrato, cuyo acaecimiento genera la obligación de indemnizar al Asegurado.
<b>TABLAS DE MORBILIDAD</b>	Tablas estadísticas que reflejan la incidencia de las enfermedades en un determinado grupo de personas.
<b>TABLAS DE MORTALIDAD</b>	Tablas estadísticas que reflejan la probabilidad de fallecimiento de las personas en función de sus edades.
<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>	Plazo durante el cual el contrato está en vigor y el asegurado se encuentra cubierto.
<b>SEGURO COLECTIVO</b>	Contrato que reúne a un grupo de personas unidas por un vínculo previo a la adhesión del seguro, pero diferente a la motivación de contratar el seguro.
<b>SOBREPRIMA</b>	Recargo a la prima cuando se trata de riesgos agravados.
<b>RIESGO AGRAVADO</b>	Es la situación que se produce, por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo cubierto por una póliza adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.
<b>HHI</b>	Índice Herfindahl-Hirschman(HHI), usado para describir la concentración de mercado.
<b>BPS</b>	La Brecha de Protección del Seguro es la diferencia entre la cobertura de seguros que es económicamente necesaria para la sociedad y la cantidad de dicha cobertura efectivamente adquirida.
<b>PRIMAS NETAS</b>	Es el importe que cobra una compañía de seguros por cubrir un determinado riesgo.
<b>PRIMAS ACEPTADAS</b>	Valor de la prima aceptada en reaseguro del interior y el exterior, en los contratos proporcionales.

<b>PRIMAS CEDIDAS</b>	Valor de la prima cedida en reaseguro del interior y el exterior en los contratos proporcionales.
<b>PRIMAS RETENIDAS</b>	Valor neto de primas retenido por la aseguradora.
<b>PRIMAS DEVENGADAS</b>	Valor neto devengado por la aseguradora una vez deducidos los reaseguros y las reservas técnicas.
<b>REASEGURO</b>	Es el método por el cual una aseguradora cede a transfiere a otro asegurador, al cual se lo denomina reasegurador, ya sea la totalidad o parte de los riesgos asumidos, para de esta manera reducir el monto de su pérdida probable.

### **Antecedentes**

La utilidad de obtener un seguro de salud se centra en la necesidad de acceder a un servicio que pueda cubrir gastos médicos, hospitalarios y ambulatorios, que se produzcan a consecuencia de un evento inesperado, ya sea este, accidente o enfermedad, a cambio de un valor monetario denominado prima. El seguro médico de salud privada tiene cobertura por un determinado tiempo, un seguro de salud se convierte en la acertada decisión de un individuo como acto de prevención ante cualquier enfermedad.

Al observar las condiciones generales de una póliza de seguros de salud privada, esta, suele mencionar a las enfermedades preexistentes para definir la cobertura del seguro, y la decisión de obtener un seguro de salud se convierte en un tema para reflexionar, debido a que las enfermedades preexistentes, que no se mencionan al momento de la obtención del seguro o que se presenten en el periodo de carencia (antes que la póliza entre en vigor), no serán cubiertas por el mismo. Dependiendo del tipo de enfermedad preexistente, la compañía aseguradora puede declarar al cliente como sujeto no apto para la obtención de la póliza de seguro médico, razón por la cual, una persona que padece una enfermedad catastrófica no tiene facilidades para la obtención de un seguro médico, que contenga un valor de prima accesible, en el hipotético caso que la compañía aseguradora decida asumir el riesgo, el valor de la prima puede incrementarse adicionalmente.

En la actualidad se encuentra en proceso de aprobación un proyecto de ley para regular los servicios que ofertan las compañías de seguros que financian servicios de atención integral de salud y de asistencia médica. Entre otros puntos, este proyecto busca garantizar la cobertura a los segmentos de la población excluidos: mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermedades crónicas, catastróficas o raras, y prohíbe el incremento de tarifas adicionales por manifestación de enfermedades crónicas o

preexistentes; normativa que intenta reemplazar a la ley vigente desde 1998. Las empresas de seguros hasta hace poco estuvieron reguladas por la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS), hoy en día el ente regulador es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (SCVS) responsabilidad que fue encomendada desde el 14 de septiembre de 2015.

En este sentido, este estudio enfoca su línea de investigación en los seguros de asistencia médica los cuales se encuentran dentro de los seguros generales y cuya cobertura de asistencia cubre gastos médicos hospitalarios y ambulatorios, que se produzcan a consecuencia de un accidente o enfermedad.

### **Identificación y formulación del problema**

En Ecuador, el sistema de salud está compuesto por el sistema público y privado, dentro del sistema público se pueden mencionar las siguientes entidades: Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión y Economía Social (MIES), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Estas instituciones ofrecen atención de servicios de salud a la población que no está en posibilidades de obtener atención médica privada, mientras que en el sistema de salud privado intervienen las clínicas, consultorios, hospitales y empresas de medicina prepagada.

El acceso a seguros privados según la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico NSE 2011<sup>1</sup>, muestra el porcentaje de la población encuestada dividida por estratos: en el estrato A el 79%, en el B el 47%, en el C+ el 20%, en el estrato C- el 6%, mientras que los hogares del estrato D no poseen este servicio. (INEC, 2011). Según este análisis el acceso a seguros privados está directamente relacionado con la economía de los hogares; es decir, a mayores ingresos de los hogares mayor acceso a este servicio y viceversa.

El mercado de las compañías aseguradoras que ofrecen asistencia médica en el Ecuador son diez, de acuerdo a la base proporcionada por la SCS, de todas estas, tan sólo Pan American Life y Bupa cubren el 70% del mercado, por lo tanto se deduce que es un mercado sumamente concentrado. Según Friendland (1978: 116-123), estimó que aquellas economías desconcentradas (donde existe mayor número de oferentes) podrían generar mayor ganancia social, que aquellas economías con mayores tasas de concentración; de acuerdo con este argumento, es imperioso un análisis de concentración del mercado de seguros médicos, así como un análisis a la estructura del producto, con respecto a la característica de enfermedades preexistentes en las coberturas ofertadas.

Según la normativa ecuatoriana, la Ley Orgánica de Regulación y Control de Poder de Mercado (LORCPM)<sup>2</sup>, tiene por objeto:

---

<sup>1</sup> Encuesta que clasifica a la población por grupos socioeconómicos, en función del acceso a dimensiones tales como: vivienda, educación, económica, bienes, tecnología y hábitos de consumo. Dando como resultado un agregado de clasificación por estratos: A, B, C+, C- y D.

<sup>2</sup> Publicada en el Registro Oficial Suplemento N° 555, el 13 de octubre de 2011.

(...) evitar, prevenir, corregir, eliminar y sancionar el abuso de operadores económicos con poder de mercado; la prevención, prohibición y sanción de acuerdos colusorios y otras prácticas restrictivas; el control y regulación de las operaciones de concentración económica; y la prevención, prohibición y sanción de las prácticas desleales, buscando la eficiencia en los mercados, el comercio justo y el bienestar general y de los consumidores y usuarios, para el establecimiento de un sistema económico social, solidario y sostenible.

En este contexto, se considera necesario analizar el poder de mercado de las compañías aseguradoras, la cobertura que ofrecen en relación a asistencia médica, las características de los contratos, para identificar prácticas desleales y conductas colusorias dentro del mercado.

## **Objetivos de la investigación**

### **General**

Determinar la existencia de conductas que generen distorsiones al mercado de seguros de asistencia médica, con la finalidad de evitar afectaciones al bienestar de los usuarios, producto de la concentración excesiva de los operadores que participan en el mismo.

### **Específicos**

- Analizar la dinámica del sector de seguros médicos privados.
- Detectar influencia en los precios vigentes en el mercado de seguros de asistencia médica.
- Analizar existencia de barreras de entrada económicas en el mercado de seguros de asistencia médica.
- Determinar la diversidad de productos ofertados por las compañías aseguradoras de asistencia médica con coberturas que incluyan a las enfermedades preexistentes.
- Examinar el marco legal del sistema de salud que regula a las compañías de seguros que financian servicios de atención integral y asistencia médica.

## **Fuentes de información**

Para la elaboración del presente estudio se recurrió a diferentes fuentes de información, tanto de libre acceso, así como aquella información que se requirió mediante solicitud, y estas fuentes son:

---

### **Fuentes primarias de información**

- Superintendencia de Bancos del Ecuador (Hasta el 14 de Septiembre de 2015)
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Año 2014 y 2015
- Compañías privadas de Seguros Médicos, Año 2014 y 2015

### **Fuentes secundarias de información**

- Banco Central del Ecuador
- Publicación Fundación MAPFRE, Año 2014 y 2015
- Publicación CEDES “Cuadrante de análisis en los sistemas de salud de América Latina”, 2014
- Organización Mundial de la Salud, Año 2014 y 2015
- Ministerio de Salud Pública, Año 2016
- Página web INEC-Estadísticas de Salud, Año 2015
- Revista Ekos – Especial Seguros 2016, edición 267

Cabe mencionar, que para el análisis de los capítulos tres, cuatro y seis, se recurre a la información proporcionada por las aseguradoras privadas que están registradas en la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y que tienen activo el ramo de asistencia médica.

### **Delimitación de la información**

La investigación está dirigida al sector de seguros con el ramo de asistencia médica, el espacio temporal definido para este estudio comprende los años 2012 y 2015, esto, debido a la entrada en vigencia de la Ley Orgánica de Regulación de Control de Poder del Mercado, el 13 de octubre de 2011, y el año 2015 debido a la disponibilidad de información, además del cambio, que se generó el ente regulador de las compañías de seguros.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. Metodología de la investigación**

El tipo de investigación que se consideró para este estudio es descriptivo mixto, es decir, cuantitativo y cualitativo. Cuantitativa debido al análisis de competencia del mercado, en el cual se realiza mediciones del nivel de concentración del mercado, y cualitativa por las argumentaciones del marco jurídico que regula el sector de seguros en el Ecuador.

