

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Administración y Economía

**Efecto de la Ley de Medicina Prepagada en las empresas
aseguradoras de salud
Proyecto de Investigación**

María Eduarda Contreras Galarza

Economía

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Economista

Quito, 21 de mayo de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efecto de la Ley de Medicina Prepagada en las empresas aseguradoras de
salud**

María Eduarda Contreras Galarza

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Sebastián Oleas Martin, M.Sc.

Firma del profesor

Quito, 21 de mayo de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Eduarda Contreras Galarza

Código: 00117371

Cédula de Identidad: 1715433643

Lugar y fecha: Quito, 21 de mayo de 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a mis padres y hermano que me brindaron su apoyo en todo momento, me calmaron en mis momentos de estrés y me ayudaron cuando más lo necesitaba. También agradezco a mi familia y amigos por estar a mí lado siempre, especialmente en tiempos difíciles, por enseñarme a nunca rendirme y por confiar en mí. Quisiera agradecer a mi tutor por todos los consejos y ayuda que me ha brindado. Por último, dar las gracias a mis compañeros y profesores por el apoyo y la amistad en estos últimos años.

RESUMEN

Las empresas de medicina prepagada realizan un rol importante en la cobertura de la población y sus condiciones de vida. Este mercado ha crecido en los últimos años y como resultado el Estado ecuatoriano desarrolló normativas para regular y controlar un sector económico cuya demanda experimenta un crecimiento sostenido. Mediante un análisis de discriminación de precios y estática comparativa se va a tratar de demostrar que la Ley de Medicina Prepagada aumenta los riesgos que deben afrontar las empresas de medicina prepagada y aseguradoras que ofrecen asistencia médica creando mayores costos para estas mismas y el cliente.

Palabras clave: Ley, medicina prepagada, discriminación de precios, estática comparativa, salud y Ecuador.

ABSTRACT

Companies of prepaid medicine play an important role in the coverage of the population and their living conditions. This market has grown in recent years and as a result the Ecuadorian State developed regulations to regulate and control an economic sector whose demand experiences sustained growth. Through an analysis of price discrimination and comparative statics, we will try to demonstrate that the Prepaid Medicine Law increases the risks that prepaid medical companies and insurers that offer medical assistance must face, creating higher costs for these and the client.

Key words: Regulation, prepaid medicine, price discrimination, comparative static, health and Ecuador.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 9 |
| Descripción de la Ley de Medicina Prepagada | 11 |
| Discriminación de Precios | 17 |
| Análisis Teórico | 20 |
| Modelo | 21 |
| Estática comparativa | 26 |
| Conclusiones | 30 |
| Referencias Bibliográficas..... | 31 |
| Anexo A: Tablas..... | 33 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Empresas de Medicina Prepagada | 33 |
| Tabla 2: Empresas actuales de Medicina Prepagada. | 34 |

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador la contratación de un seguro no ha sido prioridad para muchas personas ya que prefieren asumir sus propios riesgos y piensan que la probabilidad de que a ellos les ocurra algo es muy bajo. A pesar de esto, el ramo de vehículos es donde la gente está más consiente en adquirir una póliza debido a que un siniestro es más probable que cualquier otro desastre con otros inmuebles. En el mercado ecuatoriano este ramo toma el 23,7% del total de primas emitidas en el 2016 de USD 1.641,55 millones; mientras que asistencia médica tuvo una participación del 4%, (Ekos Negocios, 2017). “Las personas piensan que tener un programa de seguros de varias pólizas es impagable.” (Ramos), esto se debe a la falta de conocimiento sobre los seguros. La información que tienen las personas sobre lo que hace una póliza de seguros es limitado, y los potenciales clientes solo se fijan en cuanto deben pagar y no en cómo se podrían beneficiar en un futuro siniestro.

La comunicación entre el cliente y la empresa de seguros es importante, la falta de ella puede generar inquietudes y sobre todo mal entendimiento al momento de hablar de siniestros. Por un lado, muchas personas no leen completo la póliza y no saben con claridad que les cubre el seguro y que no; al momento de un siniestro la empresa puede negarse a la indemnización y el cliente se puede molestar por ello. Por otro lado, en un seguro de medicina prepagada o asistencia médica, el cliente posee información completa sobre el estado de salud que posee; mientras que la compañía no. En esta situación, en cambio, el consumidor puede aprovecharse de la póliza contratada ya que no reveló sus preferencias completamente.

El 12 de octubre de 2016 se aprobó la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien seguros de salud y asistencia médica. Los principales cambios de las reformas de las leyes de seguros se relacionan con la ampliación de coberturas, eliminación de preexistencias y servicios para los afiliados. Esta nueva Ley aumenta los riesgos que deben afrontar las empresas de medicina prepagada creando mayores costos para estas mismas y el cliente. El

tema es importante para toda empresa aseguradora para visualizar sus rendimientos y poder tomar mejores decisiones a futuro; es por esto que en esta investigación se realizará un análisis de discriminación de precios y estática comparativa para entender mejor los cambios.

Al momento, solo existe una investigación sobre cómo esta nueva regulación afecta negativamente el beneficio social; para lograr esto, la autora Karla Rojas utilizó el análisis de teoría del agente principal y estática comparativa. Como conclusión, encontró que la “ley incurrida por la Asamblea General no es óptima generando costos sociales significativos”, (Rojas, 2017). En esta investigación, solo se considera como los beneficios se ven afectados, por ende, crea un modelo en una sociedad donde las empresas son neutrales al riesgo. En cambio, en esta investigación se utiliza un análisis de la teoría de discriminación de precios y estática comparativa para demostrar los efectos de la ley en las empresas aseguradoras.

DESCRIPCIÓN DE LA LEY DE MEDICINA PREPAGADA

En el estudio “El mercado de seguros y reaseguros en Ecuador” elaborado por el Instituto Español de Comercio Exterior, (Bianchi Calero, 2016), afirman que el país tiene baja cultura en términos de prevención teniendo como resultado un mercado de seguros inmaduro. En el informe se menciona que en muchas ocasiones la contratación de un seguro es por obligatoriedad y no por conciencia sobre los beneficios que conlleva tener una póliza. A pesar de esto, según la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros en la actualidad existen 35 empresas aseguradoras y 2 reaseguradoras; lo cual son muchas para un país pequeño con un mercado inmaduro. Hay que tener en cuenta que 15 de estas ofrecen pólizas de asistencia médica y, adicionalmente, existen 18 compañías de medicina prepagada.

