

Versión Pública

Tema: Estudio de Mercado “Medicina Prepagada”

Fecha de elaboración: julio 2016

Dirección Nacional de Estudios de Mercado

Intendencia de Abogacía de la Competencia

VERSIÓN PÚBLICA

En conformidad con el Art. 2, del reglamento para la aplicación de Ley Orgánica de Control del Poder de Mercado, el cual textualmente indica:

“Art 2. 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 del sector de Medicina Prepagada, desarrollada por la Dirección Nacional de Estudios de Mercado, de la Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Es importante indicar que el texto original del estudio no ha sido modificado, únicamente su estructura y omitida información confidencial y reservada de los operadores económicos involucrados en este estudio.

Contenido

1. Antecedentes	4
2. Introducción	4
3. Conformación del Sector	15
3.1. Cadena productiva	15
3.2. Nombres de Operadores Económicos del Sector	17
4. Gremios y asociaciones	19
5. Productos del sector	19
6. Análisis de Concentración del Sector	30

VERSIÓN PÚBLICA

1. Antecedentes

La Superintendencia de Control del Poder de Mercado (SCPM) conforme a las atribuciones inscritas en la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, a través de la Intendencia de Abogacía de la Competencia en el mes de enero de 2016, realizó un estudio de mercado referente al servicio de medicina prepagada en el Ecuador.

En consecuencia de lo planteado, la Intendencia de Abogacía de la Competencia emprendió el proceso necesario para recopilar información, analizarla e identificar posibles conductas que atenten contra la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado y concluir en el presente estudio.

2. Introducción

El servicio de medicina prepagada es una alternativa diferente del servicio de seguros médicos convencionales. El servicio de medicina prepagada tienen como objetivo financiero y prestar servicios de atención médica – hospitalaria a un determinado costo preestablecido dentro de un plan contratado.

El mercado privado de salud en el Ecuador es un servicio competitivo debido a su natural demanda, la cual no se encuentra atendida en su totalidad por parte del estado.

La razón de ser del servicio de medicina prepagada nace desde hace 20 años en el Ecuador, en un inicio los servicios de salud fueron prestados por aseguradoras, sin embargo se introduce un nuevo concepto y variante dentro de este sector, el de Medicina Prepagada, el cual se define como el pago de una cuota de afiliación mensual a cambio de la prestación de servicios médicos.

La oferta de las empresas de medicina prepagada se caracteriza por una extensa variedad de planes, los cuales difieren en sus contratos, servicios y precios. En este sentido, la transparencia de información entre planes y coberturas entre cada empresa del sector podrían estar ocasionando posibles dificultades al usuario para elegir un plan de acuerdo a sus intereses y necesidades.

De acuerdo a la teoría económica, se considera a la salud como un sector sensible, por lo que no puede estar regulado totalmente por la libre dinámica del mercado, debido a que presenta una serie de elementos cuya provisión eficiente va más allá del

mecanismo de precios. (Comisión Nacional de Defensa de la Competencia, 2004). Además de ser un sector con asimetría de información entre los diferentes operadores económicos, lo que dificulta el buen funcionamiento del mercado y la relación con el consumidor final.

En la actualidad, una modalidad que ha ido tomando importancia en los mercados de prestación de servicios de salud, es la aparición de entidades intermediarias o “administradores de fondos de salud”, como son las empresas de medicina prepagada.

La interrelación entre estos operadores podría presentar conflictos o conductas anticompetitivas, las cuales afectan directamente a los oferentes y demandantes finales.

La Comisión Nacional de la Competencia española (2004), define a un administrador de fondos de salud como una entidad que administra los aportes que (obligatoria o voluntariamente) sus afiliados le proporcionan para que la misma contrate en su nombre, con un grupo de prestadores de salud y financie total o parcialmente los gastos en salud.

Ante lo mencionado, este trabajo tiene como objetivo analizar los aspectos estructurales y funcionales, así como las relaciones entre los operadores económicos del sector de servicios de medicina prepagada en el país, de tal manera que el análisis permita observar e identificar posibles conductas anticompetitivas o distorsiones en el mercado.

3. Marco Normativo

Constitución de la República del Ecuador:

El numeral 20 del artículo 23 de la Constitución de la República del Ecuador, consagra a la salud como un derecho fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure su salud.

El artículo 32 de la Constitución de la República garantiza el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; cuyas prestaciones y servicios de salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética.

El artículo 52 de la Constitución establece: “Las personas tienen derecho a disponer

de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.- La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; (...)"

El artículo 336 de la Constitución de la República manda: "El Estado impulsará y velará por el comercio justo como medio de acceso a bienes y servicios de calidad, que minimice las distorsiones de la intermediación y promueva la sustentabilidad. El Estado asegurará la transparencia y eficiencia en los mercados y fomentará la competencia en igualdad de condiciones y oportunidades, lo que se definirá mediante ley."

En cuanto a la salud el artículo 361 de la Constitución de la República dispone que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, quien "será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector."

Ley Orgánica de Discapacidades:

El artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades dispone que la Superintendencia de Bancos y Seguros, es el ente controlador tanto de las compañías de seguro como de las de medicina prepagada, priorizando a los discapacitados, indicando que los modelos de contratos, sus coberturas de vida y/o salud a favor de personas discapacitadas deben ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública. Además prohíbe las preexistencias y establece que éstas serán cubiertas aun cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora.

Sin embargo, hay que notar que el ente rector, en lugar de la Superintendencia de Bancos y Seguros, a partir de 2 de septiembre de 2014 es la Superintendencia de Compañías Valores y Seguro, es decir que las empresas de medicina prepagada se rigen bajo el control esta última.

El artículo 25 en toda su extensión prescribe: "Seguros de vida y/o salud y medicina prepagada.- La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las compañías de seguro y/o medicina prepagada incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida y/o salud a las personas con discapacidad y a quienes adolezcan de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas (...)"

Todo modelo de contrato global de las compañías de seguros privados que incluyan coberturas de vida y/o de salud y de las compañías de salud y/o medicina prepagada deberán ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual deberá mantener coordinación con la autoridad sanitaria nacional. 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”.

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros:

Es necesario recordar que el del Código Orgánico Monetario y Financiero fijó el plazo de un año, contado desde su publicación, es decir a partir del 2 de septiembre de 2014, para que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros ejerza la vigilancia, auditoría, intervención, control y supervisión del régimen de seguros.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, a su vez creó la Intendencia Nacional de Seguros mediante Resolución N° ADM-15-008, que fue publicada en la Edición Especial del Registro Oficial N° 340, de 22 de julio de 2015.