### **1.2. Línea de investigación**

Para la construcción de una línea de investigación sólida, que permita una buena organización de la investigación, se ha considerado las siguientes etapas: a) planteamiento del problema, b) instrumentos para obtención de datos, c) técnica del análisis de los datos y las inferencias correspondientes para la obtención de información.

### **1.2.1 Instrumentos para la obtención de datos en la investigación**

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos se resume en la creación de fichas dirigidas a las compañías de seguros médicos, las cuales son las fuentes de información primaria, además de los reportes obtenidos de las páginas web de la SCVS, así como página web del INEC.

### **1.2.2 Técnica del análisis de los datos**

Toda vez que las Aseguradoras han entregado los datos solicitados se procede a la verificación y validación de la información, se identifican las variables de las bases disponibles, con el afán de medir la concentración de mercado, para ello, se considera el Índice Herfindahl-Hirschman (HHI), además del índice C4. Dentro del tratamiento estadístico de los datos se realiza un análisis univariado a cada una de las variables relevantes, además del análisis financiero a cada una de los operadores económicos del mercado de seguros de asistencia médica, los cuales presenten valores de primas emitidas al año 2015.

### **1.2.3 Selección de las compañías privadas de seguros médicos**

La oferta del mercado de seguros privados que existe en Ecuador cuenta con 36 aseguradoras privadas para una población de 16 millones de habitantes. Para la obtención de información del objeto de estudio de esta investigación, se utilizó la base de datos disponible a través de la SCVS, por ser la institución técnica de regulación y supervisión del sistema comercial. A través del siguiente cuadro, se puede observar el listado de las compañías de seguros médicos de que tuvieron ingresos referentes al ramo de asistencia médica en el año 2015.

#### **Cuadro 1. Operadores económicos**

<b>N°</b>	<b>Razón Social</b>	<b>Estado del Ramo de Asistencia Médica</b>
1	BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.	Activo
2	GENERALI ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	Activo
3	CONSTITUCION C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	Activo
4	BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	Activo
5	LATINA VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS C.A	Activo
6	LA UNION COMPAÑIA NACIONAL DE SEGUROS S.A.	Activo
7	LONG LIFE SEGUROS LLS EMPRESA DE SEGUROS S.A.	No Activo
8	ROCAFUERTE SEGUROS S.A.	Activo
9	SEGUROS SUCRE S.A.	Activo
10	SEGUROS UNIDOS S.A.	Activo
11	Panamerican LIFE Ecuador	Activo
12	SEGUROS PICHINCHA	No Activo
13	ACE SEGUROS S.A.	No Activo
14	MAPFRE ATLAS COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	No Activo
15	EQUVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	No Activo

Fuente: Superintendencia de Compañías y Seguros

Elaboración: DZAC-ZONAL N° 8

Nota: El estado del ramo de asistencia médica, indica que la compañía de seguros contiene información en este ramo durante el año 2015.

Del detalle de operadores económicos, constan quince empresas aseguradoras, dentro del listado hay cinco aseguradoras que no están activas, por lo tanto, este mercado se ve más concentrado con diez que están activas.

### **1.3. Fases de la Investigación**

Las fases del análisis se resumen en tres aspectos, que están definidas de la siguiente manera:

Fase I: Conocimiento del mercado objeto de estudio, los actores del mismo y el proceso de la actividad económica, es decir oferta y demanda.

Fase II: Obtención de información de fuentes primarias o secundarias.

Fase III: Análisis de los datos obtenidos.

### **Figura 1. Fases de la investigación**



Elaboración: DZAC-ZONAL N° 8Z

VERSIÓN PÚBLICA

## CAPÍTULO II

### 2. MERCADO RELEVANTE

#### 2.1 Análisis del Mercado Relevante

La importancia de definir el mercado relevante consiste en determinar el grado de competencia efectiva en el mercado, en este sentido, se debe considerar el mercado del producto y servicio y el mercado geográfico.

#### 2.2 Mercado del producto o servicio

De conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, el mercado del producto o servicio comprende, al menos, el producto o servicio materia de la conducta investigada y sus sustitutos.

En este sentido, el mercado de servicios de seguros de salud y medicina prepagada comprende las atenciones que se establecen en la cobertura de la póliza, y de acuerdo al artículo 15 del capítulo II de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”, en el cual se indica lo siguiente:

*“Artículo 15.- Financiamiento de servicios.- Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguro que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, deberán estar en capacidad de asumir los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados; y, de asumir directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, con sujeción a lo previsto en la Ley, respectivamente, en los ámbitos que a continuación se señalan, sin perjuicio de que la Autoridad Sanitaria Nacional pueda ampliar dichos ámbitos, por razones de política pública, en materia de salud.*

*1.-Presentaciones de prevención de la enfermedad sea ésta primaria, secundaria y terciaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud, en los términos previstos en las estipulaciones contractuales y en esta Ley;*

*2.-Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub – especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente;*

*3.-Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado;*

- 4.-Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, vista médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales
- 5.-Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;
- 6.-Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre- término o post- término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término, pre-término o post – término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la unidad de cuidados intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre-hijo. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias;
- 7.-Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;
- 8.-Atención de enfermedades preexistentes, con la cobertura prevista en esta Ley;
- 9.-Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;
- 10.-Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo al plan contratado;
- 11.-Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante, las que correspondan a los procesos de retrasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos; y, las de suministros de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y al receptor;
- 12.- Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia;
- 13.-Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y subespecialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo;
- 14.-Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la presentación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo con el plan contratado;

15.-Estudios anatomopatológicos, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean solicitados por un médico, para configurar aproximadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total;

16.-Acceso a medicamentos en cualquier farmacia autorizada por autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por las vías del pago directo o el reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido receptados por un prescriptor;

17.-Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado;

18.-Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado;

Los servicios y prestaciones antes referidos, deberán estar fundamentados en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnología sanitarias aprobadas y disponibles en el país o en el exterior, de acuerdo con el plan contratado y con cobertura en la forma prevista en esta Ley.”

En cuanto a los posibles sustitutos de servicios de seguros de salud, se aplica un análisis de sustitución de la demanda, usando la siguiente técnica: Elasticidad precio de la demanda o elasticidad propia.- Es una medida de la sensibilidad que presenta la cantidad demandada de un producto o servicio frente a variaciones en el precio del mismo. Se la estima generalmente con la siguiente fórmula:

$$n_{ii} = \frac{\Delta Q_i}{\Delta P_i} \times \frac{P_i}{Q_i}$$

Donde:

$\eta_{ii}$ : es la elasticidad del bien o servicio i con respecto a sí mismo;

$Q_i$ : es la cantidad demandada del bien o servicio i;

$P_i$ : es el precio del bien o servicio i; y,

$\Delta Q_i/\Delta P_i$ : es la variación de la cantidad de i con respecto a una variación en su propio precio.

Siendo:

$$P_0 = 1.347,00$$

$$P_1 = 1.513,00$$

$$Q_0 = 38.812$$

$$Q_1 = 26.244$$

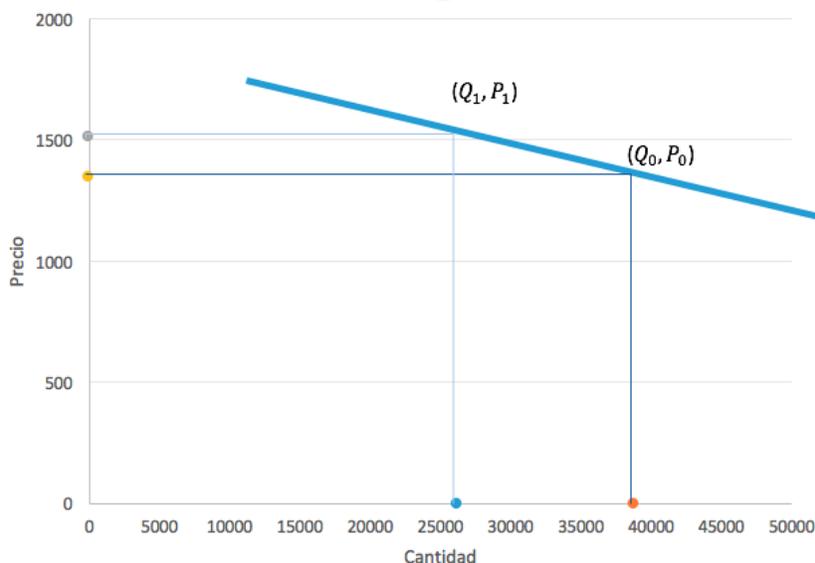
$$n_{ii} = \frac{\frac{(26.244 - 38812)}{38812}}{\frac{(1513 - 1347)}{1347}}$$

$$n_{ii} = -2,62$$

$$n_{ii} = 2,62$$

Dividiendo la variación porcentual de la cantidad sobre la variación porcentual del precio, se concluye que la elasticidad del servicio de seguros es mayor que 1, por lo tanto, la variación de la cantidad es mayor que la variación del precio, esto indica que la elasticidad de este servicio es elástico; a priori se podría decir que la demanda de este servicio es sensible a la variación del precio y la línea de demanda tal como se ve en el gráfico tiende a ser cada vez más horizontal.

**Gráfico 24. Elasticidad precio de la demanda del sector de seguros**



Fuente y elaboración: DZAC – ZONAL 8

Con este valor de la elasticidad se podría deducir que dentro de este mercado existen buenos sustitutos, sin que este argumento sea determinante ya que para verificar esto es necesario medir el índice de contracción del mercado, el cual se calculará más adelante, así también otra hipótesis que podría manejarse es que este servicio es de lujo ya que a medida que el precio aumenta la demanda del mismo tiende a contraerse.