La crisis económica que sufrió el Ecuador durante el año 2016 se reflejó directamente en el desempeño de las primas netas emitidas del mercado asegurador y en el registro de la siniestralidad. Esta crisis implicó una reducción del PIB de -1,5% que afectó al consumo de los hogares, ventas de las empresas, inversión y gasto público, (Ekos Negocios, 2017). Este evento también “incidió en el desempeño de los sectores de la economía real, principalmente Comunicaciones, Construcción, Administración Pública, Alojamiento y Servicios de Comida, Sector Automotor y Comercio, áreas a los que atienden de forma regular las empresas de seguros. no se dio una mayor demanda de los clientes”, (Ekos Negocios, 2017).

En los últimos 12 años, el mercado asegurador ecuatoriano experimentó cambios tanto en las leyes que lo regulan como en la permanencia de las empresas que se dedican a este objeto social. “Con el inicio del proceso post electoral, se debe reducir en cierto grado la incertidumbre en los agentes económicos y, por tanto, debería aparecer mayor inversión y movimiento en la economía ecuatoriana en general y en los sectores claves para el sector asegurador”, (Ekos Negocios, 2017). La nueva administración del presidente Moreno genera incertidumbre por la

nueva ruta económica ya que también afecta el desempeño de las empresas aseguradoras. Con la reciente recesión en el país existió una reducción en los ingresos de los hogares y empresas, esto significa un incremento en la prima por riesgo porque aumenta la disposición de asegurarse, pero su condición económica impide la contratación de una póliza, (Ekos Negocios, 2017).

La ley orgánica que regula a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que ofertan cobertura de asistencia médica (de aquí en adelante se tratará de “Ley de Medicina Prepagada”) se basa principalmente en los deberes primordiales del Estado en la Constitución del Ecuador de 2008. En el Art. 3 de la Constitución se encuentra una serie de deberes que garantizan la igualdad de todas las personas y el goce de todos los derechos establecidos (Asamblea Constituyente, 2008). Por otra parte, se considera que es “necesario que el poder público intervenga para controlar y regular un sector de actividad económica cuya demanda ha experimentado un crecimiento sostenido de prestadoras de servicios de salud y medicina prepagada” (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016).

El objeto principal de la ley de medicina prepagada es regular y controlar el funcionamiento de las compañías que financian servicios de medicina prepagada y asistencia médica para así poder garantizar que se gocen todos los derechos ofrecidos por esta ley a personas naturales y jurídicas. El Art. 4 de la Ley de Medicina Prepagada menciona los derechos que el Estado garantizará para su cumplimiento (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016):

1. Vida
2. Salud
3. No discriminación
4. Atención integral

5. Libre asociación
6. Libre empresa
7. Debido proceso
8. Derechos de los consumidores

Por otro lado, los requisitos mínimos principales para estas empresas son: ser constituidas en el Ecuador y ser sociedades anónimas; su objeto social “será único y referido al financiamiento de los servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias” (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). También, para el sustento de estas compañías, el capital social mínimo suscrito será de USD 1.000.000,00 donde la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros podrá incrementar el monto dependiendo de la sostenibilidad de este sector.

Las fuentes de financiamiento que las compañías obtengan deberán ser por recursos propios, aportes de los afiliados (primas) u otros medios de financiamiento; se prohíbe que el Estado destine sus recursos para financiar a estas empresas, (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). Lo más importante de esta sección es que el Art. 13 menciona que estas “compañías podrán ofertar servicios de salud que sólo podrán ser prestados por terceros prestadores de dichos servicios” (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). El Art.13 se refiere a que la atención recibida será en los centros de salud, hospitales y clínicas constituidas bajo directivos que sean diferentes a los de una empresa de medicina prepagada, pero se podrá crear asociaciones con estas compañías mas no ser dueñas de ambos establecimientos.

En el Art. 15 se encuentran los servicios que deben ser financiados por parte de las compañías los cuales pueden ser obligatorios por ley o según el tipo de contrato que se adquiriera, (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). En esta sección las empresas que

ofrecen servicios de medicina prepagada y asistencia médica no están de acuerdo con las partes obligatorias, como, por ejemplo:

- La atención ambulatoria antes a la ley era cubierta exclusivamente para medicina general y algunas especialidades mientras que ahora se incluye hasta para pacientes que requieran diálisis y hemodiálisis.
- La atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias deberán tener cobertura total; antes estas enfermedades eran excluidas de la póliza.
- Para las personas con discapacidad, la atención y cobertura no se deben negar por medio de un plan de medicina o renovación. Anteriormente las empresas podían no emitir pólizas a estas personas o hacerlo con un costo y coberturas diferentes.
- La cobertura para mujeres embarazadas depende del plan contratado, pero se ha establecido que el periodo de carencia máximo es de 60 días empezando a partir de la fecha de suscripción del contrato. Hay que tener en cuenta de que, si el embarazo se produce en este periodo de carencia, del día 1 al 60, se recibirá atención prenatal cubierto por la empresa, esto antes no se manejaba así.
- En los trasplantes de órganos, se cubrirá la atención y prestaciones que se dará tanto al donante como a la persona que recibe. Esto incluye pre-trasplante, trasplante, post trasplante y complicaciones médicas para ambas personas. Anteriormente el proceso de trasplante era cubierto mas no el pre y post trasplante.
- Las preexistencias ahora deben ser declaradas para que así tengan una cobertura obligatoria de un monto anual de 20 salarios básicos unificados después de un periodo de carencia de 24 meses a partir de la fecha donde se suscribe el contrato.

Por otro parte, esta ley menciona que el precio que se fija en los contratos debe ser de acuerdo con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de

Compañías, Valores y Seguros. Se prohíbe que las compañías efectúen incrementos en el precio de manera unilateral por siniestros individuales mientras el plazo del contrato este vigente, (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). Hay que tener en cuenta de que si las obligaciones y condiciones propuestas por la Ley de Medicina Prepagada no se cumplen existirá sanciones como multas o liquidaciones forzosas dependiendo de la gravedad de la falta. Las multas empiezan con 20 salarios básicos unificados hasta los 60 salarios.