Entre las atribuciones de la Intendencia Nacional de Seguros, la citada Resolución señala:

- “Vigilar y controlar a las personas naturales y jurídicas que participan en el sistema de seguro privado;
- Controlar el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias, estatutarias y demás normativa aplicable a las personas naturales y jurídicas dentro del sistema del seguro privado;
- Elaborar el informe de factibilidad para la autorización de la constitución de las compañías de seguros y/o reaseguros;
- Autorizar la constitución y operación de las agencias asesoras productoras de seguros, intermediarios de reaseguros y peritos de seguros;
- Aprobar las reformas del estatuto social de las personas jurídicas del sistema de seguro privado;
- Autorizar las tarifas de primas y notas técnicas a ser utilizadas por las empresas de seguros en la emisión de pólizas;
- Autorizar el registro de las entidades reaseguradoras e intermediarias de

- reaseguros extranjeros que no se hubieren establecido en el país;
- Calificar a los auditores internos y externos para que actúen en el sistema de seguro privado;
 - Calificar a las firmas calificadoras de riesgos para las compañías de seguros y reaseguros;
 - Emitir pronunciamientos técnico – jurídicos sobre los reclamos administrativos presentados por los asegurados o beneficiarios y sobre las objeciones que formulen las empresas de seguros; y, emitir la correspondiente resolución;
 - Aplicar sanciones a las entidades controladas y/o a sus administradores.”

Del texto anterior se desprende que el ente rector y regulador de las empresas de seguros es la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros.

Ley Orgánica de Salud:

El artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial N° 423, de 22 de diciembre de 20016, con su última modificación de 17 de diciembre de 2015, en concordancia con el artículo 361 de la Constitución determina que: “la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la Ley Orgánica de Salud”.

El artículo 129 de la Ley Orgánica de Salud prescribe que el cumplimiento de las normas de vigilancia y control sanitario es obligatorio para todas las instituciones, organismos y establecimientos públicos y privados que realicen actividades de producción, importación, exportación, almacenamiento, transporte, distribución, comercialización y expendio de productos de uso y consumo humano. La observancia de las normas de vigilancia y control sanitario se aplican también a los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada.

En este sentido, sobre los servicios de salud, el artículo 180 de la Ley Orgánica de Salud, en armonía con lo anterior y con el artículo 4 de las Constitución dispone: “La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción,

ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.”

El artículo 181 de la Ley Orgánica de Salud, enuncia: “La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.”

El artículo 182 de la Ley Orgánica de Salud preceptúa: “La autoridad sanitaria nacional, regulará y aprobará las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina prepagada, de conformidad con el reglamento que se emita para el efecto.” Hasta la fecha no se ha emitido tal reglamento.

El artículo 183 de la Ley Orgánica de Salud prescribe: “El contrato de prestación de servicios de medicina prepagada debe ser aprobado por la autoridad sanitaria nacional.”, es decir por el Ministerio de Salud Pública tal cual lo establece la Constitución.

Cabe indicar que es obligación de las empresas de medicina prepagada obtener dicha aprobación del Ministerio de Salud Pública y hacerla constar en el contrato respectivo. Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada. (LRFEPSMP):

La Ley que regula las empresas privadas de salud y medicina prepagada, publicada en el Registro Oficial 12, de 26 de agosto de 1998, en su primer considerando establece: “Que es obligación del Estado formular y establecer la política nacional de salud, así como determinar su aplicación en los respectivos servicios, sean estos presentados por el sector público o privado, supervisado su cumplimiento y garantizado que las prestaciones de salud remuneradas que brindan los particulares a la comunidad se implementen dentro de niveles de excelencia, a través de bienes y servicios de óptima calidad”.

El artículo 1 de la Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada – LRFEPSMP, inicia definiendo a las empresas de salud y medicina prepagada como “sociedades constituidas en el territorio nacional y que en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.”

La LRFEPSMP, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, regula la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada que financian la prestación de servicios de salud y, garantiza los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas.

El artículo 2 de la LRFEPSMP, para precisar vocablos y “para efectos de esta Ley, al usuario del servicio de las empresas de salud y medicina prepagada también se lo llamará contratante, beneficiario, cotizante, afiliado o dependiente. Para estos mismos efectos a los servicios de salud y medicina prepagada, también se los denominará como sistemas o planes.”

El artículo 3 de la LRFEPSMP, señala que a más de los afiliados o titulares de los planes de salud y medicina prepagada están cubiertos también: “su cónyuge o conviviente legal, sus hijos, padres u otros familiares o cargas legales, que en calidad de dependientes reciben a cambio de una cotización o aportación individual, cuyo monto dependerá del plan o sistema contratado, las prestaciones y beneficios oportunos y de calidad en centros de atención médica y de laboratorios adscritos o no al sistema, así como de provisión de medicinas. El afiliado, podrá también incorporar como beneficiarios de un plan a todos los que sin tener la condición de carga legal, sean aceptados por las empresas de medicina prepagada.”

El artículo 4 de la LRFEPSMP, en armonía con la Ley Orgánica de Salud, ordena que los servicios que ofertan las empresas de salud y medicina prepagada privadas, sólo pueden ser ofrecidos por empresas legalmente constituidas en el país, que tengan el carácter de anónimas, regidas por la Ley de Compañías y cuyo objeto social será el financiamiento de los servicios de salud y medicina. El permiso de funcionamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, será concedido por el Ministerio de Salud Pública. El artículo 4 en mención señala que las condiciones y requisitos serán establecidos en el Reglamento General de esta Ley, instrumento que aún no ha sido expedido.

El artículo 5 de la LRFEPSMP prescribe: “Las empresas privadas de salud y medicina prepagada pueden prestar sus servicios de financiamiento, a través de planes abiertos, cerrados o mixtos.”

El artículo 6 de la LRFEPSMP, determina: “Frente a una urgencia o emergencia médica del usuario o sus dependientes contractuales, éstos podrán elegir el centro de atención médica al cual acudir. Más, si no está en condiciones de ser trasladado a una unidad de salud, podrá a su arbitrio solicitar en el lugar en donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de urgencias médicas ambulatorias. En ambos

casos, la empresa de salud y medicina prepagada privada, deberá reembolsar los valores respectivos, de acuerdo al plan de salud contratado.”

El artículo 7 de la LRFEPSMP, en cuanto a los servicios, entre otros, que puede ofrecer los planes de medicina prepagada, dispone: “Los planes de salud y medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al usuario los siguientes servicios: a) Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos; b) Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub – especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique;(…) k) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico. (...) n) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.”

El artículo 8 de la LRFEPSMP, respecto al financiamiento de las empresas de salud y medicina prepagada, establece que lo harán por sus propios medios sin poder recibir subsidios estatales por ningún concepto.

