



Escuela Superior Politécnica del Litoral
Instituto de Ciencias Humanísticas y Económicas

ORGANIZACIÓN INDUSTRIAL DE LOS
SEGUROS PRIVADOS DE SALUD PERSONAL:

Caso Guayaquil

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de
Economista en Gestión Empresarial
Especialización Finanzas y
Especialización Sector Público



PRESENTADA POR
Sara Rocío Correa Soto
Isabel Dolores Miranda Quinde
Monica Natali Pilco Galarza



Guayaquil – Ecuador

2004



DEDICATORIA

*A la reina de mi hogar por su fortaleza, sacrificio y dedicación
para que este camino llegue a una de las más importantes fases de mi vida.*

Al poeta guerrero que incorporó mis sueños como suyos

Y le dio luz a lo que yo creí era oscuridad "JLCB".

Sara Rocío Correa Soto

*A los soñadores valientes que se atreven a cumplir sus sueños
con la satisfacción del deber cumplido.*

A mis padres y hermanos

Isabel Dolores Miranda Quinde

*Para los ecuatorianos que soñamos,
queremos y trabajamos por un Ecuador diferente.*

A mis padres y hermana que siempre me apoyaron. Gracias.

Mónica Natali Pilco Galarza



AGRADECIMIENTO

*A Dios por darnos fuerza para no desfallecer
y para seguir por el camino correcto.*

*A nuestros padres y hermanos
por respaldar y apoyar nuestros sueños.*

*A nuestro Director por compartir sus conocimientos
Y guiamos en la realización de esta tesis.*

*A las personas que contribuyeron
con información esclareciendo
conceptos e ideas.*

Sara Rocío Correa Soto
Isabel Dolores Miranda Quinde
Monica Natali Pilco Galarza



DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad por todos los hechos ideas y doctrinas expuestas en este trabajo nos corresponde exclusivamente y el patrimonio intelectual de la misma a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”.

(Reglamento de exámenes y títulos profesionales de la ESPOL)


Sara Rocío Correa Soto


Isabel Dólores Miranda Quinde


Monica Natali Pilco Galarza



TRIBUNAL DE GRADUACION

Dr. Hugo Arias

Presidente del Tribunal de
Graduación

Msc. Xavier Intriago Ruiz

Director de Tesis

Econ. Leonardo Estrada Aguilar

Vocal Suplente

Msc. Maria Luisa Granda

Vocal Suplente



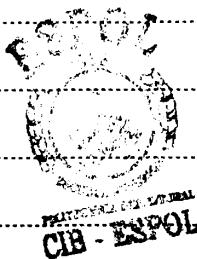
INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	IV
1. MARCO CONCEPTUAL DEL SECTOR SALUD	7
1.1 Regímenes de provisión de servicios de salud	7
1.1.1 Duopolio Privado	8
1.1.2 Oligopolio Mixto	8
1.1.3 Régimen estrictamente Público	9
1.2 Sistema Nacional de Salud	9
1.2.1 Sistema segmentado de salud	11
1.2.1.1 Definición	12
1.2.1.2 Diseño del Modelo segmentado	13
1.3 Sistema de Seguros de Salud	16
1.3.1 Seguro de Salud	16
1.3.1.1 Elementos	17
1.3.1.2 Funcionamiento	19
1.3.2 Financiamiento del Tercer Pagador	19
1.3.3 Características del Sistema de Seguros Privados de Salud	20
1.3.3.1 Incentivos	21
1.3.3.2 Imperfecciones en el Mercado de Salud	23
1.3.3.2.1 Sistema de Salud	23
1.3.3.2.2 Seguros Privados	26
1.3.3.3 Integración vertical	33
1.3.3.4 Modalidades de Pago	36
1.3.3.5 Riesgo Financiero	39
1.4 Regulación de los seguros Privados	41
1.4.1 Principios	41
1.4.2 Segmentación de funciones	42
1.4.3 Tipos de Regulación	43



2	SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS EN GUAYAQUIL	44
2.1	Mercado de Seguros de Salud	44
2.1.1	Demanda	45
2.1.2	Oferta	47
2.1.2.1	Proveedoras de Salud como Aseguradoras	47
2.1.2.2	Instituciones Financieras como Aseguradoras	49
2.1.2.3	Administradora de Seguros como Aseguradoras	50
2.2	Tercer Pagador en el Ecuador	50
2.3	Institucionalidad de los Seguros Privados	51
2.4	Estructura de los Seguros Privados de Salud	55
2.4.1	Diferenciación de Planes	55
2.4.1.1	Número de Planes	55
2.4.1.2	Beneficios	56
2.4.1.3	Cobertura (cobertura máxima)	57
2.4.1.4	Primas y Mensualidades	59
2.4.1.5	Copago	59
2.4.1.6	Exclusiones	60
2.4.2	Análisis de los Componentes del Contrato	62
2.4.3	Oferta Seguros Privados en Guayaquil	64
2.4.3.1	Instituciones Financieras como Aseguradoras	64
2.4.3.1.1	Bolívar Compañía de Seguros del Ecuador S.A.	64
2.4.3.1.2	Generali Ecuador Cia. de Seguros S.A.	66
2.4.3.2	Proveedoras de Salud como Aseguradoras	68
2.4.3.2.1	MED.I.KEN.	68
2.4.3.2.2	Ecuasanitas	69
2.4.3.2.3	Salud S.A.	71
2.4.3.3	Administradoras de Seguros como Aseguradoras	73
2.4.3.3.1	Humana	73
2.4.4	Descripción de la Estructura del Mercado de Seguros	75
2.4.4.1	Condiciones Básicas	76
2.4.4.2	Estructura del Mercado	77
2.4.4.3	Conducta de los oferentes del mercado	81
2.4.5	Evaluación de las características del mercado	82
3	REGULACIÓN DEL MERCADO DE SALUD	87
3.1	Provisión de Salud en el Ecuador	87
3.2	Proceso de Reforma de la Regulación del Sector Salud	91
3.2.1	Sistema Nacional de Salud	92

3.2.1.1	Funciones del Sistema	95
3.2.1.2	Particularidades del Sistema	97
3.2.2	Sistemas de Seguridad Social y de Seguro Privado	98
3.2.2.1	Superintendencia de Seguros Sociales y Privados	100
3.2.3	Análisis de Reforma	101
3.3	Regulación Actual de Seguros Privados de Salud	106
3.3.1	Panorama General de la Regulación en Ecuador	106
3.3.2	Marco Legal del Funcionamiento de los Seguros Privados	109
3.3.3	Costos de la Regulación	112
3.3.4	Incentivos Negativos en el Sistema de Seguros Privados	115
3.4	Modelos de Reforma en los Sistemas de Salud	120
3.4.1	Modelo Americano	122
3.4.1.1	Atención Gerenciada	125
3.4.1.2	Competencia Gerenciada	127
3.4.1.3	Problemas del Sistema	128
3.4.2	Modelo de Aseguramiento Mixto Regulado de Chile	129
3.4.3	Modelo de Pluralismo Estructurado, Experiencia Colombiana	135
3.4.3.1	Diseño de la Reforma del Sistema de Salud	136
3.4.3.2	Problemas del Sistema	142
3.4.4	Lecciones para el Ecuador	143
CONCLUSIÓN		145
RECOMENDACIONES		147
ANEXOS		155
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		169





INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países de América Latina, tal como Ecuador, cuentan con un sistema de provisión mixto, que está conformado por instituciones del sector público y del sector privado como las aseguradoras de salud.

El fuerte desarrollo que ha tenido el mercado de seguros de salud en los últimos tiempos, se ha dado por la labor insuficiente desempeñada por el sector público en el campo de la salud provocando una migración de la población con capacidad de pago, en relación de dependencia o independientes. Dentro de esta nueva forma de provisión se ha buscado evitar incurrir en pérdidas de bienestar producidas por las asimetrías de información o comportamiento estratégico, para ello se ha tomado como referencia estudios que muestran casos teóricos del comportamiento de los agentes que interactúan en el mercado, desarrollando incentivos y formas de regular el mercado para lograr mayor acceso a menor costo.

La población ecuatoriana que cuenta con un seguro de salud privado es aproximadamente del 5,2%; lo que implica que éstos indudablemente tienen acceso



a servicios de salud. La población restante no asegurada debe enfrentar fuertes gastos de bolsillo, 86.29% aproximadamente entre médicos y fármacos.

Nuestro País posee un mercado de seguros relativamente pequeño y no desarrollado, debido a factores económicos; es decir, dada la racionalidad de los habitantes de un país que vive en constante recesión, no crea la necesidad de contratar un seguro de salud para mejorar la calidad de vida y aumentar los años productivos. En consecuencia, las autoridades económicas se han esforzado en mejorar la provisión de servicios realizando una reforma de salud que en primera instancia buscará mejorar la provisión pública y por meta final incluir a los proveedores privados en un sistema integrado.

Sin embargo, es importante conocer las fallas que se pueden encontrar en un mercado pequeño, segmentado y fragmentado, esto se lo realiza a través de un esquema estructura—conducta—desempeño, para de ésta forma buscar los métodos apropiados para el comportamiento óptimo de los agentes. Los integrantes de este estudio son entidades tales como MED.I.KEN, Ecuasanitas, Salud, Humana, Generali y Bolívar, las mismas que fueron elegidas por ofrecer seguros individuales de salud, sea un seguro tipo clásico o medicina prepagada.

Los seguros privados de salud tienen formas diferentes en otros sistemas, según sea el caso tienen fallas generadas por el mercado o el marco institucional en que se desarrollan. El trabajo considera el Modelo Americano, el Modelo de Aseguramiento Mixto Regulado de Chile y el Modelo de Pluralismo Estructurado de



Colombia, por tener características similares al entorno de los seguros privados en Ecuador.

Las aplicaciones de una reforma para originar mejoras en los sistemas de salud dependerá en parte de cómo se formula la regulación a fin de garantizar el acceso a la población, considerando las implicaciones de la experiencia extranjera se puede proporcionar elementos para regular un mercado de seguros de salud.



CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL DEL SECTOR SALUD

En este capítulo presentamos un marco conceptual del sector salud con el fin de tener una visión mas clara de los términos a considerar para el desarrollo de está tesis. El interés de está sección es tomar los elementos que se relacionan con los seguros privados de salud.

1.1 Regímenes de provisión de servicios de salud

De acuerdo con la estructura y el comportamiento de nuestro mercado de seguros, usamos como referencia el documento de Jofre-Bonet (2000): el mismo que estudia la interacción de los proveedores de cuidados de la salud públicos y privados, además de examinar los efectos sobre niveles de calidad ofrecidos y sobre bienestar del consumidor.

Jofre-Bonet presenta tres diferentes escenarios; duopolio privado, el mismo que tiene por objeto maximizar ingresos; oligopolio mixto, en él cual el proveedor



privado ofrece alta calidad y el proveedor público ofrece bienes de cuidados de la salud a bajo costo; y, régimen estrictamente público, que ofrece baja calidad, tratando de cumplir con el objetivo de acceso universal.

1.1.1 Duopolio Privado

Este se presenta por la escasez de un proveedor público; o, como en el caso ecuatoriano de un proveedor público eficiente, las firmas juegan un rol muy importante siguiendo un juego de tres estrategias; primero las firmas deciden si entrar o no al mercado, segundo las firmas que entran eligen el nivel de calidad; y, tercero las firmas eligen cuanto producir, es decir, el tamaño de mercado a cubrir. El objetivo es maximizar su ingreso bajo la restricción de no negatividad, es decir, que no pueden tener pérdidas, de esta forma el duopolio privado busca aumentar la calidad por el precio que cobra, pero no va a asegurar acceso universal; como consecuencia el precio nos llevaría a una auto-selección agrupando a las personas de nivel medio alto y alto, tal como en el caso de las proveedoras, administradoras y financiadoras de salud. Es importante mencionar que se sigue un modelo de duopolio privado por simplificación, ya que el modelo está desarrollado para un número n de firmas.

1.1.2 Oligopolio Mixto

En este tipo de estructura se encuentra una combinación de dos tipos de proveedores de salud, uno público y otro privado. El privado maximiza una función objetivo de sus ingresos; mientras que el público maximiza una función de bienestar social. El proveedor público está sujeto a restricciones tales como acceso universal; que garantiza un paquete básico, cumplimiento de la restricción del

presupuesto público considerando una transferencia dada, finalmente, la condición de no negatividad para los proveedores privados es decir presupuestos balanceados.

1.1.3 Régimen estrictamente Público

Este se trata de un proveedor público monopólico, el cual está interesado en garantizar acceso universal y alcanzar al menos el mismo nivel de bienestar para el consumidor como en un oligopolio mixto, tarea que se complica ya que este es manejado por autoridades estatales bajo una asignación presupuestaria, es decir que resultaría costoso y con bajos niveles de calidad.

De acuerdo al supuesto que señala que el acceso universal es socialmente deseable, Jofre-Bonett, señala que el oligopolio mixto es el régimen que mayor beneficios produce a la sociedad ya que es una fusión de las cualidades resultantes en un régimen público con cobertura universal y con un mínimo de prestaciones y del régimen privado tales como alta calidad y alto rendimiento de los costos. Es importante recalcar que estas características se cumplen completamente sólo bajo el régimen de oligopolio mixto y de acuerdo a la institucionalidad de la región o País en que se aplique.

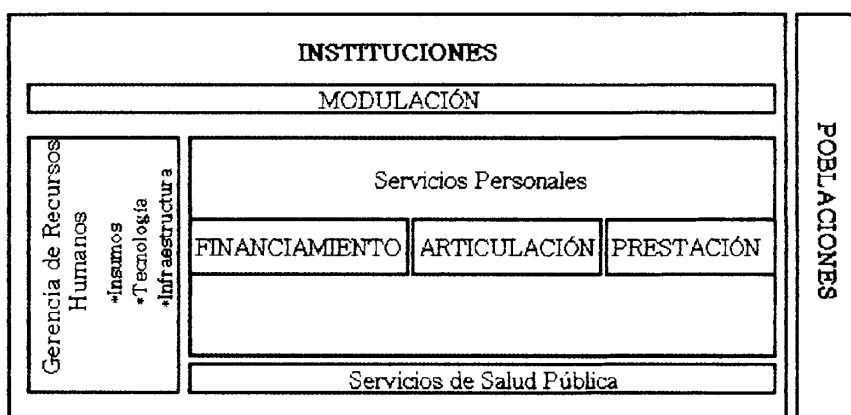
1.2 Sistema Nacional de Salud

Se define como un conjunto dinámico de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales; poblaciones e instituciones. Este sistema cuenta con dos tipos de servicios de salud tales como entrega directa (personales) y por medio de campañas de promoción (públicos). Nuestro análisis se refiere a servicios de

salud personales, refiriéndose al conjunto de acciones tales como prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente al individuo.

Además, todo sistema debe establecer y mantener clara cada una de las cuatro funciones básicas como: modulación, financiamiento, articulación y prestación, ya que en la mayoría de los países se confunden algunas funciones y se distorsiona el sistema y por consiguiente el servicio. Por ello en la siguiente figura se muestran los componentes del sistema de salud y sus funciones.

Figura 1. Componentes del Sistema de Salud



Fuente: Juan Luis Londoño y Julio Frenk

La figura 1. nos presenta los dos elementos esenciales de análisis como poblaciones e instituciones, además otros aspectos como la generación de recursos, que es todo un grupo diversificado de organizaciones que generan los insumos necesarios para los servicios de salud públicos o privados, así como también muestra la posición e importancia de las cuatro funciones del sistema.



Las funciones de financiamiento y prestación son las más conocidas, la primera se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias como hogares y empresas, de fuentes secundarias como gobiernos y por último los fondos reales o virtuales tales como fondos para aseguramiento público, presupuestos públicos y ahorros familiares. La prestación es la combinación de insumos dentro de un proceso de producción de servicios, el mismo que ocurre dentro de una estructura organizacional y genera un resultado.

Otra función importante a veces olvidada o no definida claramente es la función de modulación, la cual implica no solo regulación, sino también establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica.

La última función es la de articulación, ésta se encuentra en un punto medio entre la función de prestación y financiamiento; si es que no ha sido absorbida por una de las dos. También llamada gerencia del consumo de la atención, que es abarcar con la agregación de la demanda y representación de los consumidores.

1.2.1 Sistema segmentado de salud

Para establecer que es un sistema segmentado se deben analizar los dos componentes esenciales, es decir, poblaciones e instituciones en sus dos dimensiones como son la integración y la separación o segregación.

Las poblaciones en lo que respecta a integración es el grado en el que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema, ésta



integración suele llamarse *integración horizontal*; y el extremo opuesto que es la segregación se refiere a las profundas desigualdades que afectan a la región, en otras palabras son los países que segregan a los diferentes segmentos de la población en diferentes organizaciones de atención de salud.

Las instituciones en lo que se refiere a integración incluyen los arreglos para llevar a cabo las funciones de financiamiento y prestación, esto es lo que comúnmente se llama *integración vertical*; y en el extremo se tiene la separación, que es la definición específica de las funciones dentro del sistema. (Ver ANEXO 1A)

1.2.1.1 Definición

Es aquel que segrega a la población, como resultado, no todos tienen acceso a los mismos servicios de atención de salud, adicionalmente integra verticalmente las instituciones, estas desempeñan varias funciones con la finalidad de reducir costos u obtener mayores ganancias.

Este modelo comúnmente se lo conoce por ser una fusión de dos modelos polares, tales como, el modelo de contrato público unificado; en donde interviene el Ministerio de Salud como un monopolio público sin las ventajas del acceso universal y el modelo privado atomizado; donde la mayor parte de la población realiza grandes gastos de bolsillo.