Al final de la ley se tiene las Disposiciones Generales más llamativas donde menciona que las compañías “deberán cancelar o reembolsar a la institución de la Red Pública Integral de Salud, los montos o valores que por atenciones médicas en sus unidades se hayan efectuado a personas que también sean titulares y/o beneficiarios de seguro privado de salud y/o medicina prepagada, hasta el monto de lo contratado”, (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). Esto quiere decir que la nueva ley obliga a las empresas que ofrecen medicina prepagada y asistencia médica que reembolsen al IESS y al Ministerio de Salud cuando sus afiliados se atiendan en instituciones públicas de salud.

Estar afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el Ecuador es obligatorio para todo trabajador, por lo tanto, la atención medica que se reciba en sus establecimientos debería ser cubierta por esta institución estatal ya que cada trabajador y empresa aporta un porcentaje mensual para esta seguridad social. Por último, otra Disposición General importante de esta ley menciona que “las compañías deberán invertir las utilidades netas generadas en cada ejercicio fiscal, (...), en el mejoramiento del financiamiento de servicios de salud”, (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016).

El pleno considera que esta ley fue creada para regular un mercado creciente en el Ecuador donde las empresas manejaban los contratos de medicina prepagada y asistencia médica basándose en siniestros, notas técnicas, costos, demanda y experiencia; (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2016). Las medidas que tomaban antes las compañías para

evitar pólizas no deseadas eran debido a que el riesgo que representaba cubrir una persona con los aspectos antes mencionados era muy alto y los costos que debían incurrir eran millonarios debido a la atención especial que se necesitaría. En base estudios actuariales y tipos de enfermedades se podía definir de mejor manera lo costos que existirían y las utilidades que podrían tener en un futuro.

La vigencia de la Ley de Medicina Prepagada entró en partes, pero al cabo de 180 días esta regiría por completo. El Oficio No. SVS-INS-DNCTSR-2017-00018597-OC la Intendencia Nacional de Seguros listo a 25 compañías que tenían derecho a dedicarse a esta actividad. Para que sigan operando, se les dio hasta octubre 2017 para “adecuar su estructura societaria y reglamentaria, así como su capital, a las exigencias de la ley que regula al sector” (Intendencia Nacional de Seguros, 2017). En este Oficio se menciona las siguientes empresas en la Tabla 1.

Actualmente, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros reconoce oficialmente a solo 18 de ellas. La Asociación de empresas de Medicina Prepagada demandan intervención del presidente Lenin Moreno ya que las disposiciones financieras y el aumento de capital suscrito han provocado que estas empresas empiecen a caer debido a que no pueden sostenerse. A pesar de esto la Superintendencia asegura que estas 7 empresas están en proceso de liquidación por motivos voluntarios mas no por la normativa legal, (El Comercio, 2017). Las empresas actuales de medicina prepagada que se encuentran en funcionamiento se encuentran en la Tabla 2.

DISCRIMINACIÓN DE PRECIOS

La discriminación de precios es una práctica que consiste en “vender diferentes unidades de producción a diferentes precios”, (Varian, 2014). Cuando se trata de una empresa que produce bienes, el costo de proveerlos es el mismo sea la cantidad producida; esto no sucede en una empresa de servicios como lo son las compañías de medicina prepagada y aseguradoras de asistencia médica. Estas son estrategias que utilizan los monopolios o un grupo de empresas con poder de mercado que tratan de establecer precios para obtener la mayor cantidad de excedente de consumidor.

La clasificación entre los diferentes grados de discriminación de precios se debe a Arthur C. Pigou, quien hizo la distinción en su libro “Economics of Welfare” en 1920. Estos tipos de discriminación se diferencian por el grado de información que tiene el monopolista, o grupo de empresas, sobre la disposición máxima a pagar de los consumidores, (Pigou, 2001). El de primer grado es cuando la firma cobra un precio diferente por cada unidad extra del bien para así poner el precio máximo que el consumidor está dispuesto a pagar por esa unidad adicional. Este tipo requiere información perfecta sobre las preferencias de los consumidores y al final la empresa obtiene todo el excedente del consumidor y el peso muerto es igual a 0. El de tercer grado se da cuando existen distintos segmentos de mercado en los que la empresa aplica diferentes precios. Por ejemplo, el cine cobra su boleto diferentes precios a niños, estudiantes y adultos mayores.

El tipo que es importante para esta investigación es de segundo grado, donde el precio por unidad del producto no es constante, sino que depende de la cantidad que compre. El vendedor ofrece distintas opciones de combinaciones del bien o servicio para que así el consumidor escoja según sus preferencias ya que estas no son reveladas en su totalidad. La empresa cobra distintos precios por los mismos productos, pero si algunos consumidores compran la misma cantidad, pagaran el mismo precio. Por un lado, existe la forma ascendente,

mientras más consumas mayor es el precio; y la forma descendente mientras más consumas menor es el precio. La forma ascendente se utiliza en las empresas aseguradoras, esto se debe a que los consumidores de alto riesgo elegirán contratos donde la cobertura es más alta con bajo deducible y prima mayor, pero los de bajo riesgo necesitaran un contrato con menor cobertura, alto deducible y prima más barata.

En el Ecuador las empresas aseguradoras conocen que precios pueden cobrar dependiendo del tipo de consumidor que se presente, pero no es capaz de identificar a simple vista el tipo de consumidor que va a comprar una póliza. A pesar de esto, las compañías pueden aplicar técnicas de autoselección, como una tabla de precios con diferentes beneficios, para que así los propios clientes revelen su disposición a pagar. De esta manera es más fácil identificar el tipo de consumidor con tarifas diferenciadas que son atractivas para solo ciertos grupos de personas y son rechazados por el resto.