El artículo 9 de la LRFEPSMP, respecto al Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada expresa: “La calidad de contratante, afiliado, usuario, beneficiario, cotizante o dependiente de un plan de salud ofertado por una empresa de salud y medicina prepagada, se lo obtiene en virtud de la suscripción de un contrato que se denominará Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, que deberá ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública y elaborado en formatos legibles y comprensibles, al cual se agregarán, previo a la suscripción del contrato, declaración jurada de salud o anamnesis, hasta el límite de su conocimiento: 1. Del estado actual de salud; 2. La expresión de enfermedades preexistentes que conoce adolecer y su historia clínica pasada; y, 3. Las enfermedades padecidas, operaciones y accidentes sufridos.”

El artículo 10 de la LRFEPSMP en cuanto al precio, forma de pago, vigencia y terminación del Contrato de Prestación de Servicios de Medicina Prepagada, las características de los planes, las exclusiones y restricciones, períodos de carencia, el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, sistema de reembolsos de gastos médicos, de bonos valorizados y de atención de infraestructura propia, así como los demás derechos y obligaciones de los afiliados y lo atinente a los servicios que incluirán los planes de medicina prepagada deberán determinarse en un Reglamento.

El artículo 11 de la LRFEPSMP, fija un plazo mínimo de vigencia de la cobertura de

los contratos de empresas de medicina prepagada cuando ordena: “Las empresas de salud y medicina prepagada, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato dentro del primer año de cobertura; de igual manera, no podrá darse por tramitada dicha contratación mientras esté cubriendo una contingencia de salud, a menos que exista en ambos casos incumplimiento por parte del usuario de las obligaciones contractuales.”

El artículo 12 de la LRFEPSMP extiende por un año en forma gratuita los beneficios del contrato de medicina prepagada en caso de fallecimiento del titular.

El artículo 13 de la LRFEPSMP menciona que el servicio de salud y medicina prepagada se activará inmediatamente frente a la demanda de atención del usuario, prohibiéndose la aluación del paciente con fines de ahorro, teniendo el usuario derecho a que se le practiquen los exámenes que el médico tratante considere necesario de acuerdo a la enfermedad para configurar un diagnóstico y determinar el tratamiento. Dicha evaluación estará a cargo de la Dirección Provincial de Salud, conforme dispone el artículo 15 de la LRFEPSMP.

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Prepagada.-

El Decreto Ejecutivo N° 703 de 2015, publicado en el Registro Oficial 534 de 01 de julio de 2015, crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada –ACCESS.

El artículo 1 de la ACCESS, crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS-, como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio.

El artículo 2 de la ACCESS y Medicina Prepagada, prescribe que será la institución encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud.

El artículo 3 de la ACCESS y Medicina Prepagada, dispone que son atribuciones y responsabilidades de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS:

“1. Controlar la aplicación y observancia de las políticas del Sistema Nacional de

Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que expida el Ministerio de Salud Pública;

2. Expedir normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar calidad de la atención, seguridad del paciente y mejora de la prestación de los servicios de salud;

3. Controlar que los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, las empresas de salud y medicina prepagada, cumplan con la normativa técnica;

4. Otorgar, suspender, cancelar permisos de funcionamiento, licencias, registros, certificaciones y acreditaciones sanitarias de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, de las empresas de salud y medicina prepagada;

5. Procesar consultas, denuncias de mejora en la calidad, de la atención de salud y seguridad del paciente, de los usuarios de los servicios de salud públicos, privados, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada (...);

6. Controlar la publicidad y promoción de los servicios de salud públicos, privados, de las empresas de salud y medicina prepagada (...);

7. Emitir los techos de los precios de los servicios de salud, empresas privadas de salud y medicina prepagada y controlar su aplicación;

8. Aprobar los planes y programas de las empresas privadas de salud y medicina prepagada, y controlar su aplicación;

9. Promover la mejora continua de la calidad de atención y la seguridad del paciente en los servicios de salud públicos, privados, en las empresas de salud y medicina prepagada que conforman el Sistema Nacional de Salud (...);

12. Aplicar medidas en caso de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, en relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud”.

El artículo 7 de la ACCESS fija entre las atribuciones del Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACCESS-: “Emitir los techos de los precios de los servicios de salud, empresas privadas de salud y medicina prepagada”.

El artículo 8 de la ACESS establece: “Reorganizase al Ministerio de Salud Pública y, como consecuencia de esto, transfíerese a la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS- la competencia para la imposición de sanciones que, dentro del ámbito de las atribuciones que asume por este Decreto, venían ejerciendo el Ministro de Salud Pública, el Director de Salud Pública, los directores provinciales de salud y los comisarios de salud”.

Como consecuencia de esta reorganización, para los asuntos sometidos a vigilancia y control de la Agencia, las autoridades competentes para conocer, juzgar e imponer las sanciones a que haya lugar, tienen jurisdicción las siguientes autoridades: “1. El Ministro de Salud Pública; 2. El Director Ejecutivo de la Agencia; 3. Las máximas autoridades zonales de la Agencia; y, 4. Los comisarios de la Agencia.”

La Segunda Disposición Transitoria de la ACESS, ordena:

“Hasta que la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Prestadores de Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, entre en funcionamiento y cuente con la capacidad para asumir dichas atribuciones, los procesos de control de calidad de los servicios de salud, que incluyen, entre otros, la emisión de permisos de funcionamiento de establecimientos de servicios de salud, el registro de prestadores de salud y procesos especiales sanitarios, estarán a cargo del Ministerio de Salud Pública”.

La Tercera Disposición Transitoria de la ACESS, dispone: En el plazo de seis meses, contados a partir de la publicación del presente Decreto Ejecutivo en el Registro Oficial, el Ministerio de Salud Pública implementará las acciones necesarias, a fin de asegurar la correcta implementación de la Agencia Nacional de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS.

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos de Ministerio de Salud Pública:

Los literales n y k del artículo 12 del Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, publicado en el Suplemento del Registro Oficial 118, de 31 de marzo de 2014, establecen que la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud del Ministerio de Salud Pública tiene como atribuciones y responsabilidades: “Formular y proponer el modelo de financiamiento y asignación de recursos del Sistema Nacional de Salud, así como los lineamientos para la regulación de las compañías de seguros y medicina prepagada, y los rangos tarifarios para la prestación de servicios; y, aprobar los modelos de contrato global de las compañías de seguro y/o medicina prepagada.”

Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado:

La Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, en su artículo 1 establece: “El objeto de la presente Ley es 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.”