Las principales características de los modelos polares que son parte del sistema segmentado se detallan a continuación:

- **Modelo Público Unificado**

- ★ El estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente, en algunos casos seguridad social
- ★ Integración Horizontal a costa de libertad de elección
- ★ No existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicios.

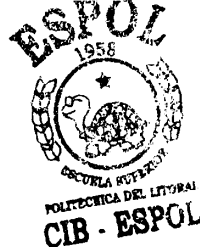
- **Modelo Privado Atomizado**

- ★ Función de financiamiento se lleva a cabo mediante gasto de bolsillo
- ★ Se encuentran múltiples agencias de seguros privados las cuales reembolsan a diversos prestadores.
- ★ En algunos casos se encuentran integrada verticalmente, aunque ésta es una variación de este modelo
- ★ Se divide en dos modalidades: Mercado Libre y Corporatista. La primera para toda la población en general y la segunda para los trabajadores.

1.2.1.2 Diseño del Modelo segmentado

En el diseño del modelo segmentado el Ministerio de Salud se encarga de suministrar servicios personales a los más pobres, así como también programas de salud que benefician a toda la sociedad. El sector privado junto con la seguridad social son los encargados de ofrecer atención de salud a los segmentos de la población con capacidad de pago, la misma que se subdivide en trabajadores formales e informales, asegurados al sector privado o en la seguridad social.

El comportamiento de la población con capacidad de pago, sobre todo aquellos con elevados ingresos, hace que la seguridad social sea considerada



como un impuesto más y no como una prima de aseguramiento, ya que la población paga por el servicio, pero no lo utiliza por la tendencia migratoria hacia el sector privado, en planes de seguros o medicina prepagada.

Este tipo de diseño muestra a las cuatro funciones, modulación, articulación, prestación y financiamiento; actuando de manera independiente entre los diferentes grupos poblacionales, lo que implica que el Instituto de Seguridad Social para su población con capacidad de pago tiende a manejar su propia aplicación de las funciones mencionadas, en muchos casos sin conexión alguna con las medidas empleadas por el ministerio de salud para la población pobre.

La población, con capacidad de pago dividida entre asegurados y no asegurados, está bajo las regulaciones del sector público, siendo estas insuficientes puesto que producen pérdidas por el doble gasto y por escasos servicios ofrecidos por el sector privado, que no cumple con las regulaciones a nivel del sector salud, menos aún, las regulaciones a nivel de aseguradoras.

En el sistema segmentado cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional. Lo anterior no ha permitido aunar esfuerzos y recursos para desarrollar una propuesta nacional de cobertura y calidad de los servicios de salud. (Ver Anexo 1B)

El diseño muestra cómo dentro de un mismo Sistema de Salud las instituciones participan en forma separada para las distintas poblaciones, con



directrices variadas para cada entidad con su grupo poblacional. El ámbito de acción de cada una de las entidades relaciona independientemente las funciones de modulación que es más bien regulación, financiamiento y prestación, olvidando completamente la articulación, limitando así la posibilidad de la participación conjunta de todo el sector salud para las mejoras de la calidad de vida de la población. Estas características hacen que el modelo se lo conozca como Sistema de Integración Vertical con Segregación Horizontal.

Características de un sistema segmentado

- Falta de integración entre sus diferentes subsectores.
- Heterogeneidad en la cobertura real.
- Distancia entre la cobertura real y la teórica se debe a:
 - ★ Ineficiencia del subsector público en la asignación de fondos.
 - ★ Fracción variable de la población cubierta por el seguro social.
 - ★ Segmentación del seguro social en múltiples entidades que comprometen su eficiencia.
 - ★ Escaso desarrollo de los seguros privados a pesar de su expansión.

Desventajas del diseño

- Genera una duplicación de funciones y desperdicios de recursos, especialmente de alta tecnología.
- Conduce a grandes diferenciales de calidad entre los distintos segmentos.
- Existe un traslape considerable de la demanda, esto es porque una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios ofertados por el sector privado o el ministerio de salud.

- No refleja el comportamiento real de la población.
- Es fuente de desigualdad porque el traslape de la demanda es unilateral, es decir, las familias no aseguradas no pueden hacer uso de las instalaciones de la seguridad social., aún con grandes esfuerzos del Ministerio de Salud por focalizar beneficios a la población más pobre.

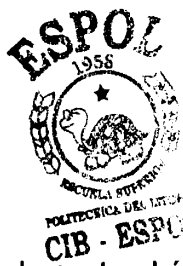
1.3 Sistema de Seguros de Salud

1.3.1 Seguro de Salud

Es un contrato individual o colectivo a través del cual las personas transfieren al agente asegurador el riesgo financiero que implica una eventual pérdida en su estado de salud. La institución aseguradora se transforma en un intermediador o pagador entre consumidores que demandan atención de salud y los oferentes que proveen los servicios de salud que satisfacen la demanda de los consumidores. Los seguros pueden ser públicos o privados y tienen distintas modalidades de implementación. En el seguro público el Estado cumple un rol ejecutor / asegurador.¹

El seguro público administra recursos fiscales y responde a una instancia colectiva mínima que se pretende asegurar bajo responsabilidad del Estado. Los seguros privados como el que ofrecen las instituciones financieras asociados con diferentes clínicas de la ciudad y compañías especializadas en provisión de salud son seguros de gastos de salud, que reducen las fluctuaciones del gasto médico.

¹ Oyarzo, C. y Galleguillos, S. 1995, op. Cit, Documento de Cecilia Ma, Yajaira Rivera, Livia Sánchez



Los seguros de salud tienen fundamentos básicos de acuerdo al sector al que pertenezcan, es decir, el seguro de salud público tiene como principio ofrecer a los beneficiarios servicios de salud mínimos que estén acorde con el perfil epidemiológico de la población, por otro lado, este tiene un componente de solidaridad en el que se va a definir cuanto concede cierto grupo de la población para el bienestar de otro. En los seguros privados de salud el riesgo se asume individualmente y los beneficios se relacionan en forma directa con el monto de pago.

La función relevante del seguro es tomar buenas decisiones respecto a la compra de servicios de salud. Un agente asegurador que se enfrenta a un único oferente está cediendo su derecho a elegir la mejor opción disponible en el mercado y solamente está aceptando lo existente.

El oferente al tener una demanda cautiva tiene pocos incentivos para ofrecer el mejor producto y producirlo a los menores costos. Una solución es que el agente asegurador de salud tenga la opción de compra de servicios de salud, sean públicos o privados, ello implica terminar con la alternativa de la provisión de servicios a través de monopolios privados y desarrollar mecanismos de compra de servicios entre los sectores público y privado.

1.3.1.1 Elementos

El mercado de seguros de salud cuenta con varios elementos, entre los cuales tenemos:

- El Afiliado o usuario; es el beneficiario de la atención de salud.

- Proveedor; es la entidad que ejecuta el servicio de salud.
- Tercer Pagador; se encarga de financiar el servicio de salud.
- Aseguradora, entidad encargada de cumplir el rol de financiadora o de proveedora / financiadora el servicio de salud, según sea la institucionalidad.

La figura 2 nos da una idea de la forma en que interactúan los agentes, así como también nos muestra los diferentes flujos existentes entre cada uno y las características principales del sistema.

Figura 2. Elementos del Seguro de Salud y sus Relaciones



Fuente: Revista Médica del Uruguay

Todos los agentes de los seguros de salud se encuentran en el mercado, los usuarios que son los demandantes de servicios de salud, los mismos que por la aversión al riesgo eligen cualquiera de las opciones de seguros que ofrecen las compañías proveedoras u organizaciones proveedoras, así como también las instituciones financieras, con una opción de última instancia como lo es el tercer



pagador; siendo el financista que hace circular el flujo de dinero en el mercado para así poder cubrir a los demandantes en casos de catástrofes.

En todas las relaciones de seguros nos encontramos con problemas entre los oferentes, demandantes y financistas, quienes tienen intereses contrapuestos y diferentes objetivos. Sin embargo, el éxito de esta relación se basa en que los tres deben al menos compartir un interés u objetivo común tratando de evitar también la información asimétrica y los problemas de la agencia.

1.3.1.2 Funcionamiento

El funcionamiento de un seguro de salud está ligado a elementos tales como:

- Definición clara del siniestro o evento que se desea cubrir con el seguro.
- Ocurrencia incierta o aleatoria del siniestro.
- Probabilidad de ocurrencia sea conocida y libre de los sesgos de selección.
- Probabilidad de ocurrencia exenta de manipulación por parte del asegurado y no sea verificable por parte de la compañía aseguradora.
- Precisar el monto máximo que podría pagar el asegurado (prima y deducible).
- Establecer las coberturas que ofrece el seguro y los porcentajes de reembolso que varían de acuerdo a la aseguradora y al proveedor del servicio.
- Definir las exclusiones, restricciones y benéficos que presenta el seguro.

1.3.2 Financiamiento del Tercer Pagador

El pagador es definido como aquel que se encarga de aportar con la parte económica en la contratación de un servicio de salud. Es decir, que dependiendo



del caso, se puede tener tres tipos de pagadores: (i) El paciente cuando paga sus propios gastos, (ii) Las aseguradoras que asumen el gasto del paciente afiliado, (iii) una mezcla en donde la aseguradora sólo reembolsa una parte del gasto y el paciente asume la otra parte, en este caso tanto el paciente como la aseguradora actúan como pagador.

Por otro lado, éste pagador puede tener diferentes tipos de arreglos institucionales en donde el estado, el empleador e inclusive el proveedor toman la responsabilidad de pagador.

El Tercer Pagador es el financista que se encuentra oculto en el mercado de salud, que sale a relucir en el mercado de dinero para generar rendimientos a las inversiones que éste haga con el fin de aumentar su capital, para de esta forma estar en condiciones de financiar a las compañías aseguradoras en caso de ocurrencia de catástrofes. Es importante señalar que estas instituciones no son aseguradoras de ningún tipo y que su actividad se centra en la generación de dinero a través de inversiones financieras.

Se puede notar que el tercer pagador juega un papel trascendental por llevar gran parte del riesgo financiero, debido a que debe cubrir el valor del servicio médico prestado que puede ser total o parcial.

1.3.3 Características del Sistema de Seguros Privados de Salud

En esta sección mencionaremos en forma general ciertos conceptos teóricos que van a servir como marco referencial para el análisis del comportamiento y la

posición que ocupan en el sistema las aseguradoras. Para esto se dejará claro cuales son los incentivos de los involucrados al estar en este mercado, las imperfecciones, la integración vertical, las modalidades de pago, el riesgo financiero.

1.3.3.1 Incentivos

La interacción de los agentes del mercado privado de seguros generan incentivos que contribuyen al mejoramiento o distorsión de las relaciones, produciendo arreglos institucionales que resaltan los intereses entre las diferentes partes que se mencionaran a continuación.

Afiliado

Considerando que la salud es un bien muy cuidado por todos, ante un mal estado de salud se está dispuesto a realizar los gastos necesarios para la recuperación, entonces, si esos gastos sobrepasan la cantidad de dinero destinado para su cuidado, inclusive el ahorro individual como alternativa, lleva a que las personas enfrenten un riesgo financiero importante por causa de la salud, por otro lado, no se puede eliminar la incertidumbre que el gasto efectivo pueda resultar mayor o menor, que el monto ahorrado.

Pedir préstamos cuando se esta debilitado es dificultoso, dado que el individuo puede no vivir lo suficiente o estar lo suficientemente sano para estar en capacidad de devolver el préstamo. Gastos sustanciales de enfermedades muy severas hacen que el ahorro previsivo sea poco práctico como una medida de protección. La solución natural es asegurarse en contra de la posibilidad de enfermedades por compartir riesgos (agruparse) con otros.



Por todo esto, para una persona adversa al riesgo, especialmente, a la que le disgusta el riesgo, estará dispuesta a pagar por un seguro pues su mayor incentivo es disminuir su incertidumbre y trasladar parte de su riesgo financiero a la aseguradora ya que ellos cubrirán la mayor parte de los gastos (80%) en que se incurra, siempre y cuando, forma parte de la cobertura del seguro. Esto ayuda a los afiliados a suavizar su consumo pudiendo destinar parte de ese dinero a otras inversiones que desee realizar.

Compañía de seguros

El sector privado genera diferentes incentivos, en particular, los que se dan por la aseguradora en el momento que inician sus funciones sabiendo el riesgo que ellos pueden tener. Estos incentivos se explican por la varianza total en el gasto para un asegurador pues va a ser mucho menor que la varianza para cada asegurado individual. Esto les permite diversificar el riesgo entre sus asegurados ya que pueden sacar ventaja de las personas sanas para financiar a los enfermos.

Proveedores de Salud

El principal incentivo para los proveedores de salud se da mediante diversos métodos de pagos y la manera que estos incentivos pueden utilizarse para mitigar problemas reales. Estos mecanismos de pago se definen como la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente de la compañía de seguros.

Dentro de estos mecanismos se encuentra el pago por capitación que se da por grupo de personas a un prestador de asistencia médica que actúa como tenedor



de fondos. Estos a su vez crean incentivos negativos a la oferta pues indiferente del número de consultas el médico recibe el monto acordado con la aseguradora. Cuando el pago es por caso, generan incentivos para reducir los servicios más no el número por caso (si la tasa por caso es superior a los costos marginales). Cuando el pago es por unidad de servicio y el proveedor elige el mix precio- calidad-cantidad a ofrecer, incentiva al médico a ejercer su capacidad de inducir demanda, aumentar o relajar la calidad de prestación e incluso diferenciar precios entre pacientes con el objeto de obtener el mayor beneficio posible.

1.3.3.2 Imperfecciones en el Mercado de Salud

1.3.3.2.1 Sistema de Salud

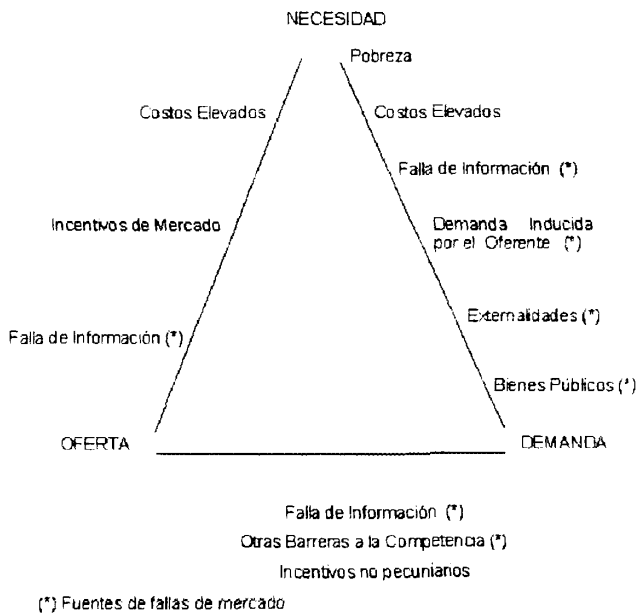
El sistema de salud en países como Ecuador es primariamente de carácter público, con características típicas tales como la de atar financiamiento y producción, ofrecer servicios gratuitos y subsidiar todos los servicios en lugar de priorizar.

El Estado financiador / productor tiene como consecuencia que la población que cuenta con recursos económicos se traslade al sector privado, pero como el gasto en salud de manera individual es muy alto, se lo realiza a través de un seguro de salud, el mismo que si no está regulado de manera eficiente pueden producir diferentes tipos de fallas², así tenemos, descreme de mercado y selección de riesgo, además de las fallas dadas por las asimetrías de información como selección adversa y riesgo moral.

² Falla de Mercado hace referencia a las posibles discrepancias o al desequilibrio entre lo que el mercado provee y los consumidores de servicios de salud, racionales y completamente informados demandarían.

A continuación una forma gráfica de entender el surgimiento de las fallas a través de la interacción de tres elementos como oferta, demanda y necesidad, éste no mostrará que así como oferta y demanda pueden desequilibrarse, también puede no estar balanceada la combinación necesidad y oferta o necesidad y demanda.

Figura 3. Necesidad, Demanda y Oferta de Cuidados de Salud



Fuente: Musgrove (1995b)

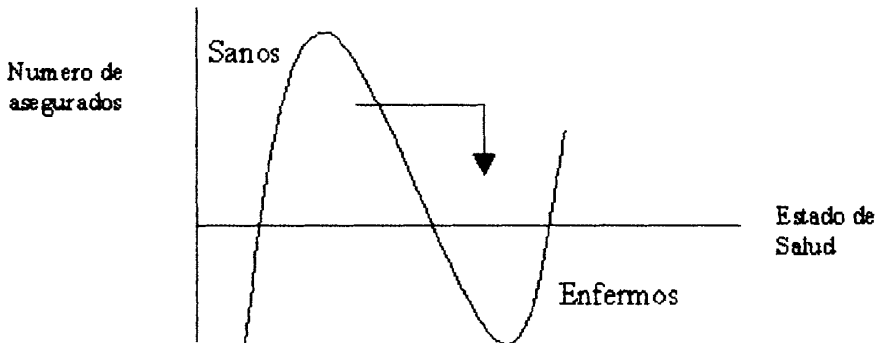
Las posibles fuentes de fallas están dadas por los asteriscos y las más comunes en el mercado de salud son las que se detallan brevemente en las líneas posteriores.

El descreme de mercado se presenta cuando las aseguradoras buscan solo una parte de la población de no tan alto riesgo y de niveles socioeconómicos medio y alto, a la cual le cargan primas con mas riesgo de lo que ellas realmente

representan, de esta forma las aseguradoras aumentan sus probabilidades de incurrir en menores gastos y de un aumento de ingresos, dado no solo por que la aseguradora realice el descreme sino también por que cuando es productora – aseguradora puede invertir su dinero en tecnología, para así proveer mejores servicios y mas eficientemente con altos precios.