En el mercado asegurador la asimetría de información que existe entre las partes involucradas es importante para determinar el precio de mercado. Esta es una falla que pone en ventaja al consumidor ya que tiene mejor información que la empresa aseguradora con respecto a su disposición a pagar o que tan riesgoso es en realidad. El proceso de autoselección ayuda a las empresas a resolver el problema de selección adversa que “se refiere a situaciones en las que un lado del mercado no puede observar el "tipo" o la calidad de los bienes en el otro lado del mercado”, (Varian, 2014). Cuando un potencial cliente desea contratar una póliza de salud es muy probable que trate de mostrarse más saludable de lo que realmente es para así evitar que la prima sea más alta. Por lo tanto, las empresas aseguradoras deben tener mucho cuidado al momento de diseñar sus pólizas para que así los consumidores se autoseleccionen.

Para que los consumidores se autoseleccionen es necesario que las aseguradoras ofrezcan una variedad de contratos que permitan obtener un equilibrio separador. El equilibrio separador quiere decir que “las personas que conforman la parte mejor informada maximizan

su utilidad eligiendo, por su propia voluntad, aquel tipo de contrato que también es satisfactorio para la parte menos informada y que, en consecuencia, produce un resultado socialmente óptimo,” (Vela, 2012). En otras palabras, este equilibrio se obtiene cuando el consumidor, que tiene toda la información, escoge el contrato diseñado por la aseguradora para él y no el de otro tipo de consumidor, así todos están satisfechos. El objetivo de tener distintos contratos es para obtener el mayor beneficio de la poca información que tiene la aseguradora sobre las preferencias de los clientes.

Las empresas aseguradoras consideran dos tipos de consumidores: alto riesgo (H) y bajo riesgo (L), para poder ofrecer diferentes tipos de contratos y tarifas. El consumidor de alto riesgo tiene curvas de indiferencia con mayor pendiente ya que su propensión a pagar es mayor; por lo tanto, cada tipo de cliente puede escoger que contrato es el mejor para sus necesidades. Los contratos ofrecidos con planes tarifados son “discriminación por volumen”: “una primera tarifa que consiste en un cargo fijo bajo y un cargo variable alto, y una segunda tarifa que consiste en un cargo fijo alto y un cargo variable bajo,” (Vela, 2012). Los consumidores de alto riesgo saben que son propensos a tener un siniestro por lo tanto pagan más que los de bajo riesgo para que el seguro cubra este costo. También para que, al momento del siniestro, el deducible a pagar sea mucho menor.

Para esta investigación se asume que alto riesgo (H) es aquella persona que tiene preexistencia. Según la nueva ley de medicina prepagada, a las personas con preexistencias no se las debe discriminar por su condición, por lo tanto, el contrato con la tarifa que se ofrece debería ser el mismo a la tarifa que se ofrece a una persona sin preexistencias. Esto quiere decir que, por tener una preexistencia debidamente declarada, la aseguradora no debe aumentar el costo de la prima para que el seguro lo cubra, ni tener exclusiones. Por ende, de ahora en adelante, la compañía de medicina prepagada podrá ofrecer solo un tipo de contrato para estos dos tipos de consumidores donde los costos para el consumidor sean los mismos.

ANÁLISIS TEÓRICO

Las compañías aseguradoras ofrecen varias pólizas con diferentes coberturas, primas, deducibles y exclusiones. El objetivo de la empresa es brindar contratos atractivos para cada tipo de persona generándoles mayor utilidad comparada a la utilidad de no obtener este beneficio. El principal problema es que la empresa no tiene información completa sobre las preferencias del consumidor, pero el cliente si las tiene. A partir de esto se debe ofertar diferentes opciones para que el individuo elija la adecuada según su probabilidad de siniestro y no escoja un contrato que no le pertenece. Si las pólizas no están bien diseñadas es probable que las personas con mayores riesgos se aprovechen y escojan un seguro que solo beneficie a su persona y no maximice el beneficio de la aseguradora.

En condiciones normales, eso quiere decir sin la ley de medicina prepagada, las empresas aseguradoras usan discriminación de precios de segundo grado para poder determinar las tarifas adecuadas para ofrecer los distintos contratos. Michael Rothschild y Joseph Stiglitz realizaron una investigación visto del punto de vista del mercado asegurador y con un análisis del problema de agente principal para demostrar el comportamiento y la dinámica del mercado, (Rothschild & Stiglitz, 1976). A continuación, se presenta el modelo partiendo de la investigación proporcionada por Stiglitz & Rothchild pero con un enfoque diferente.

Supuestos del Modelo

- Los consumidores saben su probabilidad de accidente y son aversos al riesgo.
- Las compañías de medicina prepagada y aseguradoras que ofrecen asistencia médica son neutrales al riesgo y tienen información imperfecta.
- Ningún contrato tiene excedente de consumidor negativo.
- El mercado de seguros es competitivo, existe libre entrada.
- Los costos son cuadráticos.

Modelo

Considere que el individuo i es averso al riesgo y tiene un ingreso de w_i si es que evita un siniestro. En caso de que un siniestro ocurra su ingreso sería $w_i - d$. El individuo i puede comprar una póliza de seguros pagando a la compañía una prima α_1 a cambio de que la empresa le pague $\hat{\alpha}_2$ si ocurre el siniestro. El ingreso del individuo i sin seguro sería en dos estados, “accidente o siniestro”, “sin accidente o siniestro”, que son $(w_i, w_i - d)$, mientras que con seguro sería $(w_i - \alpha_1, w_i - d + \alpha_2)$, donde $\alpha_2 = \hat{\alpha}_2 - \alpha_1$.

En la transacción de una póliza de seguros existen 2 partes, el que se quiere asegurar, demanda, y la empresa que ofrece este seguro, oferta. “Una persona compra un contrato de seguro para alterar su patrón de ingresos en todos los estados de la naturaleza”, (Rothschild & Stiglitz, 1976). Para esto, w_{1i} es el ingreso del consumidor i cuando no hay accidente y w_{2i} cuando si ocurre un accidente, mientras que las preferencias de ingreso en estos dos estados de naturaleza se describen por la siguiente función:

$$\hat{v}(p, w_{1i}, w_{2i}) = (1 - p)U(w_{1i}) + pU(w_{2i})$$

donde $U(w)$ representa la utilidad del ingreso y p la probabilidad de un accidente. Por lo tanto, un contrato α vale:

$$\hat{v}(p, \alpha) = \hat{v}(p, w_i - d, w_i - d + \alpha_2)$$

De todos los contratos que se le ofrece al consumidor i , este escoge el que maximiza $\hat{v}(p, \alpha)$; siempre y cuando:

$$\hat{v}(p, \alpha) \geq \hat{v}(p, 0) = \hat{v}(p, w_i, w_i - d)$$

Por el lado de la oferta de contratos α que da la compañía de seguros, cuando se vende al consumidor este valdría:

$$\pi(p, \alpha) = (1 - p)\alpha_1 - p\alpha_2 = \alpha_1 - p(\alpha_1 + \alpha_2)$$