El artículo 37 de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado faculta a la Superintendencia de Control del Poder de Mercado: “asegurar la transparencia y eficiencia en los mercados y fomentar la competencia; la prevención, investigación, conocimiento, corrección, sanción y eliminación del abuso de poder de mercado, de los acuerdos y prácticas restrictivas, de las conductas desleales contrarias al régimen previsto en esta Ley; y el control, la autorización, y de ser el caso la sanción de la concentración económica...”.

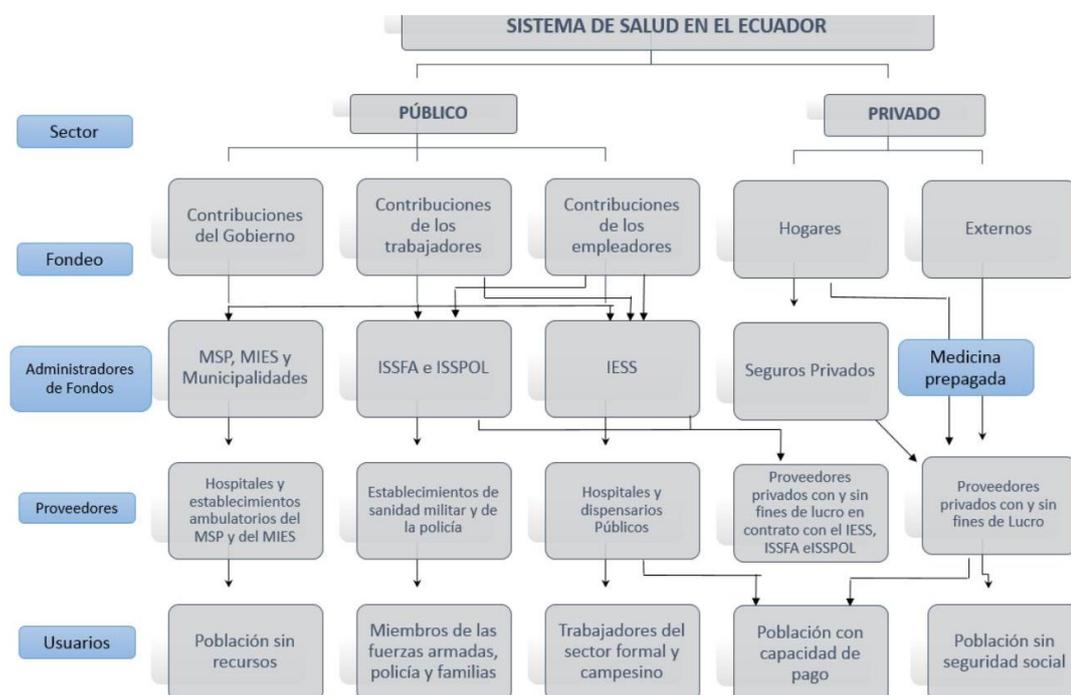
El artículo 38, numeral 26 de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, otorga a la Superintendencia de Control del Poder de Mercado, entre otras atribuciones: “Apoyar y asesorar a las autoridades de la administración pública en todos los niveles de gobierno, para que en el cumplimiento de sus atribuciones, promuevan y defiendan la competencia de los operadores económicos en los diferentes mercados”.

3. Conformación del Sector

3.1. Cadena productiva

Gráfico 1

Estructura del Sistema Privado de salud en Ecuador- 2015



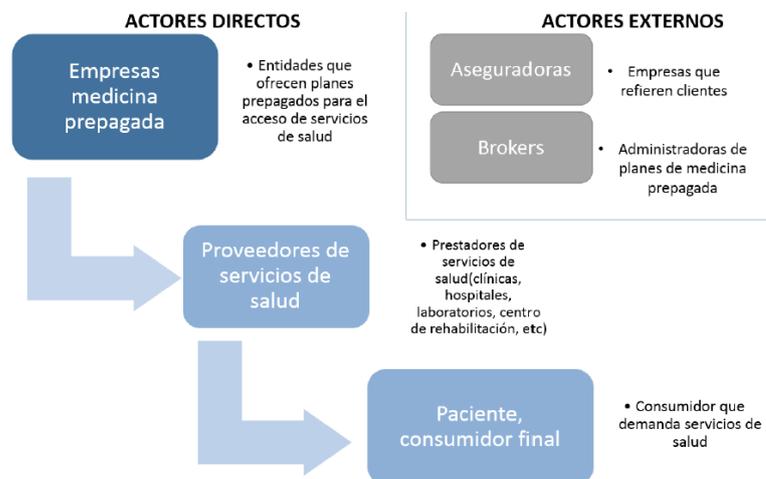
Para el sector público los administradores de fondos identificados son Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Municipalidades, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Por otro lado, los administradores de fondos del sector privado se componen de seguros privados (aseguradoras, empresas de medicina prepagada y brokers).

De esta manera, se define a las empresas de medicina prepagada como administradores de fondos del financiamiento de servicios de salud.

El Gráfico 2 sintetiza los actores que intervienen en el sector privado, particularmente se explica el giro de negocio de las empresas de medicina prepagada. Existen actores directos y externos. Dentro de los actores directos se encuentran las empresas de medicina prepagada, proveedores de servicios de salud y el consumidor final; mientras que los actores externos son las aseguradoras y brokers.

Gráfico 2

Actores del Sistema Privado de salud en Ecuador- 2015



Fuente: Operadores Económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

3.2. Nombres de Operadores Económicos del Sector

De acuerdo a la última información presentada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, existen registrados 243 operadores económicos bajo la “Clasificación Nacional de Actividades de Económicas K6512.02” denominado como Servicios de Seguro de Medicina Prepagada.

Al realizar la depuración de las empresas registradas bajo esta actividad, se observó que en su mayoría son operadores que ofertan otro tipo de servicios o compañías que se encuentran en procesos de liquidación.

La depuración, generó 234 empresas registradas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, dentro del sector de medicina prepagada, de las cuales, el operador SALUDSA representa el 21% dentro del mercado. Así mismo, al tomar las 31 empresas con al menos el 1% de participación, se observó que SALUDSA. Obtiene el 26% de participación en el mercado.

Tabla 1
Participación de Mercado -2015

PARTICIPACIÓN DE MERCADO - 2015 NOMBRE	CUOTA DE MERCADO 234 EMPRESAS	CUOTA DE MERCADO 31 EMPRESA

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	21%	26%
BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A.	10%	13%
ECUASANITAS SA	8%	10%
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	5%	6%
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	3%	4%
MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A.	3%	3%
MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	2%	3%
H.M.O. SYSTEMS DEL ECUADOR S.A.	1%	2%
MED-EC S.A	1%	1%

TOTAL	54%	68%
--------------	------------	------------

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Rankin Empresarial 2015.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

4. Gremios y asociaciones

Existe una Asociación de Empresas de Medicina Integral Prepagada, esta asociación está conformada por las cinco empresas más grandes del sector.