Este descreme está estrechamente correlacionado con el ingreso de las aseguradoras, ocasionando pérdidas de bienestar ya que pueden estar enrolando en sus planes muchos individuos sanos, para cubrir solo una pequeña porción de individuos enfermos, que no son de alto riesgo.

Figura 4. Distribución del Riesgo de Salud



Fuente: Autoras

Selección de riesgo, que es la siguiente falla del mercado, va a contribuir a que las compañías aseguradoras puedan protegerse de aquellos individuos muy enfermos y de alto riesgo que pretenden incluirse en planes de aseguramiento de cobertura total diseñados para individuos de bajo riesgo, es decir, individuos que se seleccionan adversamente, ésta es una práctica muy común en países en donde el



marco legal impide hacer diferenciación de primas de acuerdo al riesgo³, por lo tanto se crea esta selección para no enrolar a individuos muy enfermos y de esta forma la aseguradora no va a incurrir en altos gastos.

Las asimetrías de información dadas frecuentemente en el mercado de seguros se relaciona por un lado con el riesgo moral que es el riesgo de abuso que existe por parte del usuario a una compañía aseguradora, esto es muy frecuente cuando el individuo debe pagar poco o nada por los servicios de salud demandados. Y por otro lado con la selección adversa, que es cuando los individuos se seleccionan adversamente en los planes de salud de acuerdo a su riesgo, es decir, que un individuo muy enfermo o de alto riesgo va a buscar aquel plan que le cueste menos y en el que pueda obtener el mayor número de servicios de salud de acuerdo a sus necesidades.

1.3.3.2.2 Seguros Privados

Las imperfecciones de los los mercados de seguros en general presentan algunas características especiales que se detallan a continuación tales como riesgo moral y selección adversa, que se presentan básicamente por la información asimétrica entre las aseguradoras y el cotizante. Posteriormente, analizaremos dos características que se suelen considerar como propias de la competencia entre seguros de salud, la “selección de riesgos “ y el comportamiento de “descreme de mercado ”de las empresas de seguros. En lo que sigue se mostrará que las dos

³ La diferenciación de primas por riesgo no es aceptada ya que sería tremendamente injusto que las personas mas enfermas no tengan solo que sufrir por su enfermedad, sino también tengan que pagar primas mas altas en su plan.



últimas características no son inherentes a los mercados de seguros de salud, sino que se genera por marcos regulatorios que frecuentemente se les impone.

Riesgo Moral

Cuando una persona está totalmente asegurada y no puede ser controlada adecuadamente por una compañía de seguros con información limitada, puede cambiar su conducta una vez comprado el seguro, es decir, esto se da cuando los afiliados a sistemas de seguro de salud por propia decisión (cuando la cobertura del seguro es mayor) o a través de la demanda inducida de los médicos, tienden a cambiar su comportamiento, demandando mayor cantidad de atenciones de salud o mejor calidad de ellas, esto se explica porque al estar asegurado, el individuo tendrá que pagar una menor proporción del precio de las atenciones de salud, ello lleva a un aumento de los costos del sistema privado, conocido como fenómeno de riesgo moral (Aedo y Sapelli, 1999).

El peligro de abuso (riesgo moral) provoca una pérdida de bienestar a la sociedad, ya que el consumo adicional es valorado en menos que su costo, esto se da porque el individuo al tener un seguro enfrenta un menor precio por ellas pues el seguro cubre la diferencia. Sin embargo, al darse cuenta que cambia el comportamiento de este consumidor y por ende de todos los asegurados, debe aumentar la prima para tratar de cubrir el mayor gasto esperado. Si esto continúa, las personas menos riesgosas van a ser perjudicadas pues están pagando una prima muy alta, dado que ellos frecuentemente no hacen uso de este servicio, y va a provocar su retirada, quedándose así, la aseguradora con las personas más



enfermas que tratan de disminuir su riesgo financiero, pues ellos prefieren una cobertura mayor a las atenciones que demandan más riesgos⁴.

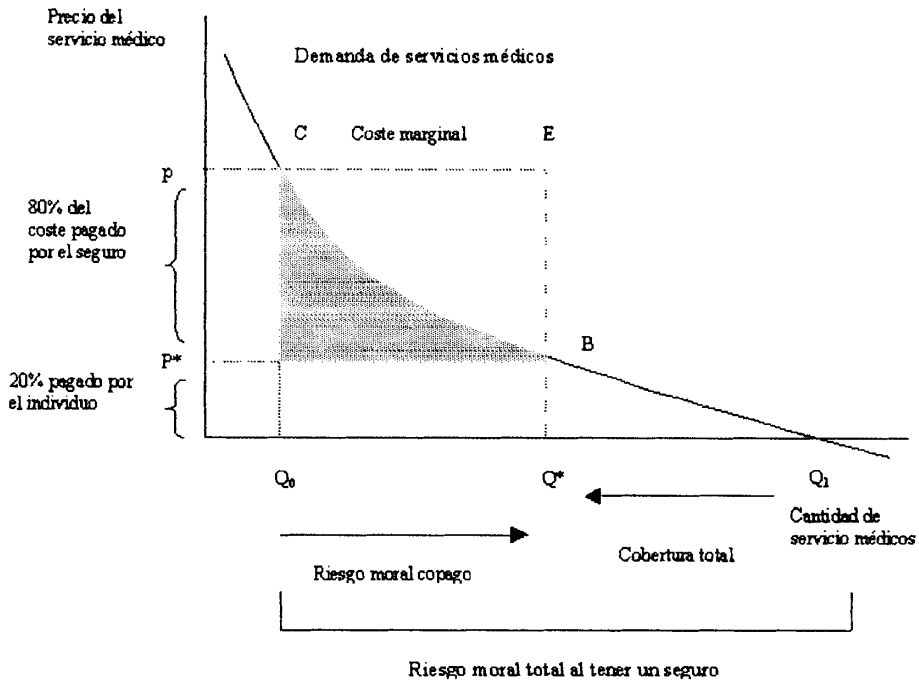
Como consecuencia, las compañías aseguradoras crean estructuras de copagos y deducibles a fin de limitar este tipo de conducta, o trasladan a las primas de seguro el incremento de costos⁵. El propósito de estas estructuras tienen como fin trasladar parte del riesgo al asegurado ya que mediante un sistema de copagos el usuario tendrá que pagar parte del gasto, el mismo que se verá limitado ya que a mayor consumo mayor es el porcentaje que tiene que financiar. En el caso de los deducibles se trata de eliminar de la cobertura, los riesgos pequeños hasta que los pagos con desembolsos directos de dinero alcancen cierto límite. Estas alternativas incentivan a los consumidores a ser más cuidadosos en sus gastos en servicios de salud.

La posesión de un seguro induce a la gente a comprar servicios médicos hasta un punto en el que el rendimiento marginal de estos servicios es mucho menor que su coste social marginal (Figura 5) y compran estos servicios hasta el punto en que el rendimiento marginal es igual a su coste marginal privado, es decir, la cantidad adicional que tienen que pagar, que es una pequeña proporción de los costes adicionales totales.

⁴ En este caso hay selección adversa.

⁵ Una cobertura universal con un mismo precio para todos, puede ser imposible de lograr, o puede no generar réditos suficientes para financiar todo el cuidado de la salud demandado (Summers, 1989).

Figura 5. El Seguro y el coste de los servicios médicos



Fuente: Stiglitz

La figura 5 muestra la curva de demanda de servicios médicos que en este caso será elástica para demostrar el efecto que tiene el riesgo moral con seguros de parcial y total cobertura, además el coste marginal de la provisión de servicios médicos adicionales que para estos efectos será constante y el eje de las abscisas puede interpretarse como la cantidad de servicios o calidad. Esta figura explica el efecto que tiene el riesgo moral al inducir a la demanda los servicios médicos y lo que las aseguradoras consiguen al crear estructuras de copagos y deducibles.

Una persona sin seguro demanda Q_0 a un precio p , mientras que con seguro la mayor cantidad demandada será Q_1 ya que en este punto los beneficios marginales son cero porque se tiene un seguro completo y los clientes no incurren



en costos mayores, por esta razón se incrementa la cantidad de prestaciones por la presencia de riesgo moral al saber que se está totalmente asegurado, y que hay información asimétrica. En cambio cuando la aseguradora decide trasladar parte del riesgo al cliente a través de copagos cubriendo parte del monto (por lo general 80%), expresado en la zona gris, la cantidad de servicios disminuye porque el afiliado ahora tiene que cubrir parte de ese gasto, es decir, paga p^* ya que parte del riesgo le ha sido trasladado. Por lo tanto, el problema de riesgo moral cuando se está asegurado con copago es menor que cuando se tiene un seguro completo.

Selección Adversa

Las personas que compran un seguro conocen mucho mejor su estado general de salud que cualquier compañía de seguros, incluso aunque insista en realizar un examen médico. Como es más probable que las personas enfermas compren un seguro, aumenta la proporción de personas aseguradas que están enfermas, lo cual presiona al alza sobre el precio del seguro, por lo que las personas más sanas, optan por no asegurarse.

El problema de selección adversa se debe a las asimetrías de información entre asegurados y aseguradores. Por el lado de los asegurados, la gente se auto-selecciona en forma adversa a los intereses de los aseguradores. Lo anterior se manifiesta en que los consumidores de alto riesgo tratan de tomar planes de salud diseñados para personas de bajo riesgo los que generalmente son planes con alta cobertura y baja prima. Por el lado de los aseguradores cuando existe cierta información del asegurado que es pública y que sólo genera selección adversa si es que no se permite al asegurador conocerla u ocuparla para la fijación de primas.



El problema clave dentro del mercado de seguros a diferencia de otros bienes o servicios se basa en las características del comprador ya que puede afectar dramáticamente los costos, por ejemplo para las personas de 60 años sus costos son tres veces más altos que las personas de 30 años y dentro de ellos a su vez hay personas que generan mayores costos. Aunque los cambios tecnológicos no generen costos más altos si hubiera la oportunidad de brindarle un mejor servicio al cliente, igual existe selección adversa ya que la empresa considera que todo lo que ofrece, aunque sea más atractivo, igual no se descarta el hecho que vendrán personas con mayor riesgo.

Cuando ésta información es utilizada finalmente por las aseguradoras para fijar primas diferentes según los riesgos de las personas, los usuarios con riesgos mayores pagan primas más altas y viceversa, siendo este punto un tanto razonable porque los que tienen menos riesgos al requerir poca asistencia médica pagan menos por sus gastos. Sin embargo, esto genera ciertas críticas ya que comentan el hecho que las personas enfermas además de padecer la enfermedad tenga que pagar más por ello, es por esto que en algunos sistemas no se permita cobrar a sus asegurados según su riesgo, provocando entonces ciertas fallas como a continuación vamos a mencionar (selección de riesgos y descreme de mercado). Por consiguiente, la selección adversa es tanto un problema de equidad como un problema de eficiencia.



Selección de Riesgo y Descrime de Mercado

Con el objetivo de proteger a los consumidores con mayores riesgos, en algunos sistemas no se permite a las aseguradoras cobrar a sus asegurados según su riesgo, sino en forma pareja a todos, o diferenciando sólo por grupos de edad, sexo, u otras características semejantes. Como se dijo anteriormente, esto va a agravar el problema de selección adversa, ya que los asegurados más riesgosos podrán (y querrán hacerlo) tomar planes con alta cobertura sin pagar más por ello.

Por consiguiente, la combinación de regulaciones que no permiten a las empresas privadas una fijación de primas asociadas al riesgo de los clientes conjuntamente con la actividad de selección por parte de los consumidores, genera un problema de selección de riesgo y descrime del mercado, ya que se obliga a las empresas de seguros a cobrar primas más altas a todos sus asegurados para cubrir el mayor gasto esperado de las personas más riesgosas que tengan en su cartera. Esto a su vez, crea un incentivo a las aseguradoras de atraer más consumidores de bajo riesgo, ofreciéndoles planes de salud más baratos, ya que el gasto esperado por ellos es bajo y por lo tanto existen beneficios económicos, generando selección por riesgos al agrupar este tipo de clientes.

El descrime consiste en que las empresas de seguros tratan de atraer a los consumidores de bajo riesgo y de evitar a los de alto riesgo, mediante mecanismos y discriminaciones poco transparentes. Lo anterior provoca un resultado ineficiente, porque lleva a competir en ese ámbito y no en la disminución de costo, ya que las empresas al atraer personas menos riesgosas no disminuyen el valor de la prima



sino que las mantienen⁶, constituyéndose un incentivo perverso de hacer pagar a los más sanos por la salud de los más enfermos. Este problema no existiría si se permitiera a las aseguradoras cobrar según el riesgo que le representan sus asegurados, utilizando toda la información disponible para fijar las primas.

Es claro que el problema de selección de riesgo y descreme no es inherente al mercado de seguros de salud (como ocurre con el peligro de abuso y la selección adversa), sino que se genera por las regulaciones y estructuras impuestas a él, al impedir el uso de toda la información públicamente disponible para la fijación de las primas. Expertos recomiendan que la solución para evitar el problema de selección de riesgos es mediante un subsidio estatal explícito a las personas de alto riesgo, en vez de la aplicación de subsidios cruzados, con esto, las personas pagarían un monto fijo sin diferenciación por riesgos, pero las aseguradoras recibirían una prima de acuerdo al riesgo⁷.

1.3.3.3 Integración vertical

Este tema tiene como referencia obligada la teoría de Coase (1939) sobre el origen y la naturaleza de la firma. Este análisis ya clásico de la firma valora muy positivamente los procesos de integración vertical. En términos simples, el análisis establece que en determinadas circunstancias el uso del mercado como asignador de recursos puede ser costoso, de manera que puede ser conveniente sustituirlo por un mecanismo o institución más eficiente. Este es el caso de la integración vertical

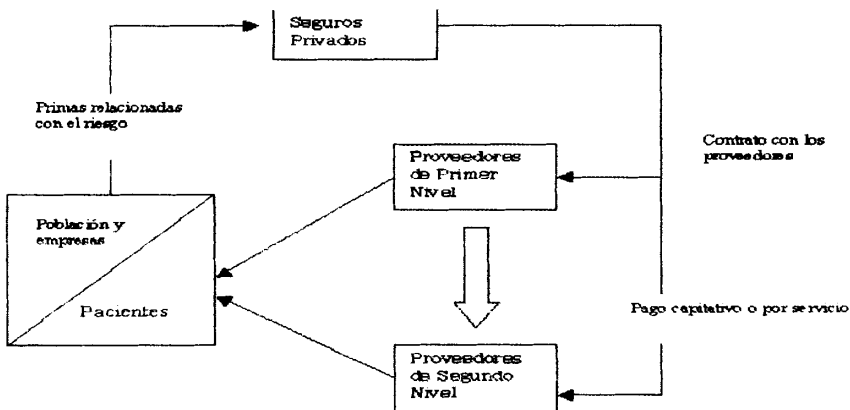
⁶ Caso contrario no sería rentable para las aseguradoras pues al disminuir las primas, ellos asumirían los costos de las personas más riesgosa y probablemente provoque pérdidas para la empresa inclusive hasta el cierre de estas.

⁷ Ver Boletín diciembre 1997, Universidad Católica de Chile (Instituto de Economía - Programa de Economía de la Salud)

que evita incurrir en los costos de usar el mercado fijando los límites de la empresa, ya que define la línea divisoria entre costos internos y transaccionales.

Evidentemente las firmas no siempre se integrarán y no existe una regla operativa que señale en qué caso es más eficiente la integración vertical, por un lado unir organizaciones dispares, para de esta forma ofrecer posibilidades de monitoreo y mejor alineación de incentivos, ésta es una manera de evitar costos pues al estar integrada, dado el poder que tenga en el mercado, puede gestionar descuentos en precios y por ende constituye una alternativa, muchas veces la más eficiente de organización. Por otro lado, puede crear potencial para deseconomías de ámbito pues de sus dos bienes, como son la aseguradora y la clínica, en lugar de disminuir sus costos éstos aumentan porque pueden ser más eficientes al especializarse en un sólo bien.

Figura 6. Seguro Integrado con Integración entre Aseguradores y Prestadores



Fuente: Federico Tobar

En la figura 6 se ilustra la presencia de integración vertical en empresas que juegan el rol de proveedor/ financiador, que es una versión voluntaria de un modelo integrado con servicio provistos a los pacientes, aseguradores competitivos, primas



voluntarias basadas en la comunidad y por supuesto la integración entre ambas partes junto con salarios y pagos prospectivos a los proveedores.

En esta figura se ilustra el esquema que se da en una compañía de seguros que está integrada con la proveedora de servicios de salud, es decir, este juega el rol de prestador/ financiador. Se ha descrito al financiador como proveedor de primer nivel, el mismo que se encarga de los contratos con los proveedores, y prestador como proveedor de segundo nivel, el cual recibe una remuneración a través del pago capitolativo o por servicio.

Este sistema posee un buen potencial para lograr eficiencia micro y macroeconómica porque hay: incentivos competitivos; buenas oportunidades para gestionar la provisión de atención (a través de porteros⁸ y el contrato de empleo); y perspectivas para lograr ahorros administrativos a causa de la integración vertical.

Con un monopolista no regulado no existen incentivos para integrarse a una de las etapas en las que no participa. El único caso cuando hay incentivos para integrarse es donde existe más de un monopolista en la cadena productiva, sólo así es beneficioso.