Como existe dos tipos de consumidores en esta investigación, alto riesgo “H” y bajo riesgo “L”, las preferencias de ingreso en estos dos estados serían:

$$\hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) = (1 - p_L)\ln(w_{1L}) + p_L \ln(w_{2L})$$

$$\hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) = (1 - p_H)\ln(w_{1H}) + p_H \ln(w_{2H})$$

$$\hat{v}(p_L, w_{1H}, w_{2H}) = (1 - p_L)\ln(w_{1H}) + p_L \ln(w_{2H})$$

$$\hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) = (1 - p_H)\ln(w_{1L}) + p_H \ln(w_{2L})$$

donde $0 \leq p_i \leq 1$ pero $p_H > p_L$. Para esto se crea x_i que es el contrato para el consumidor i , $l_i x_i$ es el costo de cobertura, $m_i x_i$ es el valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora donde $0 \leq m_i \leq 1$, $(1 - m_i)x_i$ consiste en el copago por parte del consumidor y η es la probabilidad de que el contratante sea un consumidor de bajo riesgo. Al siguiente modelo se agrega 2 parámetros adicionales que reflejan el aumento del valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora y la cobertura a personas con preexistencias, β y γ respectivamente, como menciona la Ley de Medicina Prepagada, pero para esta sección ambos parámetros tienen valor de 1 ya que refleja el mercado antes de la intervención del Estado.

El parámetro β se añade al modelo debido a que refleja el aumento del valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora para indemnizar la atención en instituciones públicas de salud. En esta nueva ley es obligación de la compañía aseguradora de salud cubrir la atención recibida no solamente en establecimientos privados sino también en públicos, aunque estos últimos sean gratuitos. Según el texto de la Ley de Medicina Prepagada, las empresas que ofrecen este servicio han experimentado un crecimiento sostenido en los últimos años y es su obligación ayudar en el mejoramiento del financiamiento de los servicios de salud. El parámetro γ también se añade al modelo debido a que refleja la cobertura a personas con preexistencias. Esta cobertura obligatoria consiste en un monto anual de 20 salarios básicos unificados después de un periodo de carencia de 24 meses. Con la nueva Ley, no es posible excluir los servicios que se vinculen con la preexistencia provocando un aumento en los costos que debe incurrir las empresas para poder cubrir estos servicios sin poder cobrar más en la póliza.

A partir de esta breve introducción se tiene la siguiente función objetivo de las empresas de medicina prepagada y aseguradoras que ofrecen asistencia médica:

$$\psi(x_L, x_H) = \eta[\alpha_{1L}x_L - \gamma l_L x_L - \beta m_L x_L] + (1 - \eta)[\alpha_{1H}x_H - \gamma l_H x_H - \beta m_H x_H] \quad (1)$$

con sus respectivas restricciones de participación y de incentivo compatible. Las restricciones de participación garantizan que cada consumidor desea comprar el contrato, esto quiere decir que obtiene un excedente no negativo.

$$\hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L \geq 0 \quad (2)$$

$$\hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - \alpha_{1H}x_H - (1 - m_H)\beta x_H \geq 0 \quad (3)$$

Mientras que las restricciones de incentivo compatibles garantizan que cada consumidor prefiera la combinación precio-cantidad diseñada para cada tipo de consumidor. Esto quiere decir que prefieren su combinación y no la del otro consumidor, no tienen incentivos para escoger el contrato que no fue diseñado para él.

$$\hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L \geq \hat{v}(p_L, w_{1H}, w_{2H}) - \alpha_{1H}x_H - (1 - m_H)\beta x_H \quad (4)$$

$$\hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - \alpha_{1H}x_H - (1 - m_H)\beta x_H \geq \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L \quad (5)$$

Se agrupan las restricciones de acuerdo con el tipo de consumidor y se tiene lo siguiente:

(2) y (4)

$$\rightarrow \begin{cases} \alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L & (2)' \\ \alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L - \hat{v}(p_L, w_{1H}, w_{2H}) + \alpha_{1H}x_H + (1 - m_H)\beta x_H & (4)' \end{cases}$$

(3) y (5)

$$\rightarrow \begin{cases} \alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H & (3)' \\ \alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)\beta x_L & (5)' \end{cases}$$

La firma desea maximizar beneficios, esto quiere decir que quiere elegir la prima para los consumidores de bajo riesgo y alto riesgo, α_L y α_H respectivamente, lo más alto que se pueda. Como existen dos tipos de consumidores, consumidor de bajo riesgo “L” y consumidor

de alto riesgo “H”, se debe elegir una desigualdad del primer grupo y otra del segundo grupo con el fin de que se cumpla:

$$U(W_H) > U(W_L) \rightarrow \forall x$$

A partir de esto, se escoge las restricciones (5)' y (2)' ya que cumple lo mencionado anteriormente:

$$\alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)\beta x_L \quad (6)$$

$$\alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L \quad (7)$$

Al consumidor de bajo riesgo se le cobrará su disposición máxima a pagar ya que, si se le cobra más, no comprará el seguro y, si se le cobra menos, no habrá beneficios para la empresa; esto se ve reflejado en la ecuación (7). El consumidor de alto riesgo tiene incentivos de desviarse por lo tanto se le cobrará el precio máximo que le haga preferir su lote, en otras palabras, que sea indiferente a tomar el contrato de otro consumidor o el suyo. Con el modelo de discriminación de precios de segundo grado se maximiza la función objetivo sujeto a sus restricciones para así obtener las tarifas en equilibrio adecuadas para cada tipo de contrato.

$$\max_{\alpha_L, \alpha_H, m_L, m_H} \eta[\alpha_{1L}x_L - \gamma l_L x_L - \beta m_L x_L] + (1 - \eta)[\alpha_{1H}x_H - \gamma l_H x_H - \beta m_H x_H]$$