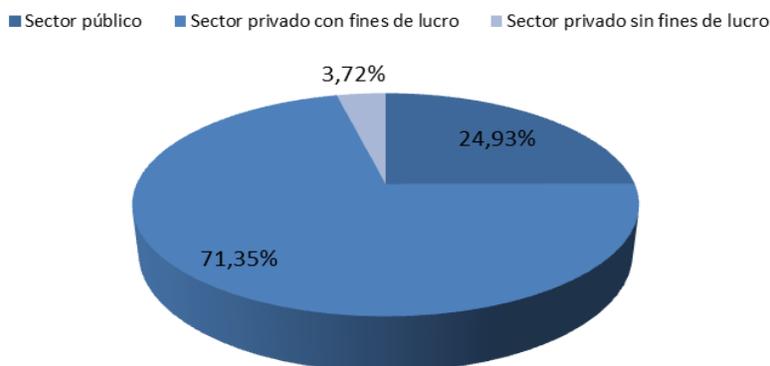
Los proveedores de servicios de salud, en cuanto al sector privado lo componen 31 empresas de medicina prepagada y 15 aseguradoras del ramo de salud, como se observa en el cuadro 11; en cuanto a establecimientos de salud, se tiene que para el año 2015 fueron 698 establecimientos de los cuales 524 corresponden al sector privado y 174 al sector público, este total de establecimientos de salud incluye hospitales básicos, generales, de especialidades, especializados agudo, especializados crónico, clínicas generales y especializadas, como se observa en la figura siguiente.

**Cuadro 12. Empresa de medicina prepagada y aseguradoras**  
**\* Datos a junio de 2016.**

Nº	EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	ASEGURADORAS
1	ALFAMEDICAL S.A.	BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.
2	ASISKEN ASISTENCIA MEDICA S.A.	GENERALI ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
3	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	CONSTITUCION C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
4	BESTCOVER COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.	BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
5	BLUECARD ECUADOR S.A	LATINA VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS C.A
6	BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A. (2bases)	LA UNION COMPAÑIA NACIONAL DE SEGUROS S.A.
7	COLMEDIKAL COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.	ROCAFUERTE SEGUROS S.A.
8	CONFIAMED	SEGUROS SUCRE S.A.
9	CONSTITUCION C.A. COMPAÑIA DE SEGUROS (2bases)	SEGUROS UNIDOS S.A.
10	CRUZBLANCA S.A. MEDICINA PREPAGADA	Panamerican LIFE Ecuador
11	ECUASANITAS SA	
12	HEALMED S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	
13	HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A.	
14	HUMANA S.A.	
15	INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.	
16	LATINA SALUD COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. LATINASALUD (2bases)	
17	MAPFREMED EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. (2bases)	
18	MED-EC S.A	
19	MEDICARD CIA. LTDA.	
20	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA	
21	NORTHERN LIGHT ECUADOR S.A. NORLIGEC	
22	PAN AMERICAN LIFE MEDICAL SERVICES PALICLIFE S.A.	
23	PLAN VITAL VITALPLAN S.A.	
24	PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA	
25	PRIMEPRE S.A.	
26	SALUD SA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.	
27	SERMEDIPRE SERVICIO MEDICINA PREPAGADA S.A.	
28	TRANSMEDICAL HEALTH SYSTEMS S.A.	
29	VIDASANA S.A.	
30	VUMILATINA MEDICINA PREPAGADA S.A.	
31	OMCO MEDICAL S.A ANTONIO AGUIRRE MEDINA GERENTE	

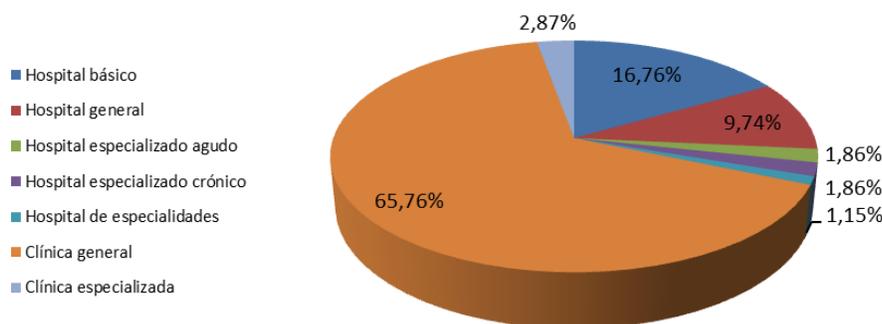
Nota: Se ha considerado a las aseguradoras que registraron primas netas en el año 2015 por concepto de ramo de salud  
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016  
Elaboración: DZAC ZONAL 8

**Figura 4. Porcentaje de establecimientos según sector, 2015**



Fuente y Elaboración: Registro Estadístico de camas hospitalarias 2015

**Figura 5. Porcentajes de establecimientos según clase, 2015**



Fuente y Elaboración: Registro Estadístico de camas hospitalarias 2015

### 2.3 Mercado Geográfico

De conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, el mercado geográfico comprende el conjunto de zonas geográficas donde están ubicadas las fuentes alternativas de aprovisionamiento del producto o servicio relevante.

Para establecer los límites geográficos del mercado de servicios de aseguradores de salud, se debe considerar que la propia naturaleza de este servicio, define una restricción en lo referente a costes acerca de desplazamientos, que no permiten una cobertura nacional de este servicio por parte de los usuarios, nos referimos específicamente a la región insular, que es de conocimiento general las limitaciones de movilidad los habitantes de esta región, por lo tanto resulta difícil cubrir las asistencias médicas dentro de la provincia de Galápagos, por falta de infraestructura de clínicas, policlínicos, red de farmacias y laboratorios que pertenecen al sector privado.

Con el afán de compensar esta falta de servicio de asistencia médica privada en la región insular, lo que promocionan algunas aseguradoras es el reembolso de lo facturado por asistencia médica de sus clientes provenientes de las Islas Galápagos, en vista de no contar con la infraestructura de clínicas asociadas a la cobertura ofrecida.

Luego de tener en cuenta esta importante consideración con la provincia de Galápagos, el mercado geográfico es todo el territorio nacional excepto la región insular.

## **4.2. Barreras de Entrada**

Las empresas que deciden ingresar al mercado de los seguros de asistencia médica, deben considerar las barreras de entrada que todo mercado económico posee, para el mercado asegurador las barreras de entrada se dividen en Legales o Normativas y Naturales.

Al analizar las barreras de entrada legales que existen en el mercado ecuatoriano para las aseguradoras, podemos mencionar la fijación de capital y regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones, las cuales se mencionan en la Ley Orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, y dice lo siguiente:

“ Capítulo II Constitución y Funcionamiento de las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y de las de Seguros que ofrezcan Cobertura de Seguros de Asistencia Médica sección primera requisitos mínimos para la constitución de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada (...) Artículo 8.- Capital social mínimo.- El capital suscrito y pagado mínimos de las compañías cuyo objeto social sea el señalado en el artículo, será de un millón de dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD 1.000.000,00). (...) Artículo 10.-Regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones.-Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada deben tener, en todo tiempo, requerimientos de solvencia, sobre la base de patrimonio técnico, inversiones obligatorias, así como reservas técnicas constituidas y contabilizadas, calculadas por actuarios calificados, que comprenderán: reservas de servicios prestados y no reportados, reservas de servicios prestados y reportados; y, las demás que determine la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Las reservas antes referidas para efecto de deducciones del impuesto a la renta, tendrán el mismo tratamiento, límites y condiciones que las constituidas por las empresas de seguros y reaseguros, de conformidad con la Ley de la materia. (...).”

El control y regulación de normas sanitarias, puede considerarse como otra barrera normativa en el mercado asegurador de asistencia médica, el capítulo III de Regulación, Vigilancia y Control Facultades y Atribuciones, menciona lo siguiente: “(...) Artículo 18.- Control de Regulación a cargo de la Autoridad Sanitaria Natural.- En materia sanitaria, ejercerá la regulación y control de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, de las compañías de seguros que oferten cobertura de servicios de asistencia médica, y la prestación de dichos servicios. (...).”

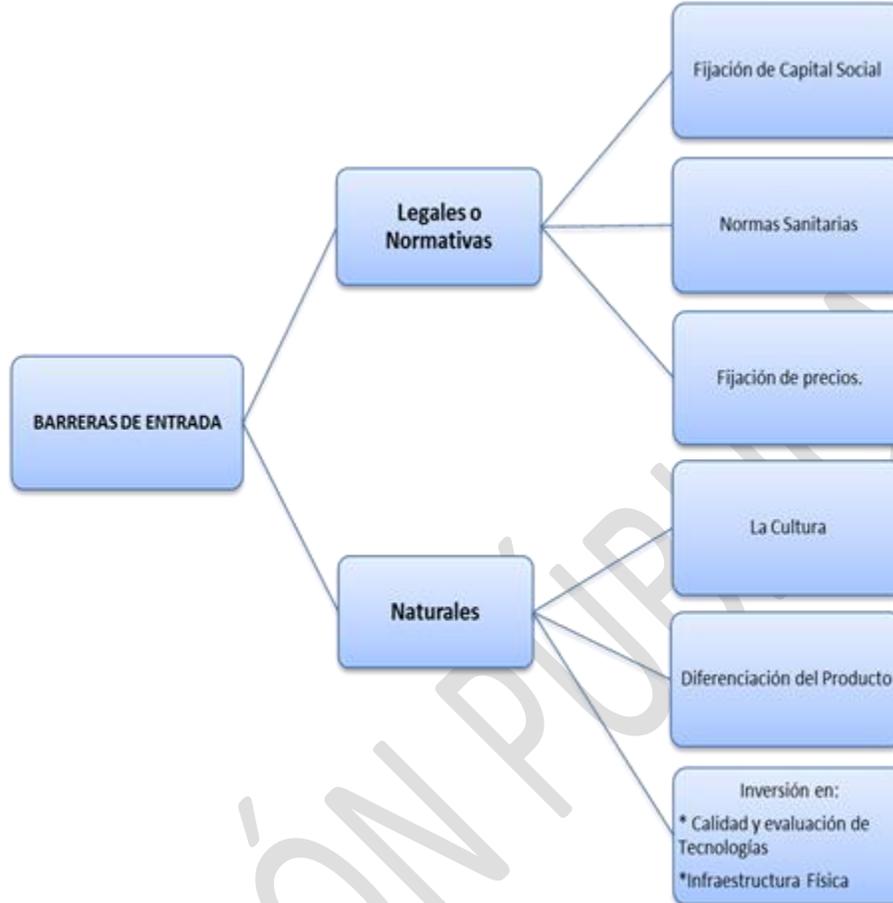
La fijación de precios la cual debe ser aprobada por la Superintendencia de Compañías, de Valores y Seguros, se convierte en barrera normativa, y la Ley Orgánica que Regula a las compañías se pronuncia de la siguiente manera: “Capítulo IV De los planes, programas, modalidades, contratos y pólizas, en la Sección Segunda de los contratos, 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. (...).”

En general la Ley Orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, se ha creado para el correcto funcionamiento de las compañías aseguradoras de asistencia médica y las compañías de servicios de atención integral.

Dentro de 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 el siguiente gráfico.

**Gráfico 28. Barreras de entrada al mercado asegurador**



Elaboración: DZAC – ZONAL 8

### **CAPÍTULO III**

#### **3. MARCO NORMATIVO DE LOS SEGUROS DE SALUD**

##### **3.1. La salud como un derecho transversal para el ejercicio de los demás derechos y el contrato de seguro de salud**

La regulación del contrato de seguro en Ecuador, entendido en un contexto general, está contemplada en el código de comercio (vigente desde 1968 en la parte de seguros), que establece las normas generales y los principios en que se funda el contrato de seguro como institución jurídica y como un acto de comercio por excelencia; sin embargo de aquello, el Estado ha promulgado normas de orden público para precautelar los intereses de los asegurados y el buen manejo financiero de las instituciones aseguradoras. Estas normas de derecho público se encuentran especialmente en el Código Orgánico Monetario y Financiero

que entró en vigencia el 12 de septiembre de 2014 y que incorporó la ley de seguros hasta entonces vigente, con algunas modificaciones significativas.

Ahora bien, es importante considerar que de acuerdo al objeto de estudio, la actividad económica que se analiza está estrechamente vinculada con un derecho fundamental que es el derecho a la salud, entendido en toda su amplitud como un derecho transversal para el ejercicio de los demás derechos, y que además implica un breve análisis del principio de igualdad y no discriminación (como un principio universal que garantiza el ejercicio de los derechos y el respeto a la dignidad humana, reconocido a nivel internacional como un principio que forma parte del *ius cogens*) en lo que tiene que ver con el acceso a contratar seguros de salud por parte de personas con enfermedades crónicas, degenerativas, catastróficas, con capacidades especiales y con deficiencias o condiciones incapacitantes; ya que estas condiciones están ligadas a lo que en materia de seguros se calificaría como preexistencias, lo cual se analizará en los apartados siguientes y que por tanto, amplía el marco jurídico que regula esta actividad, desde tratados internacionales hasta instructivos y resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud Pública. Todo eso bajo el entendido de que el Estado está obligado a cumplir un rol de regulación y fiscalización a las empresas privadas que prestan servicios de interés público como el servicio de salud.

Es importante aclarar que este análisis del régimen jurídico de las compañías aseguradoras, se realiza teniendo en cuenta las normas que actualmente están vigentes, excluyendo de este análisis proyectos normativos como el de Código del Comercio que está en discusión en el órgano legislativo; pero incluye un breve análisis comparativo entre la regulación vigente y la que propone la Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica (a la que en adelante nos referiremos como ley de medicina prepaga), aprobada por el pleno de la Asamblea Nacional el 12 de octubre de 2016 y publicada el 17 de octubre del mismo año en el Registro oficial, ya que es esta ley la que modifica sustancialmente el ejercicio de esta actividad económica, por todas las garantías y derechos que contempla para los asegurados, y que previamente no estaban determinados en una sola norma, por cuanto la ley que aún sigue vigente no regulaba directamente a las compañías aseguradoras, sino únicamente a las compañías que brindan financiamiento para atención médica, más conocidas como compañías de medicina prepagada.

Bajo ese contexto conviene analizar en primer término, cómo está integrado el sistema de salud de acuerdo a la Constitución del Ecuador y las garantías que se prevé para el ejercicio de este derecho.

En ese sentido la Constitución dispone que el sistema nacional de salud comprende a *todos los actores en salud* y abarca *todas las dimensiones de este derecho* (Constitución, 2008, art. 359), lo que concuerda a su vez con la ley de medicina prepagada, que integra expresamente a las compañías de salud prepagada y las de seguros en el ramo de salud, al sistema nacional de salud, y por ende las sujeta a las normas y políticas públicas que se emiten dentro del sistema (2016, art. 5).

A su vez el sistema de salud se rige por principios de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional y por lo tanto asegura a los ciudadanos el acceso al sistema de salud en condiciones de igualdad, y una vida saludable.

El derecho a la salud considerado como un derecho de doble dimensión ha sido reconocido en instrumentos internacionales de derechos humanos como la Convención Americana sobre derechos humanos, el Protocolo de San Salvador y el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales, y todos coinciden en asegurar que el derecho a la salud implica más allá que la ausencia de enfermedad y que por tanto impone al Estado, en palabras de la Corte Constitucional del Ecuador:

La obligación (sic) de actuar de forma preventiva por medio de servicios y prestaciones que permitan un desarrollo adecuado de las capacidades físicas y psíquicas de los sujetos protegidos, así como brindar atención médica, tratamiento de enfermedades y suministro de medicamentos a las personas que se ven afectadas en su condición de salud. (364-16-SEP-CC).

En ese entendido el rol fiscalizador del Estado en el ámbito de salud, se ha encomendado al Ministerio de Salud Pública, que es la autoridad sanitaria nacional y el encargado de establecer políticas públicas en materia de salud y que por tanto regula en el ámbito sanitario a las empresas de medicina prepagada y a las compañías de seguros, en el ramo de atención médica (Ley orgánica de salud, 2006, artículo 2 agregado).

En lo que tiene que ver con el seguro de salud se debe analizar en primer término lo que es un contrato de seguro, cuáles son los principios que lo rigen y las normas especiales que regulan ese ramo del sector asegurador.

De esa forma, como se mencionó previamente el Código de comercio es la norma que regula el seguro como una actividad mercantil y define al contrato de seguro como un acuerdo de voluntades por el cual una parte, llamada asegurador, se obliga con otra, llamada tomador, a pagar una indemnización a cambio de una contraprestación, por el daño sufrido a consecuencia de un acontecimiento incierto (1963, art. 1).

El contrato de seguro es un contrato de tipo solemne y para su validez requiere la existencia de algunos elementos que están determinados en el artículo dos de la norma antes mencionada, de entre los cuales conviene para este análisis resaltar, el riesgo asegurable, el monto asegurado y el precio de la contraprestación.

Así la ley considera que el riesgo asegurable es aquel que cumple lo previsto en el artículo cuatro, esto es, ser un acontecimiento incierto que no depende de la voluntad de los intervinientes y ser un hecho de ocurrencia posible; por lo que a contrario se deduce que aquellos acontecimientos ciertos son ajenos al contrato de seguro, salvo la muerte.

Con relación a la titularidad de los derechos derivado del contrato de seguro la ley prevé que pueden intervenir al menos dos sujetos en la formación del contrato, asegurador y asegurado, existiendo en este último caso la posibilidad de que en la parte activa del contrato se encuentre también el solicitante del seguro y el beneficiario; estas cualidades (solicitante, asegurado y beneficiario) pueden estar presentes en una misma persona.

Esto concuerda con la previsión del artículo veinte de la ley de medicina prepagada, que prevé como personas beneficiarias del contrato, al titular, el beneficiario propiamente dicho y sus dependientes o asegurados. En calidad de dependientes pueden beneficiarse o pueden ser fungir como tales, aquellas personas que tengan con el solicitante o titular, relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

Esta determinación legislativa provee a los contratantes del seguro una garantía que no existía en la ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada, que dejaba al arbitrio de estas compañías, la determinación de quiénes podían ser incorporados como beneficiarios. (Ley 8, 1998, art. 3).

En lo que respecta a la aseguradora, las compañías de seguros son parte del sistema de seguro privado y para existir legalmente deben constituirse bajo la modalidad de compañía anónima, cuyo objeto único será la actividad aseguradora y para cuya constitución es necesario un capital pagado mínimo de ocho millones de dólares de los Estados Unidos de América (COMF, 2014, arts. 3 y 14).

Las aseguradoras deben además contar con autorización para su funcionamiento y otro específico para el ramo de aseguramiento, para lo cual es necesario tener además un reaseguro y mantener en su patrimonio, una reserva legal y cuatro reservas técnicas que garanticen su solvencia. La solvencia de las compañías está también sujeta a la regulación de la Junta de Regulación de Política Monetaria y Financiera, de acuerdo al ramo del seguro en el que operen para lo cual se debe considerar el régimen de reservas técnicas, el sistema de administración de riesgos, el patrimonio técnico de la compañía y las inversiones obligatorias (COMF, 2014, arts. 11, 15, 21 y 22).

Bien, como se mencionó previamente el riesgo es un elemento esencial en el contrato de seguro, de ahí que el asegurado esté en la obligación de mantener el estado del riesgo y de notificar al asegurador cualquier modificación del estado del riesgo. Por lo que respecta al seguro de salud, en todo contrato el asegurado o solicitante debe declarar de la forma más certera su estado de salud, ya que es la única forma de que la aseguradora analice el riesgo adecuadamente, porque a su vez el riesgo determina otros elementos del contrato, como la prima, la cobertura y las exclusiones de cobertura. Y aquí entran en juego las cláusulas de enfermedades preexistentes que constan en las pólizas de seguro a la que se hará referencia más adelante.

La declaración del estado del riesgo es determinante para la asunción del riesgo por parte del asegurador y tan es así, que la falsedad en esta declaración acarrea la nulidad relativa del

contrato de seguro de salud y generales; más en tratándose del seguro de vida, la declaración falsa sobre la edad de la persona acarrea la nulidad absoluta del contrato. En ese sentido, las aseguradoras generalmente incluyen cláusulas con relación a las consecuencias de una declaración falsa.

El estado del riesgo suele declararse mediante el formulario propuesto por las compañías aseguradoras, pero en ausencia de un formulario como tal, el solicitante del seguro tiene prohibido ocultar las circunstancias graves que afectan el estado del riesgo; de ahí que en este tipo de contratos sea esencial la buena fe tanto al momento de su celebración como durante su ejecución, y es por esto que de acuerdo con la ley de medicina prepagada es obligación del solicitante del seguro, actuar de buena fe.

La falsedad en la declaración se denomina jurídicamente como reticencia, que se basa tanto en elementos subjetivos como objetivos, por cuanto se funda en la buena fe del solicitante y también en la prueba que pueda presentar el asegurador con relación al conocimiento o no, por parte del asegurado, de enfermedades que de ser conocidas por él habrían resultado en la no asunción de cobertura.

Sin embargo, dada esa subjetividad que está presente en la determinación de si un asegurado ha omitido información o ha hecho una declaración falsa, habiéndose presentado conflictos con relación a este tema, los tribunales en su mayoría han impuesto la carga de la prueba a la aseguradora por cuanto el formulario que se presenta para la declaración del riesgo es de su exclusiva responsabilidad, por lo que deben ser lo más exhaustivos y claros posible.

Por esto mismo, como una forma de contrarrestar esta contingencia, la ley de medicina prepagada impone a las aseguradoras la obligación de redactar las pólizas y sus anexos de una manera clara, ya que la ambigüedad en su redacción vicia el consentimiento, según la ley, y por ende acarrea también la nulidad relativa del contrato, a favor del asegurado.

Esto sin perjuicio del deber de información que es bidireccional, es decir, del asegurador al asegurado y viceversa, como un derecho de usuario del servicio para garantizar que la decisión de contratar esté plenamente informada y acorde con sus necesidades en el ámbito de salud.

Ventajosamente para el consumidor, la actuación de las compañías aseguradoras está controlada por un organismo técnico que tiene facultad dirimente en caso de controversias, y ante quien los usuarios del sistema pueden acudir para presentar quejas relativas a la mala actuación de las aseguradoras. Y lo mismo ocurre con las compañías aseguradoras, puesto que también pueden presentar reclamos administrativos en caso de que una preexistencia no haya sido declarada al tiempo de la contratación (2016, art. 34). Y aquí resulta relevante la fuerza obligatoria de la resolución de la autoridad administrativa, puesto que si la compañía dejase de cumplir lo resuelto, podría ser considerado como causal de disolución y liquidación forzosa (2016, art. 43).

Sin embargo, es el propio código de comercio el que permite la resolución del contrato de forma unilateral por cualquiera de los contratantes en cualquier tiempo, pero cuando se trata del seguro de salud existe una diferencia importante, y radica en que de acuerdo a la Ley de Medicina Prepagada los contratos de seguro de salud deben durar al menos un año para un usuario común, y tres años en caso de que el asegurado sea una persona con discapacidad.

De conformidad a lo previsto en el Código de comercio lo que corresponde en caso de reticencia es solicitar la declaración de nulidad relativa del contrato ante el juez competente, lo cual trae como consecuencia que la compañía aseguradora pueda retener *la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo* (1963, art. 15).

Una vez revisado el marco general de regulación de la actividad aseguradora es importante ahora analizar la regulación especial del seguro de salud que antes de la expedición de la ley de medicina prepagada se encontraba dispersa en algunas normas, especialmente en la Ley orgánica de salud y su reglamento, por cuanto la ley que regula a las compañías de medicina prepagada expedida en 1998 no tiene como objeto de regulación a las compañías de seguros en el ramo de salud; de ahí que resulta importante la expedición de la nueva ley de medicina prepagada que incluye expresamente a las compañías de seguros que operan en este ramo.

La ley que se comentará en los siguientes párrafos no está vigente aún por la *vacatio legis* contenida en la disposición final de este cuerpo normativo, que dispone su entrada en vigencia dentro del plazo de ciento ochenta días contados a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Sin perjuicio de aquello y como se mencionó anteriormente, este estudio contempla el análisis de esta norma por el impacto que tendrá en la actividad aseguradora y por la regulación especial de las preexistencias que ofrece, lo cual compete a esta investigación.

Conforme a la experiencia que ha tenido el país con relación a las dificultades presentadas a los usuarios para la contratación de estos servicios, la Asamblea Nacional incluyó algunas prestaciones que deben ofrecer y cubrir las empresas de seguros y medicina prepagada que previamente eran rechazadas por las aseguradoras; así por ejemplo se encuentra el caso de las enfermedades preexistentes, aquellas otras calificadas como crónicas, catastróficas, degenerativas y raras (de acuerdo al plan contratado), atención oncológica integral incluso de cirugía reconstructiva y rehabilitación, los servicios de salud para personas con discapacidad (que ya estaba incluida en la Ley orgánica de discapacidades) y las enfermedades psiquiátricas de base orgánica. La cobertura de algunas de estas prestaciones está limitada a lo previsto en el contrato; pero otra como aquellas relativas a las enfermedades congénitas y atención oncológica deben estar cubiertas totalmente.

Además esta ley prevé la posibilidad de cubrir el trasplante de órganos en general como una prestación de salud, e incluir en la cobertura al donante, cosa que generalmente estaba excluida de la cobertura en las pólizas; además se amplía el margen de trasplantes puesto que serán todos aquellos necesarios para la salud del asegurado y no solamente los que determinen las aseguradoras en sus pólizas.

De acuerdo al modelo de regulación que adoptó la ley, ahora está claro el papel que desempeña cada órgano de control sobre estas entidades; así por un lado se encuentra la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el ámbito mercantil y el Ministerio de Salud (que es la Autoridad Sanitaria Nacional) para el control sanitario y la fiscalización en la prestación del servicio de salud. Importante en este tema resulta la atribución que se confiere a la Superintendencia para la aprobación previo a su comercialización, de los programas, planes y modalidades para la prestación del servicio de medicina prepagada, por cuanto previo a esta reforma normativa, era el Ministerio de Salud el órgano encargado de esta revisión. Por su parte los contratos de seguros de salud siempre estuvieron sujetos a aprobación y revisión por parte del organismo regulador del ramo, antes la Superintendencia de Bancos y Seguros y ahora la Superintendencia de Compañías.

Esta revisión previa permitirá ejercer un control sobre el contenido del contrato, los precios de las primas, y sobre todo, la no discriminación por razones de discapacidad y la cobertura de enfermedades preexistentes, el respeto a las prohibiciones previstas en la Ley orgánica de defensa de usuarios y consumidores, la inclusión de las cláusulas obligatorias en las pólizas así como la identificación de cláusulas abusivas.

La Superintendencia es además, como órgano de vigilancia, un órgano con potestad sancionatoria por el incumplimiento de la Ley de Medicina Prepagada. (2016, art. 7 numerales 3, 4 y 7).

La cobertura de salud estará prevista en el contrato y los beneficiarios de las prestaciones que ofrecen estas empresas podrán ser todas las personas que tengan relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad. Con esto se ha regulado el alcance de los beneficiarios, por cuanto la ley anterior dejaba esto a potestad de las prestadoras del servicio. Ahora bien, en este punto es importante mencionar que la ley prevé que nadie puede ser discriminado por ninguna de las categorías protegidas a nivel de derechos humanos, tales como, etnia, raza, religión, etc, y otras que han venido siendo incorporados a la cláusula amplia de categorías, que aparecieron con el paso del tiempo, como la identidad de género, pasado judicial, discapacidad, portar VIH, agregando otros tantos propios que se presentan en el sistema de medicina prepagada, tales como el estado de salud y diferencia física. Este clausulado es además de carácter ejemplificativo porque la máxima que propugna es el principio de no discriminación. Bajo ese entendido, el Estado en su rol de garantista ha prohibido la discriminación expresamente en el artículo 20 de la ley en donde establece que no se admitirán como criterios de rechazo de cobertura, suscripción o renovación de contrato, aquellas que como vimos, son categorías de personas que han sido discriminadas socialmente desde siempre, y aquellas otras que han sido reconocidas como categorías prohibidas o sospechosas en el desarrollo jurisprudencial para ampliar la protección del sistema de derechos humanos, como la identidad de género, la discapacidad y el portar VIH, e incluso en este caso, el estado de salud de las personas. Esto implica que una aseguradora deberá siempre analizar objetivamente el estado de salud de una persona para conceder la cobertura, por lo que no puede negar de plano la suscripción del contrato por criterios no objetivos, como aquellas categorías sobre las que se ha analizado en

este apartado; así por ejemplo los estudios actuariales ayudarían a fijar el monto de la póliza o de la contraprestación que deberá asumir el asegurado o beneficiario, para categorizar a las personas dentro de su cobertura.

En lo que tiene que ver con las personas con discapacidad, la Ley orgánica de discapacidades garantizó, sin perjuicio de los derechos ya previstos en la Constitución, el acceso de personas con discapacidad y enfermedades crónicas y degenerativas a seguros de salud y de vida; así el artículo veinticinco de la ley en mención establece lo siguiente:

(...) Los contratos no podrán contener cláusulas de exclusión por motivos de preexistencias y las mismas serán cubiertas aun cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora. **Se prohíbe negarse a celebrar un contrato de las características celebradas o a prestar dichos servicios, proporcionarlos con menor calidad o incrementar los valores regulares de los mismos**, estando sujetos a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros y demás autoridades competentes.

Teniendo eso como precedente ya a finales del año 2013 se emitió el Reglamento a la ley orgánica de discapacidades, que instrumentó la aplicación de la garantía de no discriminación prevista en la ley; así en el artículo dieciséis se regula el seguro de vida para personas con discapacidad y se determina que las compañías pueden categorizar a una persona por su estado de salud bajo *riesgo estándar, subnormal, agravado, o no elegible* y que incluso en este último caso deberán otorgar una cobertura mínima de diez salarios básicos unificados.

Por su parte el artículo diecisiete de este reglamento prohíbe a las aseguradoras incrementar el monto de la póliza para las personas con discapacidad y establece una diferencia en el tratamiento de las enfermedades preexistentes derivadas de la discapacidad o condición incapacitante, de aquellas que son independientes; así establece que aquellas enfermedades relacionadas con la discapacidad deben estar cubiertas por la aseguradora con un monto mínimo de veinte salarios básicos unificados y con un período de carencia máximo de tres meses. En cuanto a las enfermedades preexistentes independientes, pueden ser incluso excluidas de la cobertura *según las políticas de elegibilidad o asegurabilidad propias de las empresas de seguros de asistencia médica o salud*.

Asimismo, determina que las cuantías de las primas de los seguros serán *definidas por cada empresa o compañía, en función de sus propios análisis del riesgo asumido, experiencia de siniestralidad del grupo asegurado, primas o tasas sugeridas por reaseguradores y/o de los beneficios y coberturas ofrecidos* y que éstas deben ser iguales a las primas que deben pagar las personas sin discapacidad (2013).

El incumplimiento de estos derechos por parte de las aseguradoras puede acarrearles una sanción pecuniaria de hasta quince remuneraciones básicas unificadas o suspensión de actividades hasta por treinta días. El cobro en exceso del valor de la prima del seguro es una infracción grave que se sanciona hasta con diez remuneraciones básicas unificadas o suspensión de actividades hasta por quince días. Las sanciones por lo que respecta al incumplimiento a la Ley orgánica de discapacidades están a cargo de la Defensoría del

Pueblo bajo el trámite previsto para tal efecto (LOD, 2012, arts. 115 y 116). No obstante, la ley de medicina prepagada establece que la Defensoría del Pueblo como tal, está a cargo de la tutela de los derechos de los usuarios y de brindarles asesoramiento, por lo que habría que definir si la competencia sancionatoria en este caso quedaría desplazada a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ya que esta misma norma establece que por su naturaleza de ley especial se debe aplicar con preferencia a cualquier otra norma de igual jerarquía, como es el caso de la Ley orgánica de discapacidades.

Los programas y planes de cobertura deben cumplir además ciertos requisitos para su validez. Así puede decirse que el legislador ha hecho mucho énfasis en el tratamiento de la información que se le brinde al usuario, previendo que estos deban estar completamente informados sobre el servicio que están contratando y conocer las diferencias y semejanzas entre cada plan o cobertura, para lo cual las aseguradoras deben redactar la póliza y demás documentos relacionados, de la forma más clara posible y en términos que cualquier persona pueda entender; la ley de medicina prepagada incluso contempla la posibilidad de que los contratos se emitan en otras lenguas nativas para proteger la interculturalidad.

Esto que se acaba de mencionar tiene especial relevancia para el sector ya que no son pocos los reclamos que se presentan por la vaguedad del clausulado de los contratos, tanto condiciones generales como particulares. En especial ha sido muy controvertido el asunto de las enfermedades preexistentes por cuanto el término es amplio y debe estar claramente determinado en el contrato a fin de que los usuarios conozcan la importancia de la declaración del estado del riesgo y del aumento de éste, a efecto de no ocasionar la nulidad del contrato. Es por esta razón que la ley hace énfasis en que en este sector se aplican y se encuentran integradas a la ley, las normas de la Ley orgánica de defensa de usuarios y consumidores y el mismo énfasis se evidencia en el Código Orgánico Monetario y Financiero cuando trata de las cláusulas obligatorias de las primas.

El servicio de salud se presta bajo tres modalidades en ambas normas (ley de medicina prepagada y de compañías de medicina prepagada), esto es, bajo la modalidad abierta, cerrada o mixta. La diferencia entre cada modalidad está dada por la relación entre la compañía financiadora y la unidad de atención médica; es decir, si los centros de salud que puede escoger el usuario están limitados o no, a aquellos que pertenecen a la misma cadena del financiador; en ese sentido la modalidad abierta implica que los asegurados o beneficiarios pueden acceder al servicio de salud en otros hospitales que no son de propiedad del prestador del servicio, ni están relacionados societariamente con él, y lo contrario aplica para la modalidad cerrada; la mixta implica que el usuario puede utilizar tanto los hospitales, clínicas o centros de salud de propiedad del prestador del servicio, como aquellos otros que son de distinto propietario. De acuerdo a la ley que se encuentra vigente todavía, los prestadores de salud pueden ejercer su actividad en cualquiera de las tres modalidades y ofrecer el servicio bajo esas mismas tres modalidades; lo contrario ocurre con la ley de medicina prepaga, en donde se prohíbe a las aseguradoras ofrecer únicamente la modalidad cerrada; es decir, desde la entrada en vigencia de la ley, los proveedores de este servicio deben ofrecerlo bajo las tres modalidades, o bajo la modalidad mixta, o bajo la modalidad abierta, pero nunca bajo la modalidad cerrada exclusivamente.

Un aspecto importante en lo que tiene que ver con las formalidades del contrato, es el relativo a las cláusulas ambiguas u oscuras, esto por cuanto la ley ha extendido una protección constante ya en la ley orgánica de defensa del consumidor, a los contratos de medicina prepaga, estableciendo que la falta de oscuridad le es imputable a la compañía financiera y que tal ambigüedad debe ser considerada como un vicio del consentimiento (por error), lo que de acuerdo a la legislación civil, trae como consecuencia la nulidad del contrato, que solamente puede ser alegada por el titular del mismo.

El objeto del contrato debe especificar las prestaciones sanitarias cubiertas por el servicio, la obligación de financiamiento, su contenido, alcances y límites. El detalle de las prestaciones sujetas a copago, es decir, que son cubiertas parcialmente por la aseguradora o financiadora, con expresión del porcentaje que le corresponde pagar a cada parte, así como también el plazo y los requisitos para la devolución de lo pagado, que no puede superar los sesenta días (días calendario).

Los contratos deben al menos cumplir las condiciones generales y comunes (tanto para las prestadoras del servicio como las aseguradoras) en todos los contratos, entre ellos se requiere, un trato equitativo entre las partes contratantes, información clara con relación a los requisitos para que opere la devolución, la inclusión de cláusulas para la solución de controversias, las causales taxativamente enunciadas para terminar anticipadamente el contrato, y los demás que determine posteriormente el órgano de regulación.

Estos requisitos están relacionados también a aquellos que ya contempla el Código Orgánico Monetario y Financiero, con relación al contenido de las pólizas, haciendo falta únicamente lo relativo a fijar la moneda en que se paga la prima y el siniestro. Además es importante considerar que de conformidad a lo previsto en el artículo veinticinco de esta norma, las cláusulas obligatorias se entienden incluidas en el contrato aun cuando no se hayan escrito en la póliza, por lo que el órgano de control está facultado para revisar el cumplimiento de esta previsión normativa y sancionar en caso de incumplimiento hasta con la cancelación de la autorización para ejercer la actividad aseguradora dentro del ramo cuya póliza se cuestiona. Bajo el entendido de que los contratos relativos a este ámbito son contratos tipo, es decir, aquellos en los que el usuario no puede modificar el sentido de su clausulado, la ley que entrará a regir próximamente prevé en el artículo treinta una serie de cláusulas obligatorias, de entre las cuales conviene resaltar las siguientes:

Las aseguradoras y las prestadoras del servicio de salud no pueden incrementar la tarifa o prima ante el apareamiento de una enfermedad crónica o catastrófica, así como tampoco pueden negar la renovación del contrato por esta causa.

Ante una emergencia médica el beneficiario del contrato o el titular tiene derecho a ser atendido en cualquier centro de salud y a que se le brinde cobertura de conformidad al plan contratado, así como el derecho a recibir atención de emergencias médicas ambulatorias. Los afiliados y beneficiarios tienen derecho a recibir este tipo de atención médica, conforme al plan contratado y con cargo a la prima o tarifa pagada.

Al regular estos aspectos la ley avanza hacia la garantía de no discriminación y a hacer efectivo el goce del derecho de salud a personas que, en razón de su enfermedad pueden ser discriminadas y que por esta misma razón han sido considerados como un grupo vulnerable y de atención prioritaria.

De otra parte, está prohibido para las aseguradoras limitar contractualmente el cumplimiento de sus obligaciones bajo la imposición de cláusulas de duplicidad de amparo. La duplicidad de amparo tiene relación con la posibilidad que existe de que una misma persona se encuentre asegurada contra un mismo riesgo por dos aseguradoras distintas, en cuyo caso el solicitante del seguro está obligado a comunicar el siniestro a todas las aseguradoras y recibir un valor proporcional por cada una de ellas.

Estas cláusulas de duplicidad de amparo están previstas en la póliza y en la práctica también ha servido para limitar la responsabilidad de la aseguradora, de ahí que la ley de medicina prepaga prohíba la inclusión de estas cláusulas en materia de seguros de salud, por considerar que el asegurado o beneficiario tiene derecho a contratar el seguro para cubrir todas las enfermedades por lo que la aseguradora no podría limitar su responsabilidad aduciendo la existencia de otra póliza, que en cualquier caso podría no pagar la contraprestación pero únicamente con relación al monto no reconocido por la primera aseguradora.

Actualmente de acuerdo a la ley que regula la materia, los contratos de medicina prepaga deben durar un año por lo menos, pero además se garantiza a las personas la continuidad del servicio durante el tiempo que dure una contingencia de salud que haya empezado a ser cubierta por parte de la empresa. Conforme a la ley recientemente expedida la cobertura mínima del seguro o del servicio de salud deberá pactarse también por un año.

Para fijar el monto de la prima es necesario haber presentado ante la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros las notas técnicas y estudios actuariales que respalden la cuantía fijada, lo cual deberá ser aprobado por este organismo de control. Es importante mencionar que conforme a la ley de medicina prepaga el aumento del precio en la prima no puede realizarse de forma unilateral mientras dure la vigencia del contrato, que como se revisó debería ser al menos de un año. Pero además la revisión del precio está sujeto a la aprobación también del organismo de control y la ley provee los elementos que deben considerarse para el aumento de la prima; así, determina que el valor se fijará de acuerdo al número de afiliados por plan y el grupo etario al que pertenecen los asegurados, prohibiendo la revisión de la prima por la siniestralidad individual.

Algo que tiene un cambio importante según la Ley de Medicina Prepagada, es lo relacionado a los efectos de la mora por parte del beneficiario o titular. Esta norma contempla la figura de la suspensión de la prestación de salud por el no pago de la contraprestación a cargo del titular y dispone que solamente se podrá dar por terminado el contrato por falta de pago cuando el titular adeude tres meses consecutivos y se le haya notificado por escrito la decisión de dar por terminado el contrato; asimismo la suspensión debe notificarse por escrito al

titular. Se exceptúa de la suspensión la atención médica por emergencia, que como se garantiza en otro artículo, debe darse sin interrupción.

El no pago ha sido contractualmente estipulado como una causal para la terminación del contrato, sin que exista una especie de espera por parte de la aseguradora, salvo contadas excepciones que prevén un plazo de gracia en sus pólizas de seguro de salud.

La ley vigente que, como ya se revisó no aplica para las compañías aseguradoras, contemplaba una prerrogativa de continuidad a favor de los beneficiarios del contrato, diputados como tales por el titular, en caso de muerte, de tal forma que aquéllos podían gozar de la cobertura hasta la después de la muerte del titular; ahora la ley prevé esta situación, pero también de alcance para las compañías de seguros.

De conformidad con a lo previsto en el artículo 34 de la ley de medicina prepaga, enfermedad preexistente son todas aquellas que han sido diagnosticadas previo al inicio de la cobertura del plan de salud o seguro y hayan sido conocidas por el beneficiario con esa misma antelación.

Las preexistencias son la eterna disputa entre los asegurados y las aseguradoras de salud o las prestadoras del servicio. Esto por cuanto la ley que regula la materia no establece una definición clara sobre aquello que debe considerarse como enfermedad preexistente, de manera que la definición de tal constaba únicamente en las condiciones particulares de cada póliza de seguro o plan de medicina prepaga. Esto como es obvio, resultaba en un ejercicio arbitrario y abusivo en la capacidad de contratación de las personas con cierto tipo de enfermedades, que se revelaban durante el período de carencia o al entrar en vigencia el contrato.

La nueva ley establece una garantía de prestación de salud que alcanza a todas las personas sin importar su estado de salud, (como una expresión del principio de igualdad y no discriminación antes referido) y en tal virtud les garantiza a las personas cobertura para las enfermedades preexistentes debidamente declaradas. El monto de la cobertura mínimo anual es de veinte salarios básicos unificados. El único limitante es que en estos casos el período de carencia es de máximo veinticuatro meses.

Por lo demás, cuando el contrato implique la cobertura de enfermedades preexistentes, el usuario tiene derecho a las prestaciones que no correspondan a las enfermedades preexistentes, desde el momento de la contratación. Esto sin perjuicio del trato especial que reciben las personas con discapacidad y en condiciones incapacitantes.

Además la regulación de las preexistencias por parte de la ley, ayuda a que los usuarios puedan cambiar al proveedor del servicio a la aseguradora, sin perder la cobertura de salud por las enfermedades que fueron detectadas en el tiempo de vigencia de la póliza anterior, con lo cual se garantiza el derecho de libre contratación a los usuarios y a la continuidad en las prestaciones de salud.

Por razón de edad, los beneficiarios o titulares no pueden sufrir un incremento en el monto de su contraprestación, al cumplir determinada edad; para ser beneficiario de esta garantía el titular debe haber permanecido bajo cobertura durante cinco años anteriores al cumplimiento de la edad prevista en el contrato. Asimismo, les está prohibido a las compañías modificar las condiciones de contratación antes de que las personas lleguen a la edad prevista en el contrato, porque de lo contrario esta posibilidad serviría de patente de corso para eludir la garantía antes aludida.

En los contratos individuales de asistencia médica, que cubran el período de maternidad el período de carencia no podrá superar los sesenta días; esto sin perjuicio de que, en caso de producirse el parto durante el período de carencia, los prestadores de salud o aseguradoras deban brindar cobertura de atención prenatal con cargo al precio y condiciones establecidas en el contrato. Esto representa también un cambio sustancial en la cobertura de salud, ya que revisadas las pólizas de seguros de salud se constató que en algunos casos el período de carencia para las prestaciones por maternidad es de hasta doce meses, sin que exista la posibilidad de imputarlas al pago de las próximas primas, tal como ahora se prevé.

En cuanto al tiempo para la satisfacción de las prestaciones por parte de las aseguradoras, antes de la vigencia de ley, estaba regulada en el Código Orgánico Monetario y Financiero, en el artículo cuarenta y dos, en donde se establece que las compañías tienen treinta días plazo para hacer efectiva la prestación de pago por la cobertura. En la ley de medicina prepagada que ya es especial para el caso de los seguros de salud, el término es de diez días y el incumplimiento de este término es una falta leve sancionada por la ley.

En lo que a este ámbito respecta se observó que en las pólizas existía un plazo variable para hacer efectiva la prestación, así en algunos contratos el tiempo de espera por parte del asegurado era de hasta cuarenta y cinco días y otorgando al asegurado diferentes tiempos para solicitar el reembolso.

Bajo el entendido de que la información en este tipo de contratos es de vital importancia, también la ley sanciona la publicidad engañosa como una falta grave, sin perjuicio de otras acciones que puedan ejercerse en contra del agente que distribuyó información falsa.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. ANÁLISIS FINANCIERO DE LAS ASEGURADORAS**

#### **4.1. Información de las Operadoras del Mercado**

El análisis descriptivo acerca de los operadores económicos del seguro de salud, está enfocado a aquellas compañías de seguros que afirmaron tener información de primas emitidas para el ramo de asistencia médica, en el año 2015; debido a que hay compañías que

a pesar de tener autorizado laborar con el ramo de asistencia médica, para el año 2015 no ha emitido primas respecto al ramo de asistencia médica, cabe mencionar que para este análisis se consideró la información obtenida de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, Servicio de Rentas Internas del Ecuador y las páginas web de las compañías de seguros.

#### **4.1.1 BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S. A**



Compañía de Seguros que se constituyó el 13 de septiembre de 1995, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Quito, calle Suecia y Av. De los Shyris Edificio Plaza Renazzo planta baja, y con sucursal en la ciudad de Guayaquil, Parque Empresarial Colón, Av. Jaime Roldós Aguilera, Edif. Corporativo 2, Piso 1; la actividad económica principal es la venta al por menor de seguros de vida y salud.

La aseguradora es subsidiaria de BMI Financial Group Inc., para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 24 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.2. Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros**



Compañía de Seguros que se constituyó el 15 de febrero de 2001, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Quito, Av. república del Salvador n34-229 y Moscú, y con sucursal en la ciudad de Guayaquil, Av. José Joaquín Orrantía s/n y Leopoldo Benítez, la actividad económica principal es la venta al por menor de seguros de vida y salud.

La aseguradora consta con más de 30 años de experiencia en Latinoamérica y el Caribe, su especialización es en el ramo de seguros médicos, para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 27 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### 4.1.3. Constitución C.A. Compañía de Seguros



Compañía de Seguros que se constituyó el 29 de noviembre de 1985, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Quito, calle av. 6 de diciembre 3660 y Ignacio Bossano, y con sucursal en la ciudad de Guayaquil, calle av. Miguel H. Alcívar 407 y av. Ángel barrera; Cuenca, calle Esmeraldas s/n y Av. El Batán; Manta, calle Av. Flavio Reyes s/n y calle 26, la actividad económica principal es la venta al por menor de seguros de vida y generales.

Para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 28 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### 4.1.4. Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.



Compañía de Seguros que se constituyó el 17 de julio de 1941, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Guayaquil, calle av. Francisco de Orellana s/n y Justino Cornejo edificio World Trade Center, y con sucursal en la ciudad de Quito, calle Japón 844 y Gaspar de Villarreal; Cuenca, calle Esmeraldas s/n y Remigio Crespo; la actividad económica principal es la venta servicio de planes de seguro y reaseguro de vida y otros tipos de seguros.

Esta aseguradora fue una de las primeras constituidas en Ecuador y tiene presencia en más de 60 países, para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 17 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### 4.1.5. Latina Vida Compañía de Seguros S.A.



Compañía de Seguros que se constituyó el 28 de febrero de 1995, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Guayaquil, calle urb. Ciudad Colon etapa 3 solar 3-4, y con sucursal en la ciudad de Quito, calle av. América 5573 y San Francisco y av. Republica e7-197 y av. Diego De Almagro; la actividad económica principal actividades de planes de seguro y reaseguro de vida.

Para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 36 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.6. La Unión Compañía Nacional de Seguros S.A.**



Compañía de Seguros que se constituyó el 21 de abril de 1943, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Guayaquil, vía a la costa km 5.5 solar 1-2, y con sucursal en la ciudad de Quito, calle Pasaje el Jardín e10-05 y av. 6 de diciembre; Ambato, calle Juan Benigno Vela 1041 y Mariano Eguez; Manta, calle av. Malecón s/n , la actividad económica principal es la venta de planes de seguros y reaseguros.

Es considerada como una de las más antiguas en el mercado de seguros del Ecuador, debido a que tiene más de 65 años de constituida y desde 1946 introdujo al país el ramo automotriz, el cual se considera uno de los más relevantes en Ecuador, para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 10 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.7. Rocafuerte Seguros S.A.**



Compañía de Seguros que se constituyó el 13 de mayo de 1967, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Guayaquil, av. Francisco de Orellana sl 31-32 y av. Víctor Hugo Sicouret, y con sucursal en la ciudad de Quito, calle Eloy Alfaro N34-166; Cuenca, calle Juan Iñiguez2 y Alfonso Moreno; Ambato, calle Montalvo 520; Manta, calle Once y Doce s/n y Ave. Segunda; Salinas, calle Av. Carlos Julio Espinoza s/n y San José; la actividad económica principal es la venta de actividades de seguros y reaseguros.

Para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 9 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.8. Seguros Sucre S.A.**



Compañía de Seguros que se constituyó el 26 de octubre de 1944, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Guayaquil, calle Pedro Carbo 422 y av. 9 de octubre, y con sucursal en la ciudad de Ibarra, calle Sánchez - Cifuentes 10-75 y Velasco; Manta, calle Malecón s/n y Autoridad Portuaria; Cuenca, calle Juan Iñiguez s/n y Alfonso Moreno; Ambato, calle Rodrigo Pachano 15-89 y Montalvo - La Delicia; Quito, calle av. Eloy Alfaro n34-16 y Fernando Ayarza; Machala, calle Sótano 107 y av. 25 de Junio; Santo Domingo, calle Salasaca s/n y av. Río Laila; Guayaquil, calle General Córdova 1021 y av. 9 de Octubre; Esmeraldas, calle San José Obrero 107-109 y Olmedo y P. Vicente Maldonado; la actividad económica principal es actividad de planes de seguros y reaseguros generales.

La compañía aseguradora nace con el respaldo técnico y financiero de la Royal Insurance Company Limited de Inglaterra, para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 2 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.9. Seguros Unidos S.A.**



Se constituyó el 01 de diciembre de 1994, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Quito, av. 10 de Agosto n31-162 y Mariana de Jesús, y con sucursal en la ciudad de Cuenca, calle Gran Colombia 22-252 y de los Manzaneros; Guayaquil, calle av. 9 de Octubre 1911 y Esmeraldas; la actividad económica principal es prestación de servicios de seguros generales.

Tiene presencia en el mercado asegurador ecuatoriano desde hace 123 años, y en sus inicios pertenecía a la compañía aseguradora inglesa Commercial Unión, el grupo Eljuri decidió adquirir la compañía en el año 1994, con lo cual se estableció legalmente como Seguros

Unidos S.A., para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 10 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

#### **4.1.10. Pan American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A.**



Compañía de Seguros que se constituyó en octubre de 1956, se la incluyó en el tipo de aseguradora denominado “aseguradora nacional”, con domicilio en la ciudad de Quito, calle República del Salvador n36140 y av. Naciones Unidas, y con sucursal en la ciudad de Guayaquil, calle Miguel H. Alcívar s/n y Nahim Isaías; la actividad económica principal actividades servicios de seguros de personas.

En el año de 1984 inició la venta de pólizas de seguros de vida individual y de salud grupal, para el año 2015 ésta aseguradora ocupó el puesto número 20 de acuerdo al ranking del total de activos del sistema asegurador (Revista Ekos Especial de Seguros, pág. 64-65).

## CONCLUSIONES

- La elasticidad precio de la demanda o elasticidad propia de los seguros especializados en el ramo de asistencia médica, muestra ser elástica, es decir, que ante un cambio en los precios del servicio existe una variación mucho mayor de la cantidad demandada. Ante esto la teoría dice que podría tratarse de un bien de lujo, que fácilmente puede ser sustituible con otros servicios del mismo tipo.
- El análisis técnico de concentración de mercado determinó que el mercado de seguros de salud, se encuentra altamente concentrado.
- La baja participación de primas del ramo de asistencia médica, con respecto al sistema total de seguros, evidencia que esta línea de salud es por demás limitada frente al resto, razón por la cual no hay diversidad de productos de asistencia médica.
- Las enfermedades preexistentes no destacan en las atenciones de salud que proporcionaron las aseguradoras privadas, entre los años 2012 y 2015; esto determina que la industria aseguradora de asistencia médica, puede seleccionar a los usuarios que manifiestan mayor riesgo, y desplazarlos al sistema de salud público, apoyados en el derecho que tienen todos los ecuatorianos de recibir el seguro general obligatorio, dado que este seguro no discrimina enfermedades preexistentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s/f). “Modelo Consolidado de las principales variables del margen de contribución y siniestros: Costos de siniestros”. Disponible en <http://181.198.3.71/portal/cgi-bin/cognos.cgi>, visitado en 07-dic.-2016.
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s/f). “Modelo Consolidado de las principales variables del margen de contribución y siniestros: Prima neta emitida”. Disponible en <http://181.198.3.71/portal/cgi-bin/cognos.cgi>, visitado en 07-dic.-2016.
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s/f). “Modelo Consolidado de las principales variables del margen de contribución y siniestros: % de variables

- de margen de contribución”. Disponible en <http://181.198.3.71/portal/cgi-bin/cognos.cgi> , visitado en 07-dic.-2016.
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (s/f). “Empresas de seguros y compañías de reaseguros del Ecuador”. Disponible en [http://181.198.3.71/portal/cgi-bin/cognos.cgi?b\\_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27Seguros%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Reportes%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Companias\\_Seguros%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Compania%20de%20Seguros%27%5d&ui.name=Compania%20de%20Seguros&run.outputFormat=&run.prompt=true](http://181.198.3.71/portal/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27Seguros%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Reportes%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Companias_Seguros%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Compania%20de%20Seguros%27%5d&ui.name=Compania%20de%20Seguros&run.outputFormat=&run.prompt=true), visitado en 03-ene-2017.
- Naranjo, Consuelo y María José Muñoz (2016). “Especial Seguros 2016”. Ekos N° 267, <https://issuu.com/ekosnegocios/docs/268>, (visitada en 11-nov-2016).
- Barona, Daniela (2012). “QBE quiere asegurarse en el mercado”. Ekos N° 215, [https://issuu.com/ekosnegocios/docs/revista\\_ekos\\_edicion\\_215](https://issuu.com/ekosnegocios/docs/revista_ekos_edicion_215), (visitada en 28-dic-2016).
- INEC (2015). “Anuario de recursos y actividades de salud”. Disponible en <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>, visitado en 26-oct.-2016.
- INEC (2015). “Camas y egresos hospitalarios”. Disponible en <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>, visitado en 21-nov.-2016.
- INEC (2014). “Informe de resultados ECV 2013-2014”. Disponible en [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV\\_2015/documentos/150411%20ResultadosECV%20\(2\).pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/150411%20ResultadosECV%20(2).pdf), visitado en 20-oct.-2016.
- INEC (2016). “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Resultados Diciembre 2016”. Disponible en <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-diciembre-201/>, visitado en 20-ene.-2017.
- FUNDACIÓN MAPFRE (2016). “El mercado asegurador latinoamericano 2014-2015”. Disponible en [https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1086727](https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1086727), visitado en 04-dic.-2016.
- FUNDACIÓN MAPFRE (2010). “Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel de los seguros privados”. Disponible en <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>, visitado en 04-oct.-2016.
- FUNDACIÓN MAPFRE (2016). *Tendencias de crecimiento de los mercados aseguradores de América Latina para 2016*. Madrid.
- Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. R.O. 449 (2008). [Reformada]. Recuperado de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/leyes-aprobadas>

- Corte Constitucional del Ecuador. (15 de noviembre de 2016). Sentencia número 364-16-SEP-CC. [M.P. Ordeñana, S. Tatiana]
- Corte Constitucional del Ecuador. (26 de octubre de 2016). Sentencia número 345-16-SEP-CC. [M.P. Segura, R. Marien]
- Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. (Fondo)*. Sentencia de 01 de septiembre de 2015. Serie C No. 298, Párrafo 184. Recuperado de <http://www.bjdh.org.mx/interamericano/busqueda>
- Decreto presidencial número 1147. Junta Militar de Gobierno. R.O. 123 (1963). [Reformado]. Reforma al Código de Comercio sobre el contrato de seguro. Recuperada de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Defensoría del Pueblo vs. Ecuasanitas y Humana S.A., sentencia del 5 de marzo de 2013. Unidad Judicial Especializada N° 4 de la Familia Mujer Niñez y Adolescencia
- Ley general de seguros. Congreso Nacional de la República del Ecuador. R.O. 403 (2006). [Reformado]. Recuperado de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Ley orgánica de defensa del consumidor. Congreso Nacional de la República del Ecuador. R.S. 116 (2000). [Reformada]. Recuperada de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Ley orgánica de discapacidades. Asamblea Nacional del Ecuador. R.S. 796 (2012). [Reformada]. Recuperada de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Ley orgánica de salud. Congreso Nacional de la República del Ecuador. R.S. 423 (2006). [Reformada]. Recuperada de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica. Asamblea Nacional del Ecuador. R.S. 863 (2016). Recuperado de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/leyes-aprobadas?leyes-aprobadas=All&title=&fecha=&page=8>
- Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada. Congreso Nacional de la República del Ecuador. R.O.12 (1998). Recuperado de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>
- Reglamento a la ley orgánica de discapacidades. Presidente de la República del Ecuador. R.S. 145 (2013). [Reformado]. Recuperado de <http://www.silec.com.ec/Webtools/LexisFinder/Default.aspx>