El análisis de la regulación sobre la integración vertical debe centrarse en los aspectos de exclusión, donde el regulador debe intentar impedir que el dueño de un insumo esencial, favorezca a su filial por sobre los competidores y en desmedro de los consumidores. La regulación a la integración vertical se justificaría en un

⁸ Auditor Médico, realiza un pre-diagnóstico del futuro afiliado.



contexto donde una empresa con poder de mercado, en uno de los eslabones de la cadena de producción, pudiera excluir a los competidores de su empresa filial o relacionada con otro eslabón de esta cadena.

Existen varios problemas de eficiencia asociados a la falta de capacidad de las empresas de seguros para controlar actividades producto de las asimetrías en la información y de la sobre utilización de los servicios de salud. La provisión de los servicios de salud requiere distintas inversiones en términos de su especificidad y distintos grados de monitoreo.

1.3.3.4 Modalidad de pago

La filosofía detrás de las modalidades de pago conocidas como Service Benefit Policies, es que son básicamente mecanismos de contención de costos por el lado de la oferta y la demanda. Por el lado de la demanda, existen tres modalidades de compartir los costos: deducibles, copagos y cobertura máxima. Además de estos tres puntos suelen haber varios tipos de restricciones al consumo o a los gastos, por ejemplo las enfermedades preexistentes, embarazos, etc.

Un mecanismo de pago puede definirse como un tipo de contrato entre dos o más actores, en este caso pacientes, prestadores (médicos y clínicas) y pagadores (aseguradoras) que crean incentivos específicos para la prestación médica y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista. En el caso de los mecanismos de pago a prestadores, éstos sirven para ocuparse de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica entre actores, al definir



reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes.

Las relaciones existentes entre los tres actores del sistema, se encuentran en gran medida determinadas por la diferencia o la concordancia de los objetivos que persiguen y ello se refleja en la modalidad de pago predominante. La forma de contratación de los proveedores resulta de extrema importancia para el seguro, ya que de la modalidad de pago predominante dependerá el mayor o menor riesgo financiero que asuma la aseguradora. Indiferente a la modalidad de pago que se adopte, la dificultad mayor estriba en alcanzar un equilibrio que garantice el bienestar de las tres partes involucradas.

El nivel de remuneraciones puede estar determinado por tres mecanismos: por el mismo profesional; por negociación entre los profesionales –de forma individual o colectiva– y el organismo pagador; o por decisión administrativa del órgano que asume el pago.

Cualquier sistema de reembolso o pago a los proveedores puede en forma sintética caracterizarse en función de dos dimensiones: por un lado la unidad de pago (cuáles son los servicios que se incluyen en el sistema de pago), y, por otro, cómo se distribuyen los riesgos financieros entre el comprador y el proveedor (los mismos que serán detalladas en la siguiente sección). Con relación a la *Unidad de pago*, se clasifican en pago: por capitación, por salario y por servicio o acto.

El pago por capitación, es aquel que tiene por unidad de pago la persona inscrita bajo la responsabilidad sanitaria de un proveedor. Las ventajas de un modelo capitolativo pueden resumirse en la posibilidad de una mayor coordinación de las distintas instancias necesarias para proveer atención a los pacientes, debido a que identifica un responsable de brindar todos los servicios definidos en el contrato. En contrapartida, el pago capitolativo puede incentivar la selección de pacientes en base al riesgo, esto significa que el proveedor selecciona y mantiene dentro de su cobertura sólo aquellos usuarios que tienen una baja probabilidad de utilización y consumo de recursos, dejando fuera de la misma a los pacientes de mayor riesgo.

El pago por salario, la unidad de pago es el recurso profesional en sí mismo. Esta modalidad de pago es fácilmente compatible con un financiamiento prospectivo por asignación presupuestaria porque permite prever con buen nivel de certeza cuál será el monto para el pago de las remuneraciones necesarias por un periodo de tiempo. El pago por salario implica entonces, el pago por el desempeño de una determinada función que a su vez se relaciona con la carga horaria, además, causa en los médicos un incentivo a minimizar costos, esfuerzos o dedicación horaria a partir de ingresos fijos y conocidos. Como ventaja el salario constituye un mecanismo de pago que genera una menor utilización de recursos que el pago por acto y que posibilita la instrumentación de equipos de trabajo.

El pago por servicio, comprende el pago por el acto, en otras palabras, es la fórmula de pago dada en la prestación asistencial individual. Una de las ventajas de este pago es que mejora el incentivo económico al profesional, es decir, que existe un incentivo para el médico a maximizar sus beneficios mediante el incremento de



los actos. Por otra parte, el pago por acto es señalado por la mayoría de los autores como un sistema poco eficiente que estimula la sobre utilización de servicios y el gasto excesivo de recursos.

Las modalidades de organización de pagos de los servicios de salud presentan estructuras heterogéneas, que son relevantes no sólo al momento de considerar cuál es el sistema de financiamiento o quiénes los encargados de la provisión de los servicios, sino también porque ello está asociado con estructuras de pagos de los oferentes y con mecanismos de racionamiento de la demanda.

1.3.3.5 Riesgo Financiero

Considerado como el riesgo de uso del seguro que puede darse o que puede trasladarse tanto de financiador a proveedor como de usuario a financiador y viceversa.

Proveedor

El tema del riesgo financiero se relaciona con la fijación de las tarifas para cada unidad de pago: cuanto mayor es la variabilidad de costos para una tarifa dada, mayor riesgo financiero se trasladará del financiador al proveedor. Por ejemplo, en el caso de un pago capítativo, el mayor riesgo se daría en una situación de tarifa única, donde el precio fuera igual al costo medio. Esta última situación se denomina pago prospectivo puro o sin ajustes. El menor riesgo para el proveedor se daría en una situación donde hubiere tantas tarifas como situaciones planteadas, lo que se produce con mayor renuencia en los casos en que la unidad de pago es por servicio o acto.



El pago a los prestadores privados opera principalmente mediante reembolsos por servicios prestados, modalidad que reduce a un mínimo el riesgo financiero para los proveedores de servicio de salud.

Financiado

Las formas en que el seguro paga al proveedor determinará los distintos grados en que le transfiere el riesgo, éste pago al prestador tiene dos características: dimensión temporal y tipo de unidad de pago.

Dimensión temporal, se da mediante el pago retrospectivo o histórico donde no transfiere riesgo ya que el agente asegurador paga ex post a la prestación realizada, previa presentación de las facturas por el prestador. En este caso el asegurador asume todo el riesgo financiero impuesto por la pérdida del estado de salud del beneficiario. En el pago prospectivo o prepago, el prestador asume parte del riesgo, lo que obliga a proveedores y aseguradores a sesgar la mirada al período futuro.

El tipo de unidad de pago, produce distintos incentivos para controlar costos, éstos pagos son los presupuestos globales prospectivos, los que incentivan a disminuir costos, ya que el proveedor tiene que absorber incrementos de demanda con un presupuesto dado. Pero en caso que disminuya, la demanda incentiva a realizar gastos que muchas veces no tienen una adecuada relación costo / beneficio. En tanto, el pago por prestación induce fuertemente a expandir la oferta, provocando sobre utilización de prestaciones. Otros tipos de unidades de pago son:



el pago por caso o diagnóstico y el pago per cápita, especificando explícitamente su ámbito de responsabilidad, éste último no induce a la expansión de costos.

1.4 Regulación de los seguros Privados

Dada la institucionalidad, fallas e incentivos que presenta este mercado, se hace necesario buscar una vía óptima de regulación considerando los principios y segmentación de funciones. Se define regulación como compensar el efecto económico de las imperfecciones del mercado.

Los incentivos para regular son el mantenimiento de un mercado solvente y el impulso al desarrollo de la industria

1.4.1 Principios

Una regulación adecuada es aquella cuyas intervenciones sobre la actividad regulada se caracterizan por:

- **Pertinencia:** en cuanto cada decisión, norma o política, encuentra fundamento en la corrección de imperfecciones de mercado o en la búsqueda de garantizar acceso a bienes meritorios, tales como las atenciones de salud.
- **Racionalidad:** en cuanto la acción regulatoria, fundada en objetivos claros, es idónea para conseguirlo.
- **Proporcionalidad,** en cuanto existe adecuada relación entre los medios y los fines



- Eficacia, en cuanto se consigue el efecto deseado, y se previenen efectos colaterales o futuros indeseados.
- Eficiencia o costo efectividad, en cuanto los beneficios de la regulación superan claramente a los costos, y de un modo tal que no puede ser superado por la adopción de otro tipo de medida regulatoria.

1.4.2 Segmentación de funciones

La regulación es un proceso complejo que incluye el diseño y la generación de normas, como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación. A partir de lo anterior, es posible distinguir la función normativa correspondiente al diseño y emisión de las normas, de la tarea de fiscalización y control de las mismas.

La función normativa, participa de un doble carácter: político y técnico. Según el primero se recogen las opciones mayoritarias de la sociedad respecto de la materia a regular y se priorizan objetivos. El carácter técnico exige excelencia y versación en el diseño de normas de modo de garantizar que cumplan eficientemente el objetivo planteado.

La función fiscalizadora y de control, es fundamentalmente técnica y apunta a verificar el cumplimiento concreto de lo dispuesto por la función normativa, requiere especialización profesional y probada independencia respecto de los fiscalizados. El ejercicio de la función fiscalizadora es altamente dependiente de la disposición de recursos humanos y técnicos, como también de las atribuciones que las normas confieran al respecto. La función de fiscalización que deriva en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a revisión por los tribunales de justicia,



para garantizar un debido proceso y prevenir tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador.

1.4.3 Tipos de Regulación

La regulación según las fallas encontradas puede ser:

Regulación prudencial es el control y seguimiento de la condición financiera de los intermediarios que administran recursos de terceros.

Regulación de conducta de mercado es la regulación del comportamiento y prácticas de mercado de las empresas, intermediarios y agentes.

Regulación anti-monopolio son las medidas de control que buscan acotar las acciones de los intermediarios financieros que tienen como consecuencia una afectación sustancial de la competencia en el mercado.

Para las diferentes fallas comunes en los mercados de seguros existe un tipo de regulación adecuada, así por ejemplo: (i) asimetrías de información, encontramos dos tipos de regulación prudencial y conducta de mercado, (ii) Poder de mercado, se regula por conducta y anti-monopolio, (iii) Externalidades negativas, regulada generalmente de forma prudencial.



CAPITULO 2

SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS EN GUAYAQUIL

En este capítulo se explicará en detalle, el rol de cumple cada participante al formar parte del Sistema de Seguros Privados en Guayaquil, tanto por el lado de la oferta como de la demanda.

Además, basándonos en la literatura económica se ha elaborado un análisis de la estructura individual de las Instituciones de Seguros de Salud y en general de la Estructura de mercado en el que están inmersos. Finalmente, a la luz de las fallas del mercado se encuentra una evaluación de sus características.

2.1 Mercado de Seguros de Salud

En el mercado de seguros de salud se encuentra tres arreglos de planes de seguros, tales como: pago por servicios (fee-for-service, seguro clásico), planes de Medicina Prepagada (seguros de cobertura total) y planes corporativos, (seguros médicos para empleados)



El Mercado de Seguros en el Ecuador está conformado por tres tipos de arreglos institucionales, los mismos que son instituciones financieras, proveedoras de salud (medicina prepagada) y administradoras de seguros como aseguradoras, cada una de estas ofrece seguros individuales y corporativos.

Nuestro estudio se basa en seguros individuales tanto de instituciones financieras, medicina prepagada y administradora de seguros que cuentan con planes sin reembolso ni deducibles, y planes con copago y deducibles.

2.1.1 Demanda

El mercado ecuatoriano de seguros es pequeño y poco explotado, especialmente el mercado de seguros de salud, el mismo que está repartido en el sector público por todos los trabajadores formales que destinan⁹ el 9.35% de su sueldo por concepto de seguro al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con el fin de recibir entre otras cosas atenciones de salud. En el Sector Privado, en cambio, la demanda está conformada por el 5.2% de la población que adquiere seguros de salud tanto individuales como corporativos y son representadas por los 3 tipos de institucionalidad expresadas previamente.

El Sector Público es deficiente y genera altos costos de transacción, por lo que los afiliados lo consideran como un impuesto más y no como un seguro de salud. La población está conformada por un 60% de pobres, lo que hace que el uso de seguros privados se limite a un pequeño sector que se encuentra en un nivel socioeconómico medio alto y alto.

La cultura de aseguramiento en el Ecuador no está muy difundida por una razón fundamental que es el factor económico, ya que la mayoría de estos seguros son poco alcanzables para aquellos que cuentan con un salario básico o pertenecen al sector informal de la economía, tomando en cuenta la racionalidad del individuo, éste va a preferir poco consumo presente en salud prefiriendo mayor consumo en otros bienes¹⁰, postergando así y valorando menos el consumo de cuidados de salud.

Además, como es frecuente se tiene el hecho de que muchas veces las personas pagan una prima y no requieren atenciones de salud durante ese período, por lo que se sentirán estafadas y engañadas por el asegurador, creyendo así que la inversión en un seguro es una pérdida de dinero, ya que el costo de oportunidad de éste puede ser mayor en otra actividad, esto hace que el individuo no elija otro seguro adicional voluntario al que tiene a través del sector público, IESS.

La demanda de seguros se ve afectada también por la situación de la economía nacional, ya que si se está en época de auge, en donde hay una gran oferta de trabajo y un individuo puede obtener hasta dos y tres trabajos al mismo tiempo, de tal manera que necesita ser productivo, teniendo un mayor desgaste de energías y posiblemente deterioros en su estado de salud, va a buscar la forma de prevenirse contra los riesgos financieros que puede producir por un mal estado de su salud, contratando seguros privados, para así evitar las pérdidas de bienestar producidas por los sistemas públicos y sus largas filas para ser atendido.

⁹ De acuerdo a un mandato de la Ley



En contraste con la economía en auge, dentro de una economía de recesión, los recursos monetarios son altamente valorados y una unidad adicional tiene grandes efectos en utilidad, por lo que se va a preferir no consumir un seguro de salud, ya que se tiene un solo empleo, y los consumos se hacen por prioridad o preferencia, es decir que los individuos van a preferir alimentación, vestimenta y educación a salud de buena calidad, esto por que en caso de emergencia o catástrofe pueden acudir al sector público y sus instituciones.

2.1.2 Oferta

A continuación se detallará el rol que cumple cada tipo de oferente divididos en tres tipos de institucionalidades mencionados en la primera parte de este capítulo.

2.1.2.1 Proveedoras de Salud como Aseguradoras

En Guayaquil tenemos tres principales instituciones que ofrecen planes de medicina prepagada, estas son, Med.I.Ken, Ecuasanitas y Salud. De las cuales dos de ellas cuentan con planes que funcionan con el sistema de reembolso por el gasto.

Med.I.Ken y Ecuasanitas en sus planes de cobertura total funcionan con sistemas de cheques, en el cual el usuario debe adquirir la chequera por un determinado valor, para de esta forma cancelar sus consultas médicas, también se

¹⁰ Se considera otros bienes a los alimentos, vestimenta, diversión y educación.



emplea bonos si son consultas especializadas u operaciones. Por otro lado Ecuasanitas en su plan azul emplea el sistema de reembolso a sus afiliados.

Salud S.A. por su parte cuenta con un sistema de ordenes de atención médica que se lo cancela en sus establecimientos, y éste es valido para cancelar una parte de la consulta, ya que la otra parte la cancela Salud S.A. directamente al establecimiento, sin embargo también usan el sistema de reembolso con los establecimientos aliados.

Estas Proveedoras funcionan bajo un plan de cobertura total con deducible cero, a diferencia de un caso especial del sistema pago por servicio, en el que el afiliado paga una cuota mensualmente y acuerda con la aseguradora cierto número de beneficios y los montos que se cubren de acuerdo al plan.

Es interesante recalcar que los planes de las instituciones de medicina prepagada son establecidos por los montos que cubren y no por los servicios que ofrecen, de tal forma que un individuo que sólo necesita ser cubierto por una determinada actividad de atención a la salud¹¹, como por ejemplo atención primaria, debe pagar por un plan total. La diferencia entre planes de estas aseguradoras está dada por la clínica, centro médico o doctor con el que se va a tratar y la categoría en que se encuentre.

¹¹ Las actividades de salud se clasifican en curativas que incluyen actividades primarias, secundarias y terciaria; Actividades preventivas tales como inmunización, nutrición y administración vitamínica y detección de enfermedades; y Actividades de Promoción, control en el comportamiento personal y control de riesgo ambiental.



2.1.2.2 Instituciones Financieras como Aseguradoras

Existen dos tipos de Instituciones Financieras como los son Generali y Seguros Bolívar. Se encasillan en esta categoría ya que ninguna cuenta con centros médicos propios y se realizan reembolsos después de ocurrido el siniestro.

Estas instituciones que se conforman bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Bancos, trabajan con un sistema de reembolso por el gasto o servicio en salud, éstas normalmente ofrecen lo que se denomina un Seguro Clásico, que es aquel que cuenta con deducible, copago y limitaciones de cobertura.

El deducible es la suma anual del gasto, que en casos de ser menor al deducible establecido no es cubierto por el seguro, es importante señalar que dependiendo del plan y de la aseguradora estos gastos pueden ser acumulables para así lograr el deducible contratado. El copago es el factor de reembolso que se pacta al momento de firmar el contrato, éste va a depender del tipo de plan y de la enfermedad.

Las limitaciones de cobertura se dan normalmente porque el seguro no debe pagar por enfermedades o accidentes provocados en cierto periodo que en el contrato se especifica como periodo de carencia. Otro tipo de limitaciones en nuestro medio son las enfermedades preexistentes, congénitas o catastróficas si no ha cumplido el plazo que la aseguradora establece.