S.a.

$$\alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)\beta x_L \quad (6)$$

$$\alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L \quad (7)$$

$$\begin{aligned} \mathcal{L} &= \eta[\alpha_{1L}x_L - \gamma l_L x_L - \beta m_L x_L] + (1 - \eta)[\alpha_{1H}x_H - \gamma l_H x_H - \beta m_H x_H] \\ &+ \lambda_1[\alpha_{1H}x_H - \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) + (1 - m_H)\beta x_H + \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L] \\ &+ \lambda_2[\alpha_{1L}x_L - \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) + (1 - m_L)\beta x_L] \end{aligned}$$

CPO

$$\frac{\delta}{\delta m_L} = \eta[(-m_L')\beta x_L] + \lambda_1[(m_L')\beta x_L] + \lambda_2[(-m_L')\beta x_L] = 0 \quad (8)$$

$$\frac{\delta}{\delta m_H} = (1 - \eta)[(-m_H')\beta x_H] + \lambda_1[(-m_H')\beta x_H] = 0 \quad (9)$$

$$\frac{\delta}{\delta \alpha_L} = \eta[\alpha_{1L}'x_L] + \lambda_1[-\alpha_{1L}'x_L] + \lambda_2[\alpha_{1L}'x_L] = 0 \quad (10)$$

$$\frac{\delta}{\delta \alpha_H} = (1 - \eta)[\alpha_{1H}'x_H] + \lambda_1[\alpha_{1H}'x_H] = 0 \quad (11)$$

$$\frac{\delta}{\delta \lambda_1} = \alpha_{1H}x_H - \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) + (1 - m_H)\beta x_H + \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L \quad (12)$$

$$\frac{\delta}{\delta \lambda_2} = \alpha_{1L}x_L - \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) + (1 - m_L)\beta x_L \quad (13)$$

Si $\beta = 1$ entonces las tarifas en equilibrio serian:

$$\alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)x_L$$

$$\alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)x_L$$

Como resultado se obtiene que la compañía de seguros ofrece al consumidor de alto riesgo la combinación eficiente para este tipo de cliente y queda con un excedente positivo. La tarifa del contrato diseñado para el consumidor de alto riesgo es igual a sus preferencias de ingreso menos el copago según la póliza y las preferencias de ingreso del consumidor de bajo riesgo; esto ayuda a evitar que el consumidor H se desvíe y quisiera el contrato del consumidor L. Para que exista el excedente positivo, la empresa cobra una tarifa menor que su disposición máxima a pagar. En cambio, para la tarifa del contrato diseñado para el consumidor de bajo riesgo, este es igual a sus preferencias de ingreso menos el copago según la póliza.

ESTÁTICA COMPARATIVA

Ahora se puede comparar que sucede cuando agregamos la nueva Ley de Medicina Prepagada al modelo de discriminación de precios. Las empresas de medicina prepagada y aquellas aseguradoras que ofrecen asistencia médica tendrán que ofrecer una sola tarifa para las personas de alto riesgo y de bajo riesgo. Entonces de ahora en adelante el mercado asegurador no podrá discriminar a las personas con preexistencias cobrándoles diferente o cambiando el tipo de contrato para que el monto asegurado sea menos. Como se mencionó anteriormente el agente de alto riesgo, H, es aquella persona que tiene la preexistencia. Según la nueva Ley de Medicina Prepagada, a las personas con preexistencias no se las debe discriminar por su condición, por lo tanto, el contrato que se ofrece debería ser el mismo que el agente de bajo riesgo, L. Por tener una preexistencia debidamente declarada, la aseguradora no debe aumentar el costo de la prima para que el seguro lo cubra, ni tener exclusiones. De ahora en adelante, la compañía de medicina prepagada podrá ofrecer solo un tipo de contrato para estos dos tipos de consumidores donde los costos para el consumidor sean los mismos.

Las consecuencias a estas acciones serían que el precio y la producción cambian por parte de este grupo de empresas cuando se alternan los costes de producción. Esto quiere decir que existirá una reducción en la producción mientras que habrá un aumento del precio. Según la ley de medicina prepagada, el precio y los beneficios del seguro no pueden ser alterados de una persona a otra, por lo tanto, las empresas pueden crear un solo contrato donde se disminuya la producción y aumente el precio para los dos tipos de consumidores antes de que la ley entre en vigencia. Con la ayuda de un análisis de estática comparativa se puede ver cómo cambia la producción del grupo de aseguradoras y medicina prepagada cuando cambian los costes de producción.

¿Qué es la estática comparativa? “Comparativo” significa que queremos comparar dos situaciones: antes y después del cambio en el entorno económico. “Estatica” significa que no estamos interesados en ningún proceso de ajuste que pueda estar involucrado al pasar de una elección a otra; más bien, solo examinaremos la elección de equilibrio”, (Varian, 2014). Este tipo de ejercicio se conoce como estática comparativa, porque implica comparar dos equilibrios “estáticos” sin preocuparse por cómo el mercado se mueve de un equilibrio a otro. En el caso de la investigación, este análisis se va a enfocar en el efecto que tiene la ley de medicina prepagada en el mercado asegurador del Ecuador. Para este caso, los incisos que se toma en cuenta son:

- I. Aumento del valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora (agregar un costo extra para la aseguradora) para cubrir la atención en instituciones públicas de salud.
- II. Cobertura a personas con preexistencias.