5. Productos del sector

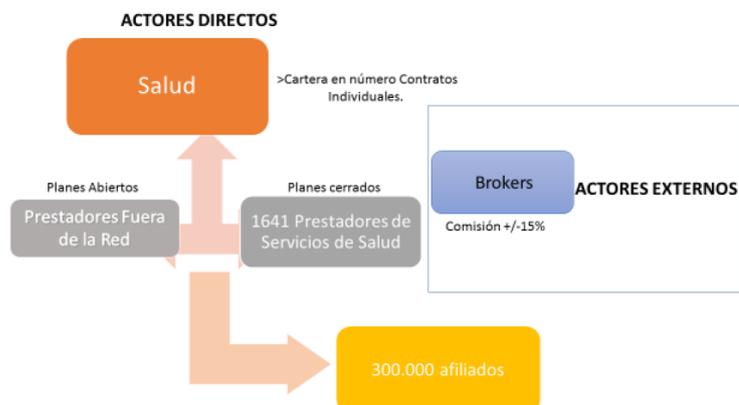
Generalmente las empresas de medicina prepagada ofertan dos tipos de planes: abiertos y cerrados. Los planes cerrados limitan al afiliado a ser atendido directamente por una red de prestadores médicos establecidos y los costos son cubiertos inmediatamente por la empresa de medicina prepagada, sin que existan proceso de reembolso. Mientras que los planes abiertos permiten al usuario elegir libremente cualquier prestador médico y realizar los pagos necesarios para luego entrar en un proceso de reembolso por parte de la empresa de medicina prepagada, una vez prestados la documentación de los gastos.

En este sentido, a continuación se analiza a cada operador económico para identificar las relaciones con todos los actores inmersos en el giro del negocio y esta manera analizar el funcionamiento del mercado.

5.1. SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A. (CM234, 21%; CM31, 26%)

SaludSA con una cartera de afiliados 300.000, cuenta con un mayor número de contratos individuales y ofertan planes cerrados y abiertos.

Gráfico 3 Actores Salud-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

El operador económico oferta a sus usuarios planes individuales y familiares tanto abiertos y cerrados, planes Pool Empresarial (máximo 25 empleados) y Voluntario (mínimo 5 titulares), plan corporativo y 9 coberturas adicionales a los planes como por ejemplo salud dental y desempleo.

Tabla 2
Productos SALUDSA-2015

INDIVIDUALES Y FAMILIARES	Plan con deducible	Práctico 3D
		Ideal 4D
		Elite 5D
		Privilegio 7D
	Plan sin deducible	Práctico 3
		Ideal 4
		Elite 5
	Plan Oncocare	Privilegio 7
	Plan Respaldo Total Nacional	-
		Cobertura US\$ 1 millón con deducible de US\$ 10 mil
Cobertura US\$ 1 millón con deducible de US\$ 5 mil		
Cobertura US\$ 160 mil con deducible de US\$ 10 mil		
Plan Respaldo Total Clínica Universidad de Navarra (CUN)	Cobertura US\$ 160 mil con deducible de US\$ 5 mil	
	-	
POOL	Plan Happy Moms	
	Plan Dental	
CORPORATIVO	Pool Empresarial	
	Pool Voluntario	
COBERTURAS ADICIONALES DENTRO DE LOS PLANES	Plan Corporativo	
	Muerte Accidental	
	Enfermedades Graves	
	Plan Exequial	
	SaludSA Travel	
	Salud Dental	
	Paquetes SaludSA	
	SaludSA Vida	
	Segunda Opinión Médica	
Desempleo		

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

5.2. BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. (CM234, 10%; CM31, 13%)

El operador BMI está constituida como empresa de medicina prepagada, además trabaja con la aseguradora como servicio complementario BMI Compañía de Seguro de Vida que oferta seguros de vida.

Gráfico 4
Actores BMI-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Con respecto a sus contratos el 60% de su cartera son corporativos y el 40% corresponde a individuales. BMI ofrece las dos modalidades planes abiertos y planes cerrados; cuenta con 1.185 prestadores de servicios de salud con los cuales mantiene convenios.

Productos ofertados

BMI ofrece 6 planes individuales, 8 planes corporativos y un plan dental. Dentro de los planes individuales existen: plan convertibilidad, plan gastos médicos mayores individual, plan Hospicare, plan Infinity Kids, plan Infinity y plan sigma. Por otro lado en los planes corporativos, se ofertan planes para empresas hasta 5 titulares y planes para empresas con más de 51 titulares.

Tabla 3
Productos BMI-2015

CORPORATIVO	Plan Dental		
	Plan Gastos Médicos Mayores Corporativos		
	Plan BMI Serie B		
	Planes BMI	Plan 5	5.000
		Plan 10	10.000
		Plan 70	70.000
		Plan 200	200.000
Plan 500		500.000	
Plan Tradicional			
INDIVIDUAL	Plan Convertibilidad		
	Plan Gastos Médicos Mayores Individual		
	Plan Hospicare		
	Plan Infinity Kids		
	Plan Infinity		
	Plan Sigma		

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

5.3. ECUASANITAS S.A. (CM234, 8%; CM31, 10%)

Ecuasanitas S.A. cuenta con más de 100.000 afiliados, y está presente en 14 ciudades a nivel nacional. De acuerdo a la información proporcionada por el operador económico el 60% de su cartera corresponde a los contratos individuales y el 40% corporativos. Los productos que ofertan son: planes cerrados (52% de contratos para 2015) y planes abiertos (48% de contratos para 2015).

Su proceso comercial de ventas es ejecutado mediante su propio equipo de ventas y mediante 12 intermediarios o brokers hasta la fecha; los cuales comisionan de acuerdo al contrato con la empresa. Además, Ecuasanitas mantiene otra relación externa con la aseguradora “Seguros de Pichincha”, con la que se contrata servicios de accidentes personales como un servicio complementario, ofertando por parte de la empresa de medicina prepagada asistencia médica y por la aseguradora accidentes personales.