2.1.2.3 Administradora de Seguros como Aseguradoras

Este tipo de instituciones trabaja como un intermediador entre el asegurador y el usuario, ya que su trabajo consiste en gestionar todo lo referente al seguro de salud. En Guayaquil, Humana es lo más cercano que tenemos a una administradora de seguros, debido a que no cuenta con centros médicos propios y sólo trabaja con sus propios médicos clínicos. Cabe recalcar que ésta es una aseguradora, que actúa entre proveedor y asegurado con sistema reembolso, copago y cero deducible.

Estas instituciones no son aseguradoras propiamente, por lo que su actividad principal y sus ingresos se generan por la gestión que realiza entre asegurado y proveedora, tales como recordatorios de pagos, estados de cuentas, realización de citas con doctores, asesoría sobre médicos, etc.

2.2 Tercer Pagador en el Ecuador

En el mercado de seguros de Guayaquil, el papel de tercer pagador, definido como el financista que va a prestar dinero a las aseguradoras en caso de que ésta tenga que cubrir alguna catástrofe a sus usuarios, está dado por las mismas instituciones que ofrecen seguros, ya sea instituciones financieras, proveedoras de servicios de salud o administradoras de seguros, lo que hace que su comportamiento se distorsione dándole mayor poder de negociación, de tal forma que el usuario y los proveedores tengan que aceptar sus condiciones en una negociación.



Cuando hablamos de las proveedoras de salud, el papel de tercer pagador lo realiza la misma proveedora tal como en el caso de Med.I.Ken, que es la que va a financiar a sus usuarios en caso de que a éste le ocurra una catástrofe con la tasa de interés del mercado. Por el lado Ecuasanitas, Salud y Humana, juegan el papel de tercer pagador, financiando ciertas atenciones a sus usuarios y por la forma mixta en que están constituidas estas compañías no se dedican a una sola actividad.

Del lado de las instituciones financieras tenemos que Generali, Bolívar juegan el papel de tercer pagador, ya que su naturaleza financiera hace que el dinero de los usuarios sea invertido en el mercado financiero para de esta forma aumentar sus ingresos y poder cubrir a los usuarios.

2.3 Institucionalidad de los Seguros Privados

La institucionalidad del mercado de salud ésta dado por el artículo 45 de la constitución¹², además por leyes como la Ley del Sistema Nacional de Salud, Reglamento a ésta ley, Ley General de Seguros, Ley de Medicina Prepagada, Código de Salud, Reglamento de Servicios de Salud Privados, entre otros.

La ley del sistema Nacional de Salud nos da la pauta para la regulación del sistema incluyendo sus funciones y sus entidades adscritas, como se específico este sistema está encaminado hacia la provisión pública de servicios de salud, razón por la que las entidades privadas se acatan a su propio reglamento, así como

¹² Artículo expresado en la sección 3.2.1 Sistema Nacional de Salud.



también las aseguradoras, las mismas que en muchos casos omite el cumplimiento de la ley para mayor libertad de financiamiento y mejores ganancias.

El mercado de seguros de salud en el Ecuador, es un mercado poco desarrollado y no organizado, con muchas falencias en la parte administrativa y de atención de salud. Por otro lado está conformado por instituciones públicas y privadas con / sin fines de lucro, las mismas que brindan cuidados de salud en establecimientos propios o en establecimientos aliados a ellas.

Los seguros de salud público, están dados por monopolios, ya que, de acuerdo al código laboral es obligatorio para todos los empleados en relación de dependencia afiliarse a un Instituto de Seguridad Social, aportando mensualmente el 9,35% de la base salarial. Estos seguros son ofrecidos por tres grandes instituciones de acuerdo al sector en el que el individuo se encuentre laborando, así tenemos: IESS, para todos los dependientes de empresas públicas y privadas; ISSFA, para todos los empleados de las Fuerzas Armadas; ISSPOL, para los empleados de la Policía Nacional. Estas instituciones producen grandes pérdidas de bienestar, ya que son autónomas pero administradas por una Junta Directiva la cual es presidida por el representante del Gobierno Nacional de turno, el mismo que en la mayoría de los casos no hace una inversión rentable de los recursos, de tal forma que no puede generar mayor dinero, y se le hace imposible dar un servicio de calidad a bajo costo y con tecnología actualizada.

La ley que se encarga de regular al sistema público de aseguramiento es la Ley de Seguridad Social, la misma que en los últimos años ha sido objeto de



reformas. Esta establece los beneficios, forma de actuación, derechos y obligaciones de los afiliados, además está dirigida a regular las acciones de salud y la utilización del dinero de los afiliados.

Dadas estas características de los seguros de salud públicos, en las últimas décadas, los individuos se han visto en la necesidad de buscar un seguro de salud privado que cubra con sus expectativas de costos, calidad y confianza.

Estos seguros privados pueden ser ofrecidos por dos tipos de arreglos como son: seguros clásicos privados de atención de salud y medicina prepagada. Los primeros son ofrecidos por instituciones financieras tales como Generali y Bolívar; los de medicina prepaga por compañías tales como Salud, Humana, Med.I.Ken y Ecuasanitas. Cada uno de estos seguros puede ser ofrecidos a compañías (seguros corporativos) y a los usuarios o beneficiarios (seguros individuales)

Las instituciones financieras están bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Bancos y regidas por la Ley General de Seguros, lo que nos indica que estas instituciones tienen regulaciones y acciones correctivas de acuerdo a su comportamiento, enfocándose básicamente a la parte administrativa y financiera, estableciendo los parámetros a seguir para los contratos de seguros en general, la forma de constitución de una institución financiera y normas básicas para los establecimientos de póliza y tarifas. Pero esta regulación no se enfoca en ningún aspecto en lo que se refiere al cuidado de la salud o a una canasta mínima base que todos sus planes deben ofrecer.



Las proveedoras y administradoras de salud, que ofrecen medicina prepagada, tienen otro origen y forma de constitución, esto es debido a que, éstas por su lado se encuentra regidas bajo la Superintendencia de Compañías ya que se conforman como una compañía anónima en la mayoría de los casos. Estas rinden ciertos informes y estadística para instituciones como el INEC y el Ministerio de Salud Pública pero no tienen un ente regulador que les establezca las bases de actuación compitiendo no sólo por precios, sino también, por calidad.

Las compañías proveedoras deben cumplir con un requisito adicional como es el permiso de funcionamiento que debe ser concedido por el ministerio de salud pública, como lo declara la ley que regula el funcionamiento de la medicina prepagada en su artículo cuatro.

Los contratos de las instituciones financieras, proveedoras y administradoras son establecidos basándose en el título del contrato de seguro del código de comercio. Las anomalías de estos contratados, así como las inconformidades justificadas de los clientes pueden presentarse en la Intendencia de Seguros para las Instituciones Financieras y en la Tribuna del Consumidor para los contratos de Medicina Prepagada.

Dada la falta de preocupación y carencia de liderazgo de los gobiernos de las últimas décadas, especialmente, en la generación de políticas y directrices claras para el funcionamiento de los seguros de salud, es que la administración, regulación y calidad en los establecimientos públicos y privados ha decrecido en gran cantidad. Además, las diferencias en la formación, utilización y distribución de los recursos humanos del sector como la persistencia de condiciones de trabajo que



no favorece su desarrollo se traduce en una baja cantidad de la prestación directa de los servicios de salud a la población y crea la necesidad de regulación y orientación en la parte médica, de tal forma que se pueda ofrecer en todos los casos al menos un estándar base de cuidados de salud.

2.4 Estructura de los Seguros Privados de Salud

El comportamiento de los seguros privados está ligado a una serie de elementos tales como los planes que ofrecen, la cantidad de información que tenga una parte con respecto a la otra, la modalidad de pago a los prestadores ya que éste afecta a los incentivos en la atención. Por todo esto es importante conocer los componentes que este tipo de contratos posee.

2.4.1 Diferenciación de Planes

El contrato de seguros según las disposiciones establecidas en la Ley de Medicina Prepagada y la Ley General de Seguros debe contener los siguientes elementos. (Ver ANEXO 2A)

2.4.1.1 Número de Planes

Los planes tienen como finalidad ofrecer alternativas a las personas interesadas en acceder a algún tipo de prestación de salud en alguna entidad dedicada a esta actividad. La diversidad de planes debe contribuir a este objetivo por lo que en Guayaquil se presentan en las entidades los siguientes planes.



Las Financieras, Generali y Bolívar, se caracterizan por ofrecer planes nacionales e internacionales, pero en cuanto a su mayor nivel de especialización Generali se dedica a planes internacionales y Bolívar a planes nacionales.

La administradora, Humana, presenta dos modalidades de planes, Metrohumana y PractiHumana, ambos se dividen en un plan estándar y un plan especial, al mismo tiempo estos se diferencian por las características de sus prestadores, es decir, en cuadro cerrado (prestador aliado) y en cuadro abierto (libre elección del prestador)

Finalmente, tenemos a las proveedoras de salud como Med.I.Ken. el mismo que cuenta con planes familiares que se diferencian por monto de cobertura, Ecuasanitas con cuatro planes que son: Azul, Total, Ambulatorio y Hospitalario, por último Salud S.A. es el que presenta mayor número de planes, cuyos diez niveles dependen de la categoría de los establecimientos afiliados.

2.4.1.2 Beneficios

Los beneficios de las aseguradoras se dividen en Ambulatorio y Hospitalarios. Entendiéndose por ambulatorio como aquellas prestaciones de corto tiempo y hospitalarios a aquellas prestaciones que requieren internación en una clínica, hospital o centro médico.

Las financieras en el campo ambulatorio se caracterizan por ofrecer diagnóstico por imágenes, exámenes clínicos, farmacias, se diferencian por el tratamiento del SIDA, ya que en Generali, lo cubre luego de dos años de contrato con la institución, en Bolívar únicamente los ofrecen en el Plan Internacional. En el



campo hospitalario ambas compañías ofrecen internación por accidente o maternidad, la diferencia se da porque Bolívar, acepta la donación de transplante y la cirugía estética solo en casos de accidentes, entre otros beneficios.

La administradora, en beneficios ambulatorios cuenta con farmacia, medicina alternativa, gastos médicos de recién nacido, exámenes auxiliares o diagnóstico y atención ambulatoria. Por el lado de los beneficios hospitalarios implica, maternidad, internación y rehabilitación, entre otros beneficios.

Los proveedores, ofrecen los siguientes beneficios ambulatorios: consulta ya sea especializada o en medicina general, exámenes de laboratorio, imágenes y diagnósticos, farmacia. Las diferencias entre las compañías se da porque Med.I.Ken y Ecuasanitas proporcionan la quimioterapia en sus planes y por otro lado Salud y Med.I.Ken dan servicios de medicina alternativa con un número limitado de prestaciones. En relación con los beneficios hospitalarios todos ofrecen cirugías y maternidad. Med.I.Ken adicionalmente ofrece fisioterapia y rehabilitación, además de hospitalización sin cirugía.

2.4.1.3 Cobertura (cobertura máxima)

Cada plan tiene un tipo de cobertura con relación a los beneficios que se ofrecen en cada uno, es necesario diferenciar el deducible del monto. El deducible tiene valor cuando entra en vigencia el contrato lo que significa que la entidad comenzará a cubrir toda prestación a partir de dicho valor; aquí existe una cobertura máxima en que el afiliado puede acceder para satisfacer sus necesidades de salud. El monto es el tope del plan que el afiliado considera va a gastar en el tiempo del



contrato siendo esa su cobertura máxima, en algunas entidades esta cobertura no tiene límites en cuestión de la prestación de servicios. El contrato es de duración anual.

La cobertura de los seguros de salud está en función del tipo de seguro que ofrecen las compañías, es decir que la dividimos en deducible, para las compañías que ofrecen seguros clásicos y en monto para las de medicina prepagada, así como también se establecen las coberturas o montos máximos que cubrir los seguros de salud.

Las financieras ofrecen diversos deducibles, así tenemos que en la categoría seguros internacionales Generali ofrece desde USD500 hasta USD50, 000, por el lado de los seguros nacionales ofrece un deducible único que es de USD 5,000, Bolívar por su parte, cubre el mismo deducible para seguros nacionales e internacionales, la cobertura máxima es de USD 60,000 en un plan nacional y USD 2,000,000 en un plan internacional. En Generali y Bolívar la cobertura es de USD 1,000,000 en todos sus planes.

Los deducibles de *Humana*, en sus dos diferentes planes, PractiHumana y Metrohumana, van desde USD 3,000 hasta USD100, 000 y desde USD 4,000 hasta USD12, 500. La cobertura máxima está dada en función del plan contratado.

Las entidades *proveedoras de salud* tales como Med.I.Ken ofrece montos de cobertura desde USD 5,000 hasta USD 50,000, Salud S.A. dentro de sus diez niveles, los montos van desde USD3, 000 hasta USD 50,000, Ecuasanitas en los



cuatro planes que ofrecen sus montos son variados¹³. La cobertura o tope máximo de gastos para un afiliado en estas compañías no es establecido, lo que se considera sin límites de servicios, es importante aclarar que se da este comportamiento por ser medicinas prepagadas.

2.4.1.4 Primas y Mensualidades

La prima y mensualidad son los pagos que deberá cancelar mensualmente el afiliado para poder acceder a los servicios de salud. Por lo general el pago debe ser anticipado ya que en caso de retraso no se cubrirá la prestación en dicho tiempo.

La prima, se aplica en las instituciones financieras y la mensualidad, en las proveedoras de salud y administradora. Esta diferencia se da porque las primeras se constituyen como aseguradoras, mientras que las segundas como empresas de medicina prepagada, en el caso de la tercera se comporta como una administradora de fondos. Este pago se determina según el monto o deducible del plan y el perfil del afiliado; para esto se considera la edad y género, donde la tendencia radica que a las personas de mayor edad y los recién nacidos el pago es superior incluyendo en ello también el riesgo de salud para el género femenino.

2.4.1.5 Copago

El copago disminuye la protección del ingreso ante riesgos financieros. Para disminuir el problema del peligro de abuso se puede efectuar controles de costos por el lado de la demanda lo cual incentiva a que los consumidores sean cuidadosos

¹³ Ecuasanitas no proporciono información sobre los montos de los diferentes planes que ofrecen



en sus gastos en servicios de salud. El copago difiere según el beneficio sea ambulatorio u hospitalario dentro de algún plan de salud.

Las instituciones financieras, poseen dos modalidades de plan como el Nacional e Internacional. En los beneficios Ambulatorios Generali da un mayor copago a los internacionales con relación a los locales; mientras que Bolívar presenta tarifas establecidas para cada beneficio en sus planes. En los beneficios Hospitalarios Generali da cobertura total en el Internacional y solo un 90% en el Nacional; Bolívar da mayor preferencia a su cuadro cerrado que al cuadro abierto.

La administradora, presenta una compleja distribución de copago en los cuatro planes ofrecidos. En beneficios ambulatorios de los planes de Metrohumana y Practihumana la modalidad de cuadro cerrado tiene mayor copago que el cuadro abierto o libre elección. En beneficios hospitalarios en ambos planes la cobertura es total en cuadro cerrado y en cuadro abierto un 70%, con relación a la maternidad dependerá del plan y tarifa fijada para dicha prestación.

2.4.1.6 Exclusiones

La naturaleza del contrato de una empresa de Medicina Prepagada o de una Aseguradora es pactar con el afiliado en un contrato de adhesión, las cláusulas preestablecidas por la entidad, en el caso de las entidades de Medicina Prepagada el contrato debe de ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública, a diferencia de las Financieras donde son ellas las que establecen y ejecutan el contrato. Previa a la contratación del plan, cualquier entidad anticipa las exclusiones o restricciones de la prestación del servicio de salud, para ello se refieren a enfermedades, límite de



edad o restricción de prestación conviniendo en que momento se realiza la cobertura.

Una de las exclusiones más comunes en los contratos efectuados por instituciones financiadoras, administradoras y proveedoras de salud, es la restricción de acceso a las personas que presenten enfermedades preexistentes antes de celebrar el contrato.

Las instituciones financieras consideran un límite de edad para ingresar a cualquier plan, es decir, personas que oscilan entre los 55 a 60 años. La atención preventiva no será cubierta en ningún caso, refiriéndose a los exámenes de laboratorio o diagnóstico en donde se especifica que si en caso de resultar saludable dicho gasto no será cubierto. Generali restringe el acceso a personas con enfermedades congénitas y Bolívar no cubrirá gastos en medicina alternativa.

La administradora, no cubre el seguro en los casos de transplante de órganos y restringe el acceso a las personas con enfermedades congénitas. Otro limitante es la atención preventiva en donde no se cubrirá los gastos por exámenes de rutina.

Las proveedoras de salud Ecuasanitas y Salud no realizan la cobertura con relación al transplante de órganos y la ortopedia, a demás limita el acceso a personas que hayan contraído el SIDA antes del contrato y no se especifica si será cubierto el tratamiento aunque se haya adquirido durante el contrato. Med.I.Ken es



cauteloso con las personas mayores a 60 años a quienes los tienen bajo auditoría médica. Ecuasanitas no realiza cobertura en medicina alternativa

2.4.2 Análisis de los Componentes del Contrato.

Las instituciones financieras, proveedoras y administradoras como aseguradoras ofrecen una gran heterogeneidad de planes individuales de seguros de salud dificultando al demandante la elección del plan y de la aseguradora prescindiendo de información necesaria para realizar una adecuada discriminación entre los mismos, y aunque fuese así, no es claro que tal variedad de planes sea fuente de las mayores ganancias de bienestar que generalmente se asocian al disponer de un espectro más amplio de alternativas de elección.

Todos los elementos que se detallaron previamente son parte del análisis para establecer una diferenciación de planes y analizar si ésta perjudica o no al usuario, si se provee de la información suficiente para realizar una adecuada elección o que factor es el que tiene mayor influencia al momento de tomar una decisión.

Dada la racionalidad económica de los Guayaquileños y además tomando en cuenta el factor salarios, la decisión de un seguro de salud está dada en función de que tan económico es y cuánto provecho podrá sacarle al seguro. De esta forma cuando una persona va adquirir información sobre los seguros que ofrece el mercado se puede encontrar con que le ofrecen un seguro económico que no cubre mayores beneficios o un seguro exageradamente costoso, que si no cubre el siniestro, el deducible no podrá ser cobrado. Por lo tanto no hay incentivos de



comprar un seguro y cuando se compra es por obligación o por que realmente considera que es una persona muy riesgosa y necesita del seguro.

En el campo de los beneficios todas las aseguradoras ofrecen similares servicios, básicamente y todos se manejan bajo reglas de juego similares, sin embargo, muchas de estas compañías lo que hacen es ofrecer a sus clientes con mayor o menor riesgo, una amplia gama de beneficios sin tomar en consideración que el afiliado los necesite o no, ó si el plan que se ofrece va de acuerdo con el perfil epidemiológico, es decir, que el individuo va a pagar por servicios que realmente él no necesitará. Además que las diferencias de los planes están dadas por los montos que cubren, de manera que se establecen niveles en la atención de acuerdo al médico y a su categoría, dentro de todo esto sigue la interrogante del valor de la prima, ésta es establecida sólo por factores sencillos como lo son la edad, sexo, género y monto del deducible, sin hacer un estudio actuarial donde se consideren frecuencias de usos, costos y factores epidemiológicos.

Todas las características de nuestro mercado no lleva a concluir que aun cuando los planes tienen diferentes montos a cubrir, éstos realmente no se diferencian, ya que ofrecen los mismos servicio en todas las áreas, con las mismas exclusiones y no se considera el posible perfil que pueda tener un afiliado. En Guayaquil, no se puede hablar de una verdadera diferenciación, menos aún de beneficios obtenidos por ésta, ya que las necesidades de los afiliados no están completamente cubiertas o son cubiertas de manera incompleta.



2.4.3 Oferta Seguros Privados en Guayaquil

El poder de mercado esta asociado a la participación de cada empresa, para estos efectos se analizará con detalle como están estructuradas las compañías de seguros en Guayaquil, dicho análisis será interpretado a la luz del marco teórico previamente expuesto.

2.4.3.1 Instituciones Financieras como Aseguradoras

2.4.3.1.1 Bolívar Compañía de Seguros del Ecuador S.A.

Esta entidad se constituye como una compañía de seguros de sociedad anónima registrada en la Superintendencia de Bancos y Seguros, la misma que regula sus actividades administrativas al igual que la Intendencia de Seguros en cuanto a contratos se refiere, entre la compañía y el afiliado. Por todo esto, la institución financiera reporta anualmente los Balances de Pérdidas y Ganancias a la Superintendencia de Bancos y Seguros con el fin de llevar a cabo el seguimiento de sus actividades y como respaldo su base de datos.

Seguros Bolívar no tiene círculo de prestadores ya que es una financiera como tal y cubre el monto del seguro al usuario a través de reembolso los mismos que dependerán del tipo de cobertura. Este a su vez, capta el dinero de los usuarios a través de primas que son calculadas tomando en cuenta la Tabla Metropolitana o en casos especiales la Tabla Harvard cuando es por petición del usuario pues este conoce del tema. Dentro de esta tabla la principal información a considerar es la edad, género y por supuesto, el tipo de plan elegido.



Las modalidades de pago que esta institución emplea para los proveedores dependerá del tipo de plan y de los beneficios que se acceda, por ejemplo, cuando es ambulatorio, el pago se lo hace directamente al afiliado ya que este presenta las respectivas facturas, en cambio en el servicio hospitalario, el pago se hace por acto, es decir, por el servicio brindado a la clínica o al hospital donde se trató. Por todos estos aspectos se menciona que Seguros Bolívar juega el rol de tercer pagador al realizar este tipo de pagos al cliente o al proveedor (Ver ANEXO 2B)

En caso de sobrepasar la cobertura del plan, esta entidad financiará al afiliado bajo cierta selección, dependiendo de su perfil para que pueda ser negociable. Hay ciertas exclusiones dependiendo del tipo de seguro y de la información que tenga la aseguradora acerca del usuario que son considerados para el financiamiento si el cliente pertenece a algún broker¹⁴ u otra aseguradora que les pueda proporcionar suficiente información para cerciorarse si el solicitante del crédito es solvente o en términos de salud es riesgoso o no.

A la luz de las fallas de mercado, dados los planes que ofrece y las exclusiones especialmente, se presente un problema de selección de riesgos y descreme de mercado porque ellos tratan de cubrir en su mayoría enfermedades de bajo costo ya que enfermedades preexistentes no consideran al igual que servicios de prevención. Existen muchas trabas para dar reembolsos pues excluyen muchas posibles enfermedades, limitando a los más riesgosos a elegir un plan de este tipo.

¹⁴ Compañías de reaseguros que actúan como administradoras



2.4.3.1.2 Generali Ecuador Compañía de Seguros S.A.

Se constituye como una compañía de seguros de sociedad anónima que forma parte del Grupo Generali, una aseguradora de trayectoria internacional en cincuenta países. En el exterior trabajan con *Europ Assistance* que ofrece servicios de asistencia global en viaje. Posee un reaseguro en Perú y los factores que determinan el deducible y la prima se fijan en el exterior. Esta compañía financiera ofrece variedad de seguros entre ellos los seguros individuales o corporativos de salud. La Superintendencia de Bancos y Seguros regula sus actividades administrativas y la Intendencia de Seguros, los contratos entre la compañía y el afiliado. Con relación a la calidad de las prestaciones no hay un ente regulador.

La característica del contrato de seguro es el deducible al cual puede acceder el afiliado si sus gastos de salud lo superan. A menor deducible mayor prima, debido a que el afiliado puede llegar con frecuencia al deducible. Este tipo de contratos son más para siniestros de gastos de salud altos como es la atención hospitalaria. La inclinación de uso de las prestaciones es más hacia los beneficios hospitalarios en especial a los de maternidad.

GENERALI, ofrece dos planes bajo la modalidad de Internacional y Local. Ambos brindan cobertura en Colombia, Ecuador y Perú, su diferencia radica en el evento, en el plan internacional si el evento ocurre varias veces en el año se acumula el gasto incurrido y si rebasa el deducible se accede a la cobertura. En el plan local, si el gasto por evento no alcanza al deducible de una sola vez entonces no se accede a la cobertura. Esto puede llevar a pensar que es mejor un plan internacional que un local ya que hay flexibilidad en los gastos de eventos que



ocurren durante el año, pero con relación a la prima anual es más accesible el plan local (Ver ANEXO 2C)

Es notorio que no hay acceso a cobertura si el gasto de los eventos no llega al deducible, esto genera incentivos hacia la demanda inducida ya que el afiliado puede estar consumiendo servicios que no son necesarios para su estado de salud, en otras palabras, no hay un control costo - efectividad con respecto a la prestación y el mejoramiento del estado de salud del afiliado.

Esta institución se limita a la declaración de salud realizada por el afiliado, la misma que queda en sus archivos, por lo tanto el poder de información recae en las proveedoras de salud, sin embargo el poder de administrar la prestación queda en la compañía.

El perfil del afiliado corresponde a una persona de bajo riesgo de salud, de tal manera que la tasa de uso en servicios es menor con relación a una persona de mediano riesgo, excluidos de cualquier plan debido a que poseen enfermedades preexistentes o congénitas las cuales no están cubiertas según el contrato de seguro. Estas características conllevan a un descreme de mercado generando buena rentabilidad financiera y captando en gran parte a gente sana y joven excluyendo gente con deficiencias de salud; en otras palabras los sanos financian a los enfermos.

Para los prestadores la modalidad de pago empleada es mediante el pago por caso cuyo propósito es generar eficacia por acto médico, sin embargo, la



tendencia de uso de los beneficiarios es hacia la atención hospitalaria y acumulación de gastos de eventos.

2.4.3.2 Proveedoras de Salud como Aseguradoras

2.4.3.2.1 Med.I.Ken.

Está constituida como una compañía de Medicina Prepagada bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Compañías. Es un caso particular en el mercado ecuatoriano ya que es la única entidad afiliada a un sólo proveedor como la Clínica Kennedy, presentando integración vertical¹⁵ pues juega dos roles al ser productor / financiador, es decir, ofrece seguros y al mismo tiempo provee servicios de salud, limitando al usuario su capacidad de elección (Ver ANEXO 2D)

Otro motivo importante para pensar que hay integración vertical es debido a su infraestructura, registrada como *Teoton Inmobiliaria*, ya que alquila a gran cantidad de doctores un espacio diseñado específicamente para consultorios, además de venderles la franquicia que lógicamente incluye el prestigio que la Clínica tiene en la ciudad de Guayaquil. Restringe la autonomía ejecutiva¹⁶ de los médicos, sin embargo, pueden coexistir con la autonomía¹⁷ clínica.

Es notorio, que la clínica tiene ahora un alto poder de negociación ya que paso de agente a principal, pues anteriormente las aseguradoras transaban con la clínica precios más bajos para su grupo de asegurados; y ahora como ellos ofrecen

¹⁵ Véase Coase (1939)

¹⁶ Autonomía ejecutiva: son los doctores que trabajan independientemente en sus consultorios.

¹⁷ Autonomía clínica: se le llama a los doctores que forman parte de la institución.



seguros imponen el precio y dan preferencia a sus clientes, en caso de congestión de las atenciones médicas, lo que lleva a considerar que genera altas ganancias integrarse de esa forma pues ellos brindan un mayor paquete de servicios con bajos costos de producción.

Las modalidades de pago que esta entidad utiliza se la denomina pago por servicio o por acto a través del uso de chequeras y bonos a los médicos que conforma la Clínica Kennedy. Los gastos que excedan los límites establecidos en cada plan no serán financiados por Med.I.Ken y correrán por cuenta exclusiva del titular del contrato, en ese momento el riesgo financiero será trasladado al afiliado.

A la luz de las fallas de mercado dado que al poseer toda la información de los clientes se podría incurrir en selección adversa ya que excluyen enfermedades preexistentes, siendo un camino para la selección de riesgos porque ya no es atractivo para las personas más riesgosas. En Medicina Prepagada no se presenta riesgo moral ya que es limitado a través de los métodos de pago, esto ocurre por lo general en las instituciones financieras a pesar de haber un copago se cubre el 80% del gasto.

2.4.3.2.2 Ecuasanitas

Es una compañía de seguros de sociedad anónima que por formar parte de la Medicina Prepagada está registrada por la Superintendencia de Compañías. Ofrece dos tipos de seguros a los que denominamos Clásico y Prepago; en el primero, el pago a los proveedores de salud se los realiza a través del pago por acto



o por capitación y en el segundo, la modalidad de pago es de acuerdo al proveedor que se elija, en el caso de un médico que forme parte del centro de salud Ecuasanitas, va a ser remunerado por pago de salario fijo y si es un médico aliado, será remunerado por acto o capitación (Ver ANEXO 2E)

En el sistema clásico, plan azul, los consumidores tienen la oportunidad de elegir al proveedor de salud, sin embargo, es importante señalar que la elección no es en todas las prestaciones ya que algunas de ellas se realizan únicamente a través de su centro médico, incentivando a los afiliados a optar por sus servicios dada la diferencia en precios.

En este caso el afiliado recibe reembolsos de la compañía aseguradora que van descendiendo desde el 80% del arancel establecido, es decir, no es un porcentaje real del precio, sino es de acuerdo a cómo se valora la atención de salud relacionada con el monto del plan que se contrata, por lo tanto, mientras mayor es el monto del plan más bajo resulta el valor que el afiliado debe pagar por la prestación.

El riesgo financiero está dado por la eventualidad de sufrir un deterioro en el estado de salud, se lo comparte entre la aseguradora y el asegurado cuando nos referimos a un plan total y se lo traslada al afiliado en un plan Prepago.



Ecuasanitas presenta una moderada estructura integrada al cumplir los roles de Proveedor/ Financiado¹⁸ y contar con un selecto grupo de prestadores¹⁹. Este comportamiento trae consigo pérdidas de bienestar a los afiliados que limitados a consumir en un círculo de prestadores proveedora determinada, sin poder escoger por precio y calidad; pero los centros de salud Ecuasanitas cuentan con una demanda cautiva.

La información juega un rol fundamental en este mercado, en primer lugar es privilegio del afiliado quien declara su estado de salud y su probabilidad de enfermedades riesgosas, en este sentido el afiliado para estar dentro de un plan total que cubre todo tipo de atenciones por un monto mensual determinado buscará la forma de ocultar cierta información para seleccionarse adversamente. Es importante mencionar que la información requerida de los afiliados inicialmente no es verificada por la compañía, ya que se realiza la declaración de salud juramentada y notariada.

Finalmente, las compañías aseguradoras realizan auditorías de salud, al afiliado mayor de 50 años, con el fin de comprobar si la información es verídica, por lo tanto Ecuasanitas como aseguradora y proveedora tendrá mayor conocimiento de las enfermedades y nivel de riesgo del asegurado.

2.4.3.2.3 Salud S.A.

Esta entidad cumple las mismas características en términos institucionales al formar parte del grupo de Medicina Prepagada. Ofrece seguros del tipo prepago en

¹⁸ Establecimientos propios.



el cual el afiliado tiene la opción de elegir entre los diferentes proveedores aliados y los centros médicos propios entregando prestaciones Ambulatorias y Hospitalarias.

El pago al proveedor lo realiza el afiliado con el 100% de los recursos, esperando el reembolso de la compañía aseguradora, que dependerá del tipo de plan adquirido, adicionalmente, se realizan pagos para prestaciones hospitalarias a través de una ODA²⁰, en este caso la aseguradora cuenta con diferentes modalidades de pago para el proveedor, los más frecuentes en nuestro medio son los pagos por actos y pagos por capitación (Ver ANEXO 2F)

Las modalidades de pago se ven altamente afectadas por el poder de mercado, es decir, que mientras mayor sea éste, más ventajas tendrá en la negociación; eligiendo la modalidad más conveniente, en este caso Salud S.A., dada su alta participación en el mercado goza de estas oportunidades. En el caso del pago a los proveedores la aseguradora le conviene realizar pagos por capitación porque se paga un monto de dinero por un número de afiliados independientemente de la probabilidad que ese grupo tenga de enfermarse.

Esta entidad al experimentar fallas en el mercado toma como medida preventiva, al igual que las demás aseguradoras, utilizar un sistema de reembolso, en el que una porción es cancelada por el beneficiario y otra por la aseguradora, con el fin de trasladar parte del riesgo financiero al afiliado y principalmente disminuir el riesgo moral que genera el individuo por poseer un seguro.

¹⁹ Médicos afiliados

²⁰ Orden de Atención Ambulatoria



La información en ésta compañía se traslada del afiliado al asegurador y luego al proveedor, quien tendría acceso a un historial clínico, por lo tanto, en el manejo de la información el que va a ser perjudicado, es quien cubre un mayor porcentaje en el copago de la prestación siendo actividades ambulatorias las que comparten el gasto con el beneficiario y actividades hospitalarias pagadas completamente por Salud S.A.

2.4.3.3 Administradoras de Seguros como Aseguradoras

2.4.3.3.1 Humana

Se constituye como una empresa de sociedad anónima, de medicina prepagada, que ofrece contratos de atención médica y servicios de salud sea en forma individual o colectiva; Humana al igual que Salud S.A. entre otros pertenece al grupo CONCLINA. La Superintendencia de Compañías regula sus actividades administrativas y el Ministerio de Salud Pública únicamente se limita a aprobar los contratos entre las empresas y el afiliado, es decir, con respecto a la calidad de sus servicios de salud sólo le corresponde a los mismos dueños de la empresa.

Esta entidad se define como una administradora de fondos que trabaja con Broker como Novasalud; su contrato de adhesión detalla las cláusulas y servicios incluidos en el plan, adicionalmente el afiliado debe realizar una declaración de salud especificando su historia clínica, esta es importante para la cobertura luego de firmado el contrato, ya que en caso de presentar enfermedades preexistentes los gastos no serán reconocidos para ser reembolsados (Ver ANEXO 2G)

Variables como edad y género son considerados antes de ingresar a cualquier plan, con ello fijan el pago que puede ser mensual, trimestral, semestral o anual según la decisión del interesado. De esta manera seleccionan a sus afiliados según su riesgo de salud, estableciéndose pagos más altos para las personas mayores de 60 años, recién nacidos y mujeres en edad fértil.

El perfil del afiliado corresponde a una persona joven con bajo riesgo de salud de tal manera que su tasa de uso en servicios es baja con relación a un perfil con un mediano riesgo de salud, esto genera un descreme de mercado estableciendo buena rentabilidad financiera mas no una rentabilidad social.

Por su institucionalidad, la información del estado de salud de sus afiliados, está reflejada en la declaración realizada previa al contrato y en su mayoría en los prestadores; ello puede llevar a una demanda inducida porque no existe costo - efectividad de la prestación frente a la necesidad del afiliado.

HUMANA no considera la calidad del servicio en función de la necesidad del afiliado por lo que las prestaciones sólo se limitan a cubrir enfermedades definidas en el contrato porque son los beneficiarios quienes eligen sus médicos. La modalidad de pago, entonces, se realiza por caso cuyo incentivo debería generar eficacia por acto médico, sin embargo, la evidencia demuestra que la tendencia de uso de los beneficios se encamina hacia la atención ambulatoria.



2.4.4 Descripción de la Estructura del Mercado de Seguros.

La estructura del mercado de la salud está en gran medida condicionada por la oferta de servicios y la demanda de atención de los usuarios, para ello se realizará un análisis que constituye el denominado paradigma estructura- conducta- desempeño sustentada por la perspectiva tradicional de la Teoría de Organización Industrial.

Este paradigma implica la existencia de una retro-alimentación entre cada uno de los componentes donde la estructura del mercado a través de la cantidad de prestadores y su participación, grado de diferenciación del producto, sub contratación y las características del sector privado determinan la conducta de los oferentes del mercado reflejadas en las estrategias de fijación de precios, inversiones en capital e investigación en desarrollo y métodos publicitarios, que a su vez, afectan el rendimiento del mercado, en cuanto a efectividad, eficacia en función de los costos, ganancias y equidad en la prestación de servicios. Estas conductas en los agentes influyen tanto en las condicionantes básicas de la oferta y demanda como en la estructura del mercado, dando lugar a modificaciones en ambos casos.

Tomando como referencia este paradigma, se ha elaborado un esquema en el que se detalla la estructura del mercado de seguros de salud en Guayaquil (Ver ANEXO 2H) con el fin de tener una visión más clara del rol que cumple cada uno de los componentes que forma parte de este sistema.



2.4.4.1 Condiciones Básicas

Para iniciar este análisis, es necesario conocer brevemente cuáles son las condiciones básicas de la oferta y la demanda. La oferta está conformada por factores tales como instituciones financieras, administradoras de fondos y proveedoras de salud como aseguradora. Estas compañías se rigen bajo el marco institucional conformado por la Ley de Medicina Prepagada, para las proveedoras, Ley General de Seguros para las financieras así como también el Código de Comercio en el capítulo referente a seguros, donde se especifica los elementos necesarios a incluir dentro de un contrato de seguros.

La accesibilidad o barreras de acceso a este mercado en términos de institucionalidad son mínimas, ya que deben cumplir con ciertas condiciones establecidas por la Superintendencia de Bancos en el campo de las instituciones financieras y en la Superintendencia de Compañías para la administradora de fondos y medicina prepagada, con un adicional para la medicina prepagada porque son proveedoras que necesitan un permiso adicional emitido por el Ministerio de Salud Pública en virtud de las condiciones y requisitos en el Reglamento General de esta Ley.

La infraestructura de servicios y las modalidades de provisión son de acuerdo a la compañía que se elija, los servicios son ofrecido por planes con o sin deducibles, montos sin límites para medicina prepagada. En el ámbito de las modalidades de provisión se lo realiza por medio de centros médicos propios y médicos aliados.



Las compañías privadas de seguros ~~funcionan~~ en forma paralela al seguro público que es ofrecido en forma de monopolio por el IESS, lo que implica que el seguro privado ofrece un servicio que garantiza la rapidez de atención sin necesidad de garantizar y competir por precio o calidad. Por otro lado las regulaciones y reformas al sistema de salud lo único que han logrado es perjudicar a los afiliados que deben pagar por su seguro público ineficiente nunca utilizado y por un seguro privado que en muchos de los casos imponen grandes exclusiones.

En el ámbito de la demanda, como se ha mencionado previamente el 5.2% de la población está afiliada a un seguro privado, distribuido para el caso de Guayaquil con 300,000 afiliados aproximadamente. En cada región se debe considerar el perfil epidemiológico y socioeconómico, además de los diferentes patrones de consumo incluyendo en ello los gastos de salud, como por ejemplo, los diferentes centros donde se pueda recibir estos servicios. Por el lado de las compañías aseguradoras la accesibilidad de los demandantes se da por condiciones elementales tales como ingresos económicos, edad, sexo, género y riesgo en salud fundamentalmente.

2.4.4.2 Estructura del Mercado.

Para analizar la estructura de este mercado debemos partir por describir a los agentes que lo conforman. En primer lugar, se debe mencionar que existen alrededor de 30 compañías dedicadas a brindar seguros de salud. En este estudio se han considerado sólo seis de ellas por cuanto son las únicas que ofrecen seguros individuales de salud. Hemos dejado a un lado las que sólo cuentan con seguros corporativos por cuanto el marco regulatorio que presentaremos más



adelante tiene como eje central al individuo. Además, en el mercado de seguros corporativos los problemas de información son menores y el poder de negociación es más equilibrado.

Por otra parte, y casi tan importantes como los primeros, tenemos a un amplio grupo de prestadores (ver Anexo 2H) en diferentes ramas de la salud como por ejemplo, laboratorios, clínicas, hospitales, farmacias, etc. Muchos de ellos forman parte del círculo de proveedores de este mercado. Su grado de importancia radica en que casi todos los proveedores de seguros no cuentan con un grupo de prestadores propios y, en definitiva, con una infraestructura de salud que este únicamente a su disposición (para ser más exacto solo Med.I.Ken) En términos técnicos diremos que en este mercado no es habitual encontrar integración vertical.

En cuanto a diferenciación de planes (anexo 2A) podemos mencionar que la mayoría de los planes ofrece variedad de coberturas dependiendo del nivel socioeconómico al cual vayan dirigido, entre ellos están los planes internacionales con el fin de tener mayor cobertura en otros países, mayor respaldo y participación en el mercado.

La estructura del mercado presenta ciertas características dada por la oferta, que en algunos casos muestra una estructura integrada verticalmente en el ámbito de las compañías de medicina prepagada, originada básicamente por los centros médicos propios y médicos clínicos de las aseguradoras.



En la mayoría de las aseguradoras encontramos una estructura de costos variada, es decir, que por la falta de técnicas para seleccionar el riesgo o para evitar la selección adversa de los afiliados las compañías incurren en costos innecesarios, es decir que cubren mas gastos de los que el afiliado necesita. Se puede notar que las compañías incurren en costos innecesarios reflejados en primas altas unificadas para todos los afiliados sin importar el riesgo que cada afiliado representa.

Índice de Concentración

La principal característica estructural de un mercado esta determinada por el grado de competencia que en él exista, por esta razón, uno de los objetivos principales de este trabajo es establecer cuantitativamente este hecho. En primera instancia se podría pensar que el número de empresas que participan sería suficiente para describir el grado de competencia, pero no es así, pues si existen 100 o 1000 empresas sirviendo un mercado pero sólo una abarca el 99% del mismo, probablemente exista menos competencia que en un mercado donde sólo hay 10 empresas cuya participación es más equilibrada.

Considerando estos hechos, se ha tomado como referencia el Índice de Herfindhal (H), el mismo que se define como la suma al cuadrado de las participaciones de todas las empresas en un mercado (Tarziján y Paredes 2001) Una de las ventajas de este indicador es que considera la participación de mercado de todas las empresas de la industria o las que se quiera analizar, así como también los cambios relativos en la participación dentro del total²¹

²¹ Esto sería una ventaja sobre otro tipo de indicadores



$H = \sum_{i=1}^N S_i^2$ donde S_i indica la participación de mercado de la empresa i para

$i = 1, \dots, N$.

Para el cálculo de este índice se utilizó información proporcionada por las aseguradoras y balances obtenidos en la Superintendencia de Bancos, particularmente, se ha considerado la información referente al porcentaje de participación que estas tienen en el mercado. Se debe recordar que en el Ecuador solo el 5.2% de la población está asegurada (564.000 personas), de los cuales el 40% se encuentra en Guayaquil²² repartidos en seguros individuales y corporativos. Dentro de este grupo de la población, las participaciones están dadas de la siguiente forma:

INSTITUCIONES	PARTICIPACIONES
Salud S.A.	30%
Ecuasanitas	15%
Med.I.Ken	13%
Humana	5%
Bolívar	5%
Generali	1%

$$H = \sum_{i=1}^N S_i^2$$

$$H = 1350$$

²² Dato tomado del INEC

Con estas participaciones se calculó el índice Herfindhal dando como resultado un valor de $H = 1345$ el cual es considerado en la literatura de Organización Industrial y, fundamentalmente, por los organismos reguladores de EEUU como "*moderadamente concentrado*"; por estar H entre 1000 y 1800²³. Si fuera menor que 1000 estaría desconcentrada y si sobrepasara los 1800 en cambio estaría altamente concentrada. El mayor valor que puede alcanzar H es 10000 y es sólo para empresas con monopolio que están 100% concentradas.

2.4.4.3 Conducta de los oferentes del mercado.

La conducta de los agentes se ve modificada por los incentivos, dados por la modalidad de pagos destinada a los médicos, así, los que reciben pagos por capitación tienen incentivos para entregar menores atenciones a los afiliados, como también de realizar su trabajo de manera eficiente. Si el pago es por acto se puede generar que los médicos induzcan a los afiliados a consumir más prestaciones que las necesarias, lo que hace que las aseguradoras incurran en mayores costos.

Las fallas del mercado se originan básicamente por los comportamientos de los agentes o por fallas propias del mercado como las asimetrías de información. Dentro de las fallas de información que podemos encontrar es Riesgo Moral, en nuestro mercado, es reflejado en las atenciones hospitalarias principalmente, en segundo nivel están las atenciones ambulatorias. Dentro de las atenciones

²³ Es importante aclarar que esta es sólo una referencia para tener una ligera idea de cómo está concentrado este mercado, dado que los valores asignados para este índice son para USA siendo este



hospitalarias las más frecuentes son ~~dados~~ por maternidad y cirugías, en las ambulatorias se da frecuentemente en las atenciones dentro de los mismos centros de salud, porque resultan menos costosos.

La selección adversa en nuestro medio se presenta cuando en los planes excluyen enfermedades preexistentes, alejando a las personas riesgosas ya que si recurren a un seguro por este motivo, de todos modos sus gastos no serán cubiertos. Parece razonable su justificación porque evitan incurrir en riesgo moral pero lo que ocasionan son ineficiencias para los beneficiarios ya que esto causa selección de riesgos y descreme de mercado.

2.4.5 Evaluación de las características del mercado.

Las consecuencias más importantes que conllevan los problemas de riesgo moral y selección adversa en un mercado de seguros de salud privado, desregulado y competitivo; consisten, primeramente, en que aquellas personas con condiciones crónicas o altos riesgos de salud estarán sub-aseguradas (o no participarán) por cuanto las compañías aseguradoras en este mercado no sólo racionan vía precios sino también vía cantidad. De ahí que cualquier esquema regulatorio que se proponga no debe concentrarse solo en el tema de los precios, pues en este caso los problemas más importantes están en el lado de la cantidad (participación y descreme) a diferencia de otros mercados como el eléctrico o el de las telecomunicaciones.

un mercado grande a diferencia de América Latina, donde los mercados son más pequeños y por ende estos valores asignados seguramente no van a ser los mismos.



Adicionalmente, las modalidades de pago de las aseguradoras hacia los médicos y el inherente problema de *demand inducida*²⁴ propicia conductas poco éticas por parte de los médicos (riesgo moral) Esto se debe a que el principal mecanismo de contención de costos utilizado por las aseguradoras está en el lado de la oferta, específicamente, en el diseño de contratos que tienden a que el médico no maximice el bienestar del paciente sino el suyo o más aún el de la compañía aseguradora. Esto se traduce en problemas de sub-provisión y baja calidad del servicio, en este caso, el espacio para intervención gubernamental es tan extenso como complicado, lo primordial sería fortalecer (legitimación y financiamiento) las instituciones de defensa del consumidor o aquellas encargadas de regular las conductas de este tipo de empresas para que los asegurados aumenten sus grados de credibilidad y confianza en ellas y establezcan denuncias.

En cuanto al poder de mercado y la concentración que podrían existir en este sector, el análisis basado en el índice de Herfindhal nos permitió caracterizar este mercado como *moderadamente concentrado*. Este dato, sumado al hecho de que los requerimientos financieros para constituir una compañía de seguros de salud no serían muy elevados²⁵ además de la inversión en capital físico (costos irre recuperables) nos diría que no hay demasiado espacio para el surgimiento de barreras a la entrada; ni estratégicas (por la poca concentración), ni naturales (por los pocos requerimientos financieros y tamaño eficiente de escala)

²⁴ El hecho de que la demanda de servicios de salud tenga la característica peculiar de que en estricto rigor no es la persona la que decide cuanto consumir sino el médico.

²⁵ Véase Ley de Medicina Prepagada y Ley de Compañías



En lo que respecta a las barreras estratégicas estamos relativamente de acuerdo, pero en el caso de las barreras naturales el análisis es más complejo. Esto se debe a que en este mercado los consumidores no se fijan solamente en los precios sino también en la reputación y la experiencia de las aseguradoras, dos cosas que son muy costosas de obtener para las aseguradoras nuevas (o potenciales entrantes)

En otras palabras, para que una nueva aseguradora gane una porción de mercado relevante y en definitiva haga de este negocio algo rentable y sostenible en el futuro, debe primero realizar ingentes esfuerzos financieros en el presente particularmente en publicidad. Esto implica que un potencial entrante debería tener un "bolsillo profundo" si quiere sobrevivir en este mercado pues los tiempos de recuperación de la inversión serían muy extensos. Si a esto se suman las características de demanda y tamaño de mercado en nuestro país (que afectan la diversificación de riesgos) se concluiría que existirían fuertes barreras a la entrada.

Quizás debido a esto es que buena parte de las compañías que ofrecen este tipo de seguros ya participaban en el mercado ofreciendo los seguros más tradicionales (vida, accidentes, incendio, etc.), es decir ya tenían la infraestructura organizacional (experiencia y reputación, además de cartera) que respaldaba su inmersión en un negocio eventualmente tan riesgoso y complicado. Siendo más específico solo dos compañías se dedican exclusivamente a esto: Ecuasanitas y

Salud S.A.; no incluimos a Med.I.Ken pues esta en cambio se basa en la gran infraestructura organizacional dada por la Clínica Kennedy²⁶.

El último gran tema que se debe considerar para justificar la intervención gubernamental en bienes sujetos a riesgo moral es si el gobierno está más capacitado que el sector privado para monitorear o castigar este tipo de conductas. Se considera que sí por cuanto el mercado no ha podido por si solo controlar este tipo de conductas²⁷ por otro lado, los *costos de coordinación* de los consumidores son tan altos que hacen inviables que los mismos se organicen para velar por sus intereses (además los Broker normalmente se concentran en el mercado de seguros corporativos)

Es justamente en el tema de los costos de coordinación donde se avizora un gran espacio para la intervención gubernamental. Además, el gobierno tiene una característica que ninguna organización privada tiene: la capacidad de *enforcement* (o coerción) Complementariamente, los costos de regular este tipo de mercado no es prohibitivo.

Finalmente, se debe considerar que este es un mercado en expansión y que es conveniente plantear desde ahora *reglas del juego* que permitan un crecimiento equilibrado de este mercado, sin esperar - como siempre- que existan una gran cantidad de personas que estén siendo perjudicadas para recién en ese momento actuar (reactivismo) Por otro lado, la importancia de un sector como el de la salud con inmensas externalidades positivas y grandes implicancias en términos de

²⁶ De hecho es la única que tiene un grado de integración vertical casi total

equidad, justificarían sobremanera la intervención gubernamental. Sobre como debería darse esta intervención de forma óptima trata la siguiente parte de esta tesis.



²⁷ El sector al que están sirviendo no percibe sustitutos cercanos



CAPITULO 3

REGULACIÓN DEL MERCADO DE SALUD

En esta sección se analizará en detalle las reformas al sistema de salud en el Ecuador, así como también, los costos e incentivos de la regulación, finalmente tomamos los aspectos relevantes de la experiencia internacional que contribuirían al planteamiento de elementos para un nuevo marco regulatorio.

3.1 Provisión de Salud en el Ecuador

El sistema de salud y el sistema de aseguramiento en el Ecuador son una particularidad con respecto a los regímenes expuestos en el capítulo uno, esto es el resultado de una serie de fallas de comportamiento y de asimetrías de información. Lo cual nos lleva a revisar detalladamente los regímenes con respecto a nuestro sistema.

El sistema no mantiene el comportamiento de un duopolio privado o muchas empresas privadas que dominen en el mercado, que ofrezcan servicios de alta



calidad y por razones de competencia y precio, esto se debe, a que nuestro mercado es pequeño y los productos que ofrecen cada una de las empresas aseguradoras son heterogéneos. En otras palabras, son pocos los competidores y los demandantes de tal manera que ningún competidor se lleva una gran porción de mercado y ningún demandante tiene muchas opciones de las cuales elegir libremente.

Por otro lado el régimen netamente público funciona en la mayoría de naciones europeas, en donde el gobierno juega un rol fundamental y una de sus mayores preocupaciones es la salud de los ciudadanos, sin embargo, en los países pequeños como Ecuador, el estado asigna un presupuesto a la salud que en muchos de los casos es recortado debido a las múltiples obligaciones teniendo como resultado servicios de mala calidad gratuitos o a precios muy bajos, con altos costos de oportunidad ya que el tiempo de espera en una larga fila reduce la oportunidad de trabajar y generar ingresos.

Finalmente, si analizamos cada una de las formas de provisión encontraremos que nuestro sistema no es un oligopolio mixto, ya que según la evidencia del documento de Jofre-Bonet (2000), éste es el que mayores ganancias produce a los consumidores, debido al incentivo de acceso universal de los públicos y la calidad a bajos precios de los privados. Un ejemplo de este régimen lo observamos en un mercado grande cuando se integra a toda la población a un seguro privado con financiamiento estatal como resultado obtenemos que el precio del seguro baja. Al contrario de la situación de países pequeños, como Ecuador, que no cuentan con una integración sólida y beneficiosa entre sector público y



privado, ya que cada uno actúa por su lado; los privados con el fin de generar lucros sin regulación alguna que los limite y el sector público buscando el acceso universal sacrificando la calidad de la salud y por lo tanto el bienestar de los individuos.

Después de revisar cada uno de los regímenes de provisión podemos apreciar que el sistema de provisión ecuatoriano funciona bajo un esquema llamado sistema segmentado, que de cierta forma es una provisión de oligopolio mixto mal interpretada y sin regulación, en donde participan el sector público y privado en forma separada de tal manera que se encuentra una falta de complementación y oferta de servicios de calidad a bajos precios.

Adicionalmente las fallas de organización en las estructuras burocráticas y de atención, basadas en los mecanismos de pagos utilizados y la resultante generación de incentivos, además de las restricciones financieras nos llevan a una reconversión sectorial, en la cual el sector privado juega un rol determinante, por lo que necesitaría tener una regulación eficiente.

Nuestro sistema segmentado se caracteriza por la intervención del sector público con una fuerte influencia de la seguridad social y del sector privado que funciona como la salvación de los consumidores que desean una atención de mejor calidad aunque a precios altos.

El sector público es el encargado de abastecer servicios de salud a la mayor parte de la población, el mismo que se encuentra limitado por factores presupuestarios y organizacionales, impidiendo así el cumplimiento de sus metas.



Es decir, el Ministerio de Salud Pública y el IESS en nuestro País son los que cubren a los pobres y a los que tienen capacidad de pago en relación de dependencia, respectivamente, aislando a los trabajadores independientes por la no obligatoriedad de afiliación a la seguridad social. Nuestro sistema de seguridad social cuenta con una estructura integrada en instituciones, ya que toda las actividades que desempeñan son una mezcla de productor / financiador.

La mayor parte del tiempo por las condiciones de integración, el servicio de atención de salud se ve provisto de médicos, hospitales y dispensarios de baja calidad, ya que el presupuesto asignado es limitado, o se tarda en llegar, de tal manera que no cuentan con los recursos necesarios para dotación médica²⁸, por lo tanto se tiene un sector público con bajos incentivos para ofrecer servicios de calidad.

Las características mencionadas previamente así como las fallas nos llevan a analizar al sector privado del mercado de salud, especialmente los seguros, debido a que ésta es la parte más olvidada con menos reformas aplicadas y con un porcentaje de población que constantemente sacrifica su bienestar debido a causas tales como precios altos, competencia por precios no por calidad, entre otras. En la siguiente sección se analizará en detalle el proceso de reforma del sector salud y la intervención del sector privado.

²⁸ Dotación médica incluye salarios médicos, implementos de aseo y tecnología necesarias para la realización de diagnósticos

3.2 Proceso de Reforma de la Regulación del Sector Salud

El proceso de reforma ha sido propuesto en debates lentos y de poca aplicación tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el Sistema de Seguros Sociales y Privados.

La reforma del Sistema de Seguros Sociales y Privados para fines de los noventa incluye las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación, adicionalmente las funciones de articulación y rectoría por medio de las Gerencias Especializadas para cada prestación y de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados respectivamente. Creando las Agencias Colocadoras de Ahorro Previsional para el Sistema de Pensiones.

En la elaboración del Sistema Nacional de Salud se han necesitado varias reuniones en la década de los noventa entre los actores del sector a fin de concertar una ley y reglamento, donde se consideren los puntos relevantes de dichas reuniones en lo referente a las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación.

Eventualmente, las estrategias no alcanzaban las expectativas para reducir la exclusión social de la región. Posterior a ello, se ha privilegiado la vía legal para lograr y consolidar cambios en el proceso de reforma en el sector salud y protección social, los cuales han tenido como principales reformas legales:

- 1998, Constitución Política del Ecuador (CPE): incorpora una sección específica sobre salud y otra sobre seguridad social. En la primera se establece una serie de disposiciones dirigidas a garantizar programas, acciones y servicios de atención de salud a toda la población ecuatoriana, especialmente a la más desprotegida y a conformar un Sistema Nacional de Salud. En la segunda se establece un Sistema Nacional de Seguridad Social regido por criterios de eficiencia, descentralización y desconcentración.
- 1998, Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, para supervisar y garantizar las prestaciones de salud de los particulares a la comunidad se implementen dentro de niveles de excelencia, a través de bienes y servicios de óptima calidad.
- 1998, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI): garantiza recursos adicionales al sector y cambia la lógica de presupuestación histórica a una de resultados.
- 1999, Ley de Descentralización: operacionaliza la disposición constitucional y, a partir de la reglamentación, provee el camino legal que a la fecha ha llevado a la existencia de dos cantones descentralizados de salud en el país (Cotacachi y Loja).
- 2001, (LSS) la Ley de Seguridad Social: incluye la separación de varios seguros, autonomía de proveedores, pago por producción realizada, incremento a cobertura familiar y especial.
- 2002, (LOSNS) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud: en el marco de los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, calidad, plantea la realización del Plan Integral de Salud (Conjunto Garantizado de Prestaciones, la conformación de una estructura de consejos de salud, el fortalecimiento de la rectoría del MSP, la provisión de servicios a través de redes interinstitucionales, el establecimiento de espacios de participación y de veeduría social, entre los más importantes
- 2003 Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; se definen las funciones de coordinación, provisión de servicios de salud. Se determinan las responsabilidades de los organismos y niveles que integran el Sistema.
- 2003, (CS) Código de Salud (Decreto Ejecutivo listo para aprobación): se actualiza y adquiere coherencia con el nuevo marco legal del sector, previo un proceso de consenso.

3.2.1 Sistema Nacional de Salud

Según la Constitución Política en su artículo 45 y 46, establece la definición del Sistema Nacional de Salud y del financiamiento. Así el artículo 45 expresa:

El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.



Y el artículo 46 expresa:

El financiamiento de las entidades públicas del sistema Nacional de Salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

Estos dos artículos nos dan una pauta de la naturaleza y origen de nuestro Sistema Nacional de Salud. El sistema está estructurado mediante la integración recíproca de las entidades y organizaciones que lo conforman, respetando sus autonomías administrativo-financieras.

El sistema de salud establece los siguientes principios para su funcionamiento: equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, transparencia y calidez. Cada uno de estos principios tienen como finalidad sentar las bases para que el sistema actúe dentro de lo que la constitución establece para el beneficio de los ecuatorianos buscando la disminución de las pérdidas de bienestar.

Con estos antecedentes la Comisión de Reforma propone la definición y estructura del Sistema Nacional de Salud en Ecuador, cuyo objeto es el de establecer normas generales para la organización y funcionamiento del sistema que se aplicará en la nación. Dentro de los objetivos generales están: (i) elaborar funciones para la población mejorando la situación de salud y calidad de vida, (ii)



cobertura universal con servicios de salud holísticos e integrados y priorizar grupos vulnerables.

La estrategia de protección social en salud es a través de un plan integral que involucra a proveedores públicos y privados para su cobertura; incluye prestaciones de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación. El Modelo de Atención se basa en la atención primaria y promoción de la salud para facilitar la gestión de su elaboración están los mecanismos de desconcentración, descentralización y participación.

Para eliminar la fragmentación del modelo anterior, se integran al sistema todos los actores de la salud sean públicos o privados cuya finalidad es de relacionarse entre sí y cumplir con los objetivos previstos, paralelamente en relación a las entidades de derecho privado se puntualiza el respeto a su autonomía administrativa y financiera, así como también sus recursos no formaran parte de los fondos de financiamiento del sistema. En la siguiente figura se mostrará el Sistema Nacional de Salud y sus cuatro funciones.

Figura 7. Sistema Nacional de Salud



Elaboración: Autoras



3.2.1.1 Funciones del Sistema

Las funciones del Sistema se han modificado periódicamente de acuerdo a los cambios realizados en la reforma al sector, lo cual nos conduce a funciones que actúan de manera descentralizada, desconcertada y participativa, donde los involucrados podrán relacionarse a través de la coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento. A continuación describiremos la finalidad y responsabilidad de cada una de las funciones.

Coordinación

La función de coordinación antes denominada rectoría mantiene como Autoridad Sanitaria al Ministerio de Salud y trabaja con la asesoría del Consejo Nacional de Salud (CONASA) para: (i) la conducción y regulación sectorial, (ii) acceso equitativo para mantener garantía de atención, (iii) funciones esenciales de la salud pública como armonizar provisión, control y evaluación (iv) regulación de los mercados relacionados con la salud, calidad de los servicios, normas de atención y programas, (vi) rendición de cuentas a los Consejos de Salud a través del Sistema de Información Sectorial.

Financiamiento

Este se define según los requerimientos del plan integral de salud, el cual es elaborado de forma participativa por medio de los Consejos de Salud. Para las entidades públicas el financiamiento será por el Presupuesto General del Estado y de las personas que utilicen el servicio, los recursos serán canalizados a través de la Dirección Provincial de Salud, la Jefatura del Área y los Municipios. Se crearán



fondos específicos para la población no asegurada de bajos ingresos para protección de enfermedades catastróficas.

Aseguramiento

Ésta garantiza el acceso universal y equitativo del plan integral de salud, el fin de la integración intersectorial es alcanzar la cobertura universal del sistema, se espera promover la ampliación de cobertura de todas las entidades prestadoras de servicios, del seguro general obligatorio y seguro social campesino, entre otros seguros sociales.

Provisión de Servicios de Salud

La provisión de servicios es de carácter plural y se realiza con participación de las instituciones prestadoras, donde el sistema determinará los mecanismos para cumplir con el plan integral de salud según la demanda y necesidades de la comunidad.

Entre los mecanismos tenemos: (i) historia clínica para obtener datos básicos, normas técnica y protocolos comunes de las prestaciones, (ii) indicadores del desempeño y (iii) convenios entre instituciones para complementar la atención con mecanismos de pagos interinstitucionales, entre otros. Los niveles de provisión de acuerdo a la complejidad se dividen en: atención ambulatoria, atención ambulatoria de mayor complejidad e intra-hospitalaria y atención ambulatoria de mayor atención intra-hospitalaria lo cual representa mayor complejidad y especialización.



3.2.1.2 Particularidades del Sistema

El Sistema contará con tres niveles de representación de integrantes del sistema para la coordinación y el apoyo de su funcionamiento. A nivel nacional; con el Consejo Nacional de Salud (CONASA), a nivel provincial; con los Consejos Provinciales de Salud (CPS) y a nivel cantonal; con los Consejos Cantonales de Salud (CCS).

La formulación de la Política Nacional de Salud es participativa en los niveles del sistema con el Plan Local de Salud Integral, Plan Provincial de Salud Integral, los cuales deben ser entregados al CONASA y MSP para la formulación del Plan Nacional de Salud.

El plan integral de salud es un conjunto de acciones y prestaciones de la realidad sanitaria en el país. Es en el Pleno del Consejo donde se analizarán las necesidades epidemiológicas de la población y los determinantes sociales de salud y calidad de vida en relación a los niveles del sistema, considerando acciones y prestaciones encaminadas a la equidad y universalidad.

La Autoridad Sanitaria planea establecer metas cuantitativas y cualitativas para superar la exclusión en salud, manteniendo el criterio de la maximización buscando mejorar el costo-efectividad de las acciones de salud y los recursos existentes.

Los consejos de salud elaboran sus planes bajo ciertos lineamientos; el plan provincial considera la realidad de salud de la provincia y los planes de los CCS, el



plan cantonal considera la salud familiar y comunitaria, atención integral (primaria y promoción). En ambos planes hay el apoyo técnico de la Dirección Provincial, para cada plan debe establecerse su financiamiento.

Adicionalmente se consideran, los recursos humanos como parte necesaria para alcanzar los objetivos del sistema, los medicamentos serán regulados para garantizar la disponibilidad de provisión; y, la ciencia y tecnología es apoyada por el CONASA y FUNDACYT, para investigaciones relacionadas a la realidad del país. La información, manejada por el Sistema de Información Sectorial (SIISE) permitirá conocer la situación e identificar los riesgos de salud de las personas y el ambiente, para dimensionar los recursos y para la toma de decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles del sistema.

3.2.2 Sistema de Seguridad Social y Seguros Privados

El sistema involucra a los Seguros Sociales y a los Seguros Privados. El Sistema Nacional de Seguridad Social está integrado por institutos sociales, Unidades Médicas Prestadoras de Salud (UMPS), las personas jurídicas que administran programas de seguros complementarios, y las Agencias Colocadoras de Ahorro Previsional (ACAP), de propiedad privada, pública o mixta que se organicen según la Ley de Seguridad Social.

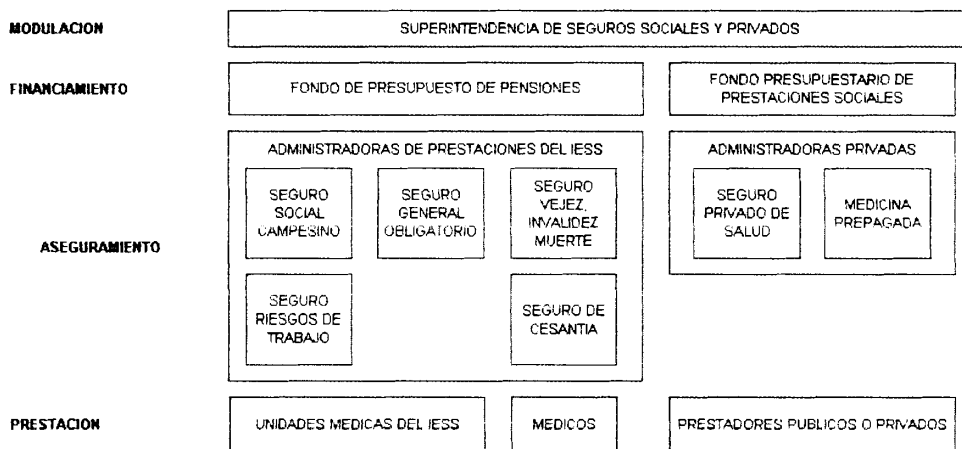
El Sistema de Seguros Privados esta integrado por todas las empresas que realicen operaciones de seguros, excepto las personas jurídicas que otorgan cobertura de riesgos personales mediante programas de seguros complementarios que forman parte del sistema nacional de seguridad social; las compañías de

reaseguros, intermediarios de seguros; y, las empresas de medicina prepagada, entre otras similares.

Las entidades que integran el Sistema Nacional de Seguridad Social y las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema de Seguro Privado, para su constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción se sujetarán a las disposiciones de la Ley de Seguridad Social, Ley General de Seguros y su Reglamento, Ley General de Instituciones del Sistema Financiero y su Reglamento, Ley de Mercado de Valores, Código de Comercio, Ley de Compañías en forma supletoria, normas reglamentarias y resoluciones que para el efecto dicte la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados.

En la siguiente figura se observa las funciones del Sistema de Seguridad Social y Seguros Privados, así como las instituciones más representativas; ello resume el entorno de relaciones de los actores del sistema. Como puede apreciarse hay una notoria diferencia en la organización y distribución de funciones con respecto al Sistema Nacional de Salud.

Figura 8. Sistema de Seguridad Social y Seguros Privados



Elaboración: Autoras

3.2.2.1 Superintendencia de Seguros Sociales y Privados

La institución creada en el artículo 335 de la Ley de Seguridad Social desempeñará dieciséis funciones, de las cuales cinco se refieren al Sistema de Seguridad Social y al Sistema de Seguros privado, adicionalmente una de ellas no especifica el sistema al cual aplicar y las restantes se refieren a las actividades del IESS.

Entre las funciones dedicadas para ambos sistemas están: (i) autorizar desde la constitución hasta la liquidación o permitir la creación de sucursales de persona jurídica a natural, (ii) vigilar el funcionamiento del sistema (iii) controlar y fiscalizar las prestaciones junto con la calidad. Otra de las funciones no menciona el sistema sobre el cual se vigilará así como también se controlará la calidad y suficiencia de los seguros y reaseguros.

Las demás funciones de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados son controlar y vigilar el manejo del fondo, en el cual los recursos obtenidos de cada tipo de seguro público son enviados al fondo presupuestario de prestaciones de salud, los cuales están separados de los fondos propios del IESS. Es decir, los fondos que son destinados para cada prestación no pueden ser movilizados de los fines para los cuales fue constituido.

A través de la Comisión Técnica de Inversiones se efectuarán las inversiones de los recursos del fondo en el mercado financiero según las políticas del IESS, los resultados de las inversiones y sus rendimientos serán publicados semestralmente.



Adicionalmente según dicha ley, el financiamiento para actividades de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados provendrán del 3% sobre el valor de las primas netas de seguros directos; y, en el caso de las empresas de medicina prepagada hasta el uno por ciento (1%) sobre las cuotas de afiliación, las cuales serán fijadas mediante resolución motivada del Superintendente de Seguros Sociales y Privados previa a la aprobación del presupuesto del Organismo de Control. Las empresas aseguradoras y de medicina prepagada actuarán como agentes de retención de estas contribuciones, las mismas que no podrán ser mayores al cinco por mil (5 ‰) de sus respectivos activos reales.

3.2.3 Análisis de Reforma

Como puede apreciarse en la siguiente figura, el modelo segmentado se mantiene en ambos sistemas sin embargo se elimina la fragmentación²⁹ de funciones dentro de las instituciones. Éste sistema se caracteriza por presentar a los grupos sociales de forma más segregada, lo cual puede generar doble atención médica, en especial al grupo de los no asegurados, pudiendo acceder a los beneficios ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública a través de su Plan Integral de Salud, donde los prestadores pueden ser públicos y privados, además pueden optar por realizar gastos de bolsillo, lo cual no incentiva equidad en el acceso.