En el modelo presentado anteriormente se agregó dos parámetros que reflejan el aumento del valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora y la cobertura a personas con preexistencias, β y γ respectivamente, como menciona la Ley de Medicina Prepagada. La cobertura a personas con preexistencias, γ , no influye en las tarifas de cada tipo de consumidor, pero si afecta directamente a la empresa ya que representa un costo adicional. A partir de esto, para este modelo el parámetro γ es igual a uno mientras que $0 < \beta < 1$ ya que el objetivo del modelo es encontrar la solución optima de las tarifas en equilibrio. A primera vista los parámetros β y γ no tienen un cambio potente para la compañía cuando se trata de solo un contrato de seguros, pero si se junta todos los que una aseguradora tiene, los costos a los cuales se deben incurrir son más grandes y por un tiempo prolongado. Los valores de estos parámetros dependen de qué tipo de preexistencia tiene y con qué frecuencia asiste el asegurado a una institución pública de salud.

$$\max_{\alpha_L, \alpha_H, m_L, m_H} \eta[\alpha_{1L}x_L - \gamma l_L x_L - \beta m_L x_L] + (1 - \eta)[\alpha_{1H}x_H - \gamma l_H x_H - \beta m_H x_H]$$

S.a.

$$\alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)\beta x_L \quad (6)$$

$$\alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L \quad (7)$$

$$\begin{aligned} \mathcal{L} &= \eta[\alpha_{1L}x_L - \gamma l_L x_L - \beta m_L x_L] + (1 - \eta)[\alpha_{1H}x_H - \gamma l_H x_H - \beta m_H x_H] \\ &+ \lambda_1[\alpha_{1H}x_H - \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) + (1 - m_H)\beta x_H + \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L] \\ &+ \lambda_2[\alpha_{1L}x_L - \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) + (1 - m_L)\beta x_L] \end{aligned}$$

CPO

$$\frac{\delta}{\delta m_L} = \eta[(-m_L')\beta x_L] + \lambda_1[(m_L')\beta x_L] + \lambda_2[(-m_L')\beta x_L] = 0 \quad (8)$$

$$\frac{\delta}{\delta m_H} = (1 - \eta)[(-m_H')\beta x_H] + \lambda_1[(-m_H')\beta x_H] = 0 \quad (9)$$

$$\frac{\delta}{\delta \alpha_L} = \eta[\alpha_{1L}'x_L] + \lambda_1[-\alpha_{1L}'x_L] + \lambda_2[\alpha_{1L}'x_L] = 0 \quad (10)$$

$$\frac{\delta}{\delta \alpha_H} = (1 - \eta)[\alpha_{1H}'x_H] + \lambda_1[\alpha_{1H}'x_H] = 0 \quad (11)$$

$$\frac{\delta}{\delta \lambda_1} = \alpha_{1H}x_H - \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) + (1 - m_H)\beta x_H + \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) - \alpha_{1L}x_L - (1 - m_L)\beta x_L \quad (12)$$

$$\frac{\delta}{\delta \lambda_2} = \alpha_{1L}x_L - \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) + (1 - m_L)\beta x_L \quad (13)$$

Las tarifas en equilibrio serian:

$$\alpha_{1H}x_H \leq \hat{v}(p_H, w_{1H}, w_{2H}) - (1 - m_H)\beta x_H - \hat{v}(p_H, w_{1L}, w_{2L}) + \alpha_{1L}x_L + (1 - m_L)\beta x_L$$

$$\alpha_{1L}x_L \leq \hat{v}(p_L, w_{1L}, w_{2L}) - (1 - m_L)\beta x_L$$

El costo adicional de cubrir la atención en instituciones públicas de salud hará que las empresas destinen más recursos al Estado y no a su propio crecimiento. Esto quiere decir que el valor del contrato x_i cubierto por la aseguradora aumentará en $\beta m_i x_i$, donde $0 < \beta < 1$. El cambio se ve afectado directamente en las tarifas para los dos tipos de consumidor, bajo riesgo

y alto riesgo. El copago de los consumidores aumenta provocando que el valor de la tarifa sea reducido, esto quiere decir que el valor de la prima es menor, pero como resultado, el consumidor tendrá que pagar mayor deducible al momento de tener un siniestro.

Por otro lado, si ahora $0 < \gamma < 1$ y β es uno, el aumento en la cobertura a personas con preexistencias provoca que las empresas deban asumir un riesgo aun mayor ya que la probabilidad de que los siniestros ocurran aumentará y estos deberán cubrir como dicta la ley. Esto quiere decir que, como se asumen más siniestros, el costo de los accidentes aumentará a $\gamma l_i x_i$. Algunas empresas realizaron ciertas variaciones en sus contratos nuevos para evitar que este tipo de costos dejaran sin crecimiento ni utilidades. Por ejemplo, Salud S.A dejará a sus clientes corporativos por el aumento de siniestralidad y de costos para la empresa, este cambio fue dado antes de la vigencia de la ley por lo tanto fue totalmente legal, (Ramirez, 2016).

Con respecto a la demanda de seguros, esta incrementará debido a que ahora las preexistencias se deben cubrir, no discriminar, y las tarifas serán menores comparado a los contratos antes de la Ley, aunque con un deducible más alto. Las ganancias de las empresas de medicina prepagada y aseguradoras de asistencia médica serán menores con respecto a la de otros años, esto se debe a que los costos de los siniestros aumentarán, $\gamma l_i x_i$, ya que se asumen más riesgos por las preexistencias y también porque las empresas deben cubrir la atención en instituciones públicas de salud y ayudar en la financiación de los servicios públicos de salud.

CONCLUSIONES

Mediante el análisis de la discriminación de precios de segundo grado y estática comparativa se encontró que la Ley de Medicina Prepagada aumenta los riesgos que deben afrontar las empresas de medicina prepagada y aseguradoras que ofrecen asistencia médica creando mayores costos para estas mismas. Los costos que debe enfrentar el cliente son distintos y exógenos al modelo creado. Esta legislación no solo fue creada para el beneficio del consumidor sino también para el Estado ya que el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) está en problemas.

Los problemas del IESS generaron situaciones difíciles causados por diferentes factores. Los más importantes fueron: cambio de estructura en las tasas de aporte, desconocimiento temporal de la duda de salud, (El Universo, 2018). En 2015 se elimina el aporte anual del 40% por parte del Estado sin sustituir su financiamiento. “Se estableció que el Estado será responsable subsidiario y garantizará el pago del sistema de seguridad social, únicamente cuando el IESS no cuente con los recursos económicos para cubrirlas”, (Ibarra & Corral, 2017). Existió una ampliación de atención de salud a grupos no contributivos. Inclusión amas de casa, conyugues e hijos menores de edad. A partir del 2010, una reforma en la Ley de Seguridad Social implementó que anualmente se debe incrementar las pensiones de los jubilados. (El Universo, 2018).