Gráfico 5
Actores Ecuasanitas-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

La empresa Ecuasanitas, oferta 4 tipos de productos a sus usuarios, los cuales difieren en su cobertura y precio. Estos son: Plan total, Plan elegir, Plan hospitalario y Plan ambulatorio. Además oferta planes corporativos bajo los cuatro productos principales. Adicionalmente, los afiliados pueden agregar 5 coberturas adicionales y 2 servicios anexos, los cuales se detallan a continuación:

Tabla 4
Productos Ecuasanitas S.A.-2015

PRODUCTOS PRINCIPALES
PLAN TOTAL
PLAN ELEGIR
PLAN HOSPITALARIO
PLAN AMBULATORIO
COBERTURAS ADICIONALES
ACCIDENTES PERSONALES
MEDICAMENTOS AMBULATORIO
AMBULANCIA
ODONTOLOGIA
SERVICIO EXEQUIAL
PRODUCTOS ANEXOS
ANEXO DE MATERNIDAD

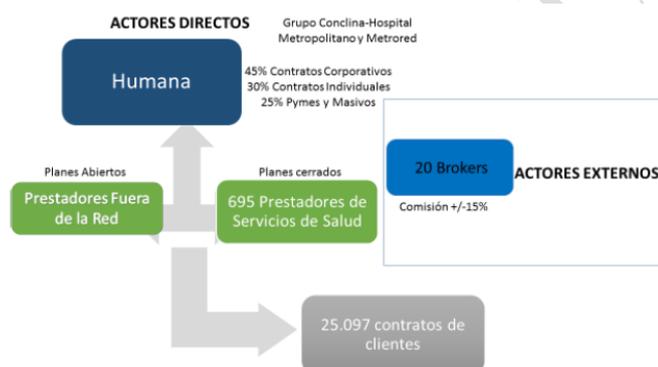
De acuerdo a la información proporcionada por el operador económico, el 52% de su cartera de afiliados corresponde a planes cerrados, es decir contratos de prestación de servicios de salud provistos por una lista preestablecida de hospitales, clínicas, laboratorios y centros de imagen; con los cuales la empresa Ecuasanitas mantiene convenios.

5.4. MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A. (CM234, 5%; CM31, 6%)

Humana cuenta con 25.097 contratos de usuarios, de los cuales el 45% son contratos corporativos, el 30% individual y el 25% corresponde a Pymes y Masivos. Con respecto a los planes ofertados por el operador económico cuenta con dos modalidades planes abiertos y cerrados. La red de prestadores médicos que tiene el operador es alrededor de 695 entre clínicas, hospitales, laboratorios y médicos.

Por otro lado, mantiene relaciones con 20 agencias asesoras productoras de seguros (brokers), quienes por contrato comisionan alrededor de +/-15%.

Gráfico 6
Actores Humana-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

Este operador económico menciona que tiene planes establecidos por coberturas y que a su vez estos planes pueden ser atendidos por su red de prestadores médicos o a libre elección del afiliado bajo un proceso de reembolso. Humana cuenta con 11 planes individuales y familiares, 12 planes empresariales y 3 planes corporativos. Estos últimos pueden a su vez subdividirse en diferentes modalidades, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 5
Productos Humana-2015

INDIVIDUAL FAMILIAR	CLÁSICO	30.000
	FULL	50.000
	PREFERIDO	15.000
	CLÁSICO PLUS	30.000
	FULL PLUS	50.000
	SELECTO	80.000
	PREMIUM	150.000
	PREMIUM	300.000
	SELECTO PLUS	80.000
	PREMIUM PLUS	150.000
	PREMIUM PLUS	300.000
EMPRESARIAL	PLAN 4500 AC	
	PLAN 4500	
	PLAN 6000	
	PLAN 12500	
	PLAN 24000	
	PLAN 4500 AC	
	PLAN 4500	
	PLAN 6000	
	PLAN 12500	
	PLAN 24000	
	PLAN 125000	
PLAN 250000		
CORPORATIVOS		
MASIVOS RENACER	PLAN A 500.000	
	PLAN B 500.000	
	PLAN C 500.000	
	PLAN D 500.000	
PROSONRISAS	Esencial	
	Básico	
	Plus	
	Full	
MASIVOS MARATHON	JUEGA SEGURO	

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Es importante mencionar que la empresa Humana ofrece un servicio adicional al “Plan Renacer”, llamado “Renacer”, el cual brinda servicios de masajes anti estrés, mensajería inmediata, asistencia PC, niñera a domicilio y empleada doméstica.

5.5. BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA (CM234, 3%; CM31, 4%)

Best Doctors es un operador con respaldo internacional y su presencia en cuatro continentes y 13 oficinas a nivel mundial. Oferta tanto planes abiertos como cerrados con un total 10 prestadores médicos y 30 centros ambulatorios dentro de su red. Como actores externos cuenta con el apoyo directo de Best Doctors Insurance, la cual es una compañía de seguros médicos en Latinoamérica, el Caribe y Canadá.

Gráfico 7 Actores BEST DOCTORS-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

Los productos ofertados por el operador económico son 6 planes individuales (Medical Elite, Premier Plus, Global Care, Ultimate Care, Medical Care y Advanced Careplus), planes corporativos y servicios adicionales como servicios exclusivos, interconsulta (asesoría de diagnóstico), Concierge (servicio vip de coordinación de viaje), Elite Navigator (compañía de doctor asesor en viaje) y endosos (cobertura en complicaciones de maternidad o trasplante de órganos).

Tabla 6
Productos BEST DOCTORS-2015

PLANES INDIVIDUALES
Medical Elite
Premier Plus
Global Care
Ultimate Care
Medical Care
Advanced Careplus
PLANES CORPORATIVOS
Servicios Exclusivos
Interconsulta
Concierge
Elite Navigator
Endosos

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

5.6. MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A. (COMFIAMED) (CM234, 3%; CM31, 3%)

Medicalfe S.A. que utiliza su nombre comercial como CONFIAMED cuenta con 190.000 afiliados, cuenta con planes abiertos y planes cerrados. En su red de prestadores médicos hay un total de 191 operadores económicos. Además trabajan con dos aseguradoras, “Seguros del Pichincha” y “Equivida”, y para el manejo de usuarios se trabaja con algunos brokers, los cuales comisionan de acuerdo a la cuenta referida. Su cartera de productos se divide el 50% contratos masivos, 50% planes corporativos, pymes e individuales.

Gráfico 8
Actores CONFIAMED-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

CONFIAMED tiene en su cartera de productos, 5 planes individuales, Medife (cobertura máxima \$600), Medintegral (cobertura hospitalaria cobertura máxima \$700, cobertura ambulatorio y medicamentos), 3 planes Oncológicos (cáncer), planes corporativos, Prontomed hospitalario, Prontomed plus, 3 planes Confiastro y 3 planes Santa Inés.

Tabla 7
Productos CONFIAMED-2015

PLAN INDIVIDUAL (COSTO POR EDAD)	PLAN 10.000
	PLAN 30.000
	PLAN 50.000
	PLAN 70.000
	PLAN 10.000
MEDIFE	PLAN 600
MEDINTEGRAL	PLAN 700
PLAN ONCOLOGICO	PLAN 10.000
	PLAN 15.000
	PLAN 20.000
PLAN CORPORATIVO	
PRONTOMED HOSPITALARIO	PLAN 5.000
PRONTOMED PLUS	PLAN 7.000
CONFIAUSTRO	PLAN 6.000
	PLAN 12.000
	PLAN 20.000
SANTA INES	PLAN 6.000
	PLAN 12.000
	PLAN 20.000

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

5.7. MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A. (CM234, 2%; CM31, 3%)

CRUZBLANCA es una empresa de medicina prepagada con una cartera mayoritaria de contratos individuales, únicamente oferta planes cerrados y mantiene convenios con 36 prestadores de servicios de salud. Sus ventas se canalizan por dos vías; mediante una fuerza de venta propia y mediante brokers, los cuales comisionan por producto referido.

Gráfico 9
Actores CRUZBLANCA-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Productos ofertados

Los productos que oferta CruzBlanca son: Planes Individuales, Planes Corporativos, Plan Nueva Vida (cobertura de embarazo), Plan Pasitos (0-1 año), Plan Mío (1-64 años) y Plan Empresarial que es para 10 personas en adelante.

Tabla 8
Productos CRUZBLANCA-2015

PLANES INDIVIDUALES	
PLANES CORPORATIVOS	
PLAN NUEVA VIDA	EMBARAZO
PLAN PASITOS	0-1 AÑO
PLAN MIO	1-64 AÑOS
PLAN EMPRESARIAL	+ DE 10 PERSONAS

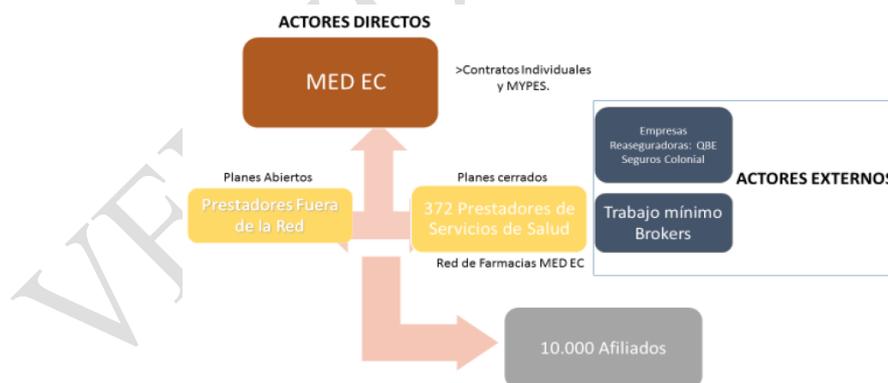
Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

5.8. MED-EC S.A. (CM234, 1%; CM31, 1%)

El operador económico MED-EC cuenta con 10.000 afiliados principalmente de la ciudad de Guayaquil, la mayoría de contratos corresponden a planes individuales, micro y pequeñas empresas.

Gráfico 10
Actores MED-EC-2015



Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Dentro de los planes ofertados, el afiliado puede elegir modalidades abiertas o cerrados. La red de prestadores de servicios de salud está conformada por alrededor de 372 operadores.

Por otro lado, dentro de su red, existe el grupo de farmacias MED-EC, las cuales proveen de medicamentos a sus afiliados. Así mismo, MED-EC mantiene relaciones con "QBE

Seguros Colonial”, la cual actúa como empresa reaseguradora que respalda el funcionamiento del operador analizado.

Productos ofertados

Los productos que ofrece MED-EC son: 6 planes individuales; 3 “idealcare” (10.000, 20.000 y 30.000) y 3 “elementalcare” (30.000, 50.000 y 100.000), 4 planes de pequeña y mediana empresa, Medecorp (planes corporativos) y planes internacionales.

Tabla 9
Productos MED-EC-2015

PLANES INDIVIDUALES	
IDEALCARE	10.000
	20.000
	30.000
ELEMENTALCARE	30.000
	50.000
	100.000
PYMES	
ELEMENTALCARE	10.000
	20.000
	30.000
IDEALCARE	10.000
MEDECORP	
PLANES INTERNACIONALES	
VIAJERO PLUS	

Fuente: Operadores Económicos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

6. Análisis de Concentración del Sector

Para los análisis de concentración se utilizan principalmente dos índices que son: el Índice Herfindahl-Hirschmann (IHH) y el Índice de Concentración (CN).

El IHH califica entre 0 puntos (competencia perfecta) y 10.000 puntos (control monopolístico) el estado de competencia dentro de un mercado específico y se calcula en base al nivel de ingresos de los operadores económicos o a la variable que determine el volumen de negocio.

El índice CN, por su parte, interpreta el nivel de concentración de los N operadores dentro del mercado en análisis. El cálculo de estos dos indicadores se muestra a continuación:

Índice Herfindahl-Hirschmann (IHH) Índice de Concentración (CN)

$$IHH = \sum_{i=1}^N s_i^2 \quad CN = \sum_{i=1}^N \frac{1}{N_i}$$

Donde N es el número de operadores, s_i es la participación de los operadores en el mercado y $s(i)$ es la participación o fracción de mercado de los operadores expresado en porcentaje.

En lo que respecta al IHH, es importante mencionar, que la Comisión Federal de Comercio de los Estados Unidos (FTC) establece los rangos de concentración de un mercado.

Tabla 10
Niveles de Concentración

Tipo de Concentración	Rango (puntos)
Mercados desconcentrados	$IHH < 1500$
Mercados moderadamente concentrados	$1500 > IHH < 2500$
Mercados altamente concentrados	$IHH > 2500$

Fuente: Comisión Federal de Comercio de Estados Unidos.

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

Además se utiliza el Coeficiente de Gini, como una medida de distribución de frecuencia, el cual se le puede adaptar para identificar cierto grado de igualdad o desigualdad, este índice toma medidas entre 0 y 1; donde 0, significa una perfecta igualdad en la distribución de la variable analizada y 1 una perfecta desigualdad. El coeficiente se lo calcula de la siguiente manera:

$$CG = 1 - \sum_{i=1}^N (X_{i+1} - X_i)(Y_i + Y_{i+1})$$

Donde:

CG representa al Coeficiente de Gini, X la proporción de la población, (que para el caso de este estudio son el número de operadores económicos) Y representa el ingreso

acumulado, que para el caso de este estudio, se basa en el nivel de ingresos operacionales provenientes de las ventas de planes individuales de medicina prepagada por parte de los operadores económicos seleccionados.

Finalmente el índice de Rosenbluth (RHT), incluye todas las empresas de la distribución, tomando en cuenta su posición de mayor a menor, de manera que a mayor número de empresas en el mercado, el valor del índice es menor y también su concentración. El índice oscila entre un valor mínimo de $1/n$ y un máximo de 1 (monopolio). Su cálculo es el siguiente: $RHT = (1 - G)$

En los siguientes apartados se realiza el análisis de concentración, utilizando cada uno de los índices mencionados y de cada operador del sector.

Tabla 11
Índices de Concentración

MEDICINA PREPAGADA				
INDICES	2011	2012	2013	2014
HHI	2364	2091	2067	2200
HHI REFERENCIAL	1111	1111	1111	1111
C3	72	67	67	71
C4	86	82	79	81
GINI	0,495	0,457	0,456	0,484
RHT	0,220	0,205	0,204	0,215

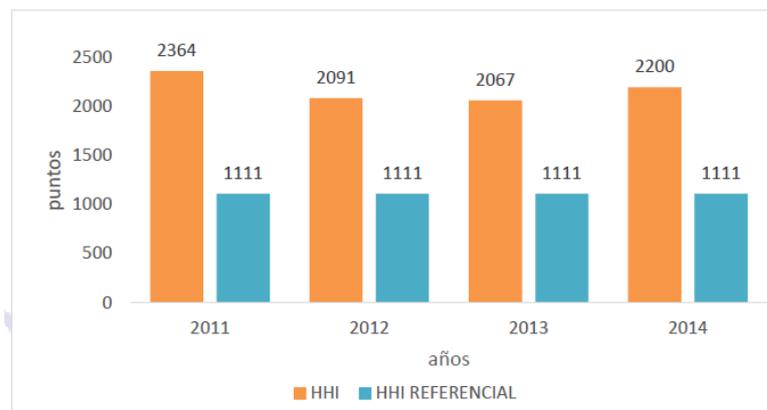
Fuente: Operadores económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

En el Tabla 39, se observa los principales índices de concentración para el sector de medicina prepagada. En el este sector se identificaron 9 operadores económicos, de los cuales cuatro operadores concentran el 81% de mercado para el año 2014. En el caso del índice de Herfindahl-Hirschman (IHH), se tiene como resultado 2200 puntos, que en el mercado se lo considera moderadamente concentrado.

Finalmente el coeficiente de Gini en un rango de 1 a 0, el valor del sector de medicina prepagada es de 0,48, el cual refleja un leve grado de desigualdad en esta actividad.

Gráfico 11
HHI E HHI Referencial



Fuente: Operadores económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

El HHI, muestra que el sector de medicina prepaga se encuentra moderadamente concentrado, tal como muestra el Gráfico 30. Para el año 2014 (2200), el HHI disminuyó en referencia al valor registrado en el año 2011 (2364), evidenciándose una menor concentración, sin embargo aún existe una brecha de 1089 puntos entre el HHI 2014 y el HHI referencial (1111) para el mismo año. Evidenciándose de esta manera que el sector de medicina prepagada un mercado con algunos participantes que se encuentra con una concentración moderada según los resultados obtenido.

Gráfico 12
Índice C3 y C4



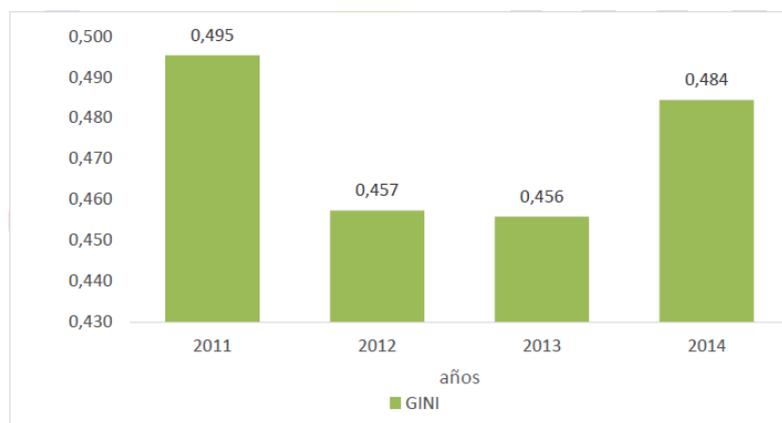
Fuente: Operadores económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

En el Gráfico 31 se presentan los índices C3 y C4; los cuales indican el porcentaje de participación en el mercado que poseen las principales empresas de medicina prepagada. El índice C3 registrado en el 2011 (71%) experimenta un decrecimiento 5 puntos, para ubicarse en 67% en los dos subsiguientes años.

Debido principalmente a la distribución de los ingresos por las ventas de los operadores económicos; sin embargo, para el año 2014, dicho índice se incrementa y alcanza un valor de 71%. Por su lado, el índice C4 se calculó para el año 2011 un 86% de las cuatro primeras empresas del sector, sin embargo para el año 2014 se evidencio una cuota de 81%.

Gráfico 13
Coefficiente de Gini

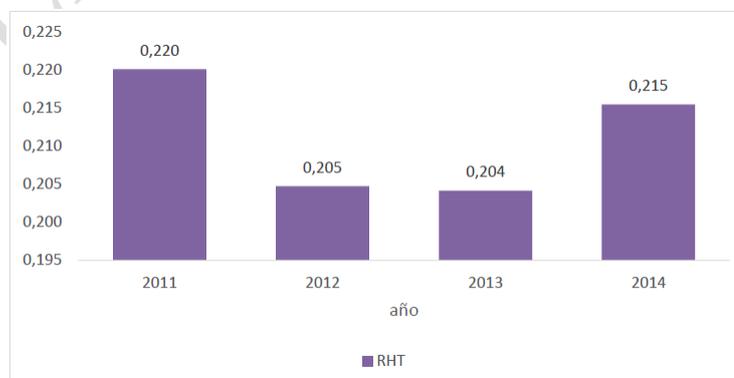


Fuente: Operadores económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

En el Gráfico 32 se observa que el coeficiente de Gini presentó valores de 0,495 y 0,484 en los años 2011 y 2014, respectivamente; evidenciándose el menor índice en el año 2013. Dichos valores muestran una leve desigualdad entre las empresas de medicina prepagada en referencia a la distribución de los ingresos generados en este sector.

Gráfico 14
Índice RHT



Fuente: Operadores económicos

Elaboración: Intendencia de Abogacía de la Competencia.

En el Gráfico 33 se observa el índice RHT, en el periodo de análisis, posee valores inferiores a 1, es decir valores de RHT moderados, dando indicios de que no existe concentración en este sector por la cantidad de participantes.

VERSIÓN PÚBLICA