Las medidas tomadas por el Gobierno de Rafael Correa han debilitado la sostenibilidad de la Seguridad Social y una forma de salvarlo es mediante la Ley de Medicina Prepagada. Para lograr esto, la nueva legislación impone el aumento del copago por parte de la aseguradora para cubrir la atención en instituciones públicas de salud. Esta medida evita que se invierta en la compañía propia ofreciendo mejores servicios e incrementando la competitividad en el mercado asegurador ecuatoriano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vela, L. (2012). Discriminación de Precios. Perú: Universidad Nacional "Pedro Ruíz Gallo".
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2016). 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 asistencia médica. Quito: Editora Nacional.
- Ramírez, S. (7 de octubre de 2016). Firma de medicina prepagada Salud S.A. dejará a sus clientes corporativos. Obtenido de El Comercio: <http://www.elcomercio.com/actualidad/saludsa-clientes-corporativos-medicina-prepagada.html>
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. Quito.
- Intendencia Nacional de Seguros. (21 de julio de 2017). Oficio No. SVS-INS-DNCTSR-2017-00018597-OC. Obtenido de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros: <http://portal.supercias.gob.ec/wps/wcm/connect/530de24d-c8dd-4f23-8e64-bd8f88feb124/document2017-07-21-163606.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=530de24d-c8dd-4f23-8e64-bd8f88feb124>
- El Comercio. (octubre de 31 de 2017). Siete firmas de salud prepagada ya se liquidaron, según gremios. Obtenido de El Comercio: <http://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-medicina-prepagada-liquidacion-iess.html>
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (s.f.). Compañías de Medicina Prepagada. Obtenido de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros: http://appscvsmovil.supercias.gob.ec/portaldeinformacion/cias_medicina_prepagada.zul
- Varian, H. R. (2014). Chapter 26 Monopoly Behavior. En H. R. Varian, Intermediate Microeconomics (págs. 480 - 502). New York: W. W. Norton & Company.
- Pigou, A. (2001). The Economics of Welfare. New York: Routledge.
- Ekos Negocios. (2017). Especial de Seguros 2017.

- Bianchi Calero, M. (2016). El mercado de seguros y reaseguros en Ecuador. ICEX. Quito: ICEX.
- Ramos, H. (s.f.). Luis Salas `Solo 3% de viviendas están aseguradas´. Revista Lideres.
- Rojas, K. (2017). Impacto de la ley de medicina prepagada en el Ecuador. Universidad San Francisco de Quito, Quito.
- Ibarra, R., & Corral, C. (septiembre de 2017). IEES: riesgo de descapitalización y posibles medidas. *Koyuntura* (70), 1-4.
- El Universo. (1 de abril de 2018). Cinco factores nublan el panorama del IEES. Obtenido de El Universo: <https://www.eluniverso.com/noticias/2018/04/01/nota/6693019/cinco-factores-nublan-panorama-iess>
- Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976, 11). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *JSTOR*, 629 - 649.

ANEXO A: TABLAS

Tabla 1: Empresas de Medicina Prepagada

| |
|--|
| 1.- Alfamedical S.A. (Alfa Medical) |
| 2.- Asisken Asistencia Médica S.A. |
| 3.- Best Doctors S.A. Empresa De Medicina Prepagada |
| 4.- Blue Card Ecuador S.A. |
| 5.- Bmi Iguales Médicas Ecuador (Bmi) |
| 6.- Colmedikal Compañía De Medicina Prepagada S.A. |
| 7.- Compañía De Medicina Prepagada Atlanticmed S.A. |
| 8.- Compañía De Medicina Prepagada Inmedical Medicina Internacional S.A. (Inmedical) |
| 9.- Ecuasanitas S.A. |
| 10.- Fondo Alianza Alianpreme S.A. |
| 11.- Horizontes Business Company S.A. (Bellgenica) |
| 12.- Latina Salud Compañía De Medicina Prepagada S.A. Latinasalud (Latinasalud) |
| 13.- Med-Ec S.A. |
| 14.- Medicina Del Futuro Ecuador Medicalfe S.A. (Confiamed) |
| 15.- Medicina Prepagada Cruz Blanca S.A. |
| 16.- Medicina Para El Ecuador Mediecuador-Humana S.A. (Humana) |
| 17.- Mediken Medicina Integral Kennedy S.A. |
| 18.- Plan Vital Vitalplan S.A. |
| 19.- Plus Medical Services S.A. Ecuatoriana De Medicina Prepagada (Plus Medical) |
| 20.- Primepre S.A. |
| 21.- Saludsa Sistema De Medicina Prepagada Del Ecuador S.A. (Salud) |
| 22.- Sermedipre Servicio Medicina Prepagada (EHG Ecuadorian Health Group) |
| 23.- Sistema De Medicina Prepagada Del Ecuador Vidasana S. A |
| 24.- Transmedical Health Service S.A. |
| 25.- Vumilatina Medicina Prepagada S.A. (Vumi) |

(Intendencia Nacional de Seguros, 2017).

Tabla 2: *Empresas actuales de Medicina Prepagada.*

| | |
|-----|--|
| 1. | Asisken Asistencia Médica S.A. |
| 2. | Best Doctors S.A. Empresa De Medicina Prepagada |
| 3. | Blue Card Ecuador S.A. |
| 4. | BMI Iguales Médicas Ecuador (Bmi) |
| 5. | Compañía De Medicina Prepagada Inmedical Medicina Internacional S.A. (Inmedical) |
| 6. | Confiamed S.A. |
| 7. | Ecuasanitas S.A. |
| 8. | Horizontes Business Company S.A. (Bellgenica) |
| 9. | Latina Salud Compañía De Medicina Prepagada S.A. Latinasalud (Latinasalud) |
| 10. | Med-Ec S.A. |
| 11. | Medicina para el Ecuador MedieEcuador - Humana S.A. |
| 12. | Medicina Prepagada Cruz Blanca S.A. |
| 13. | Mediken Medicina Integral Kennedy S.A. |
| 14. | Plan Vital Vitalplan S.A. |
| 15. | Plus Medical Services S.A. Ecuatoriana De Medicina Prepagada (Plus Medical) |
| 16. | Primepre S.A. |
| 17. | Saludsa Sistema De Medicina Prepagada Del Ecuador S.A. (Salud) |
| 18. | Transmedical Health Service S.A. |

(Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, n.d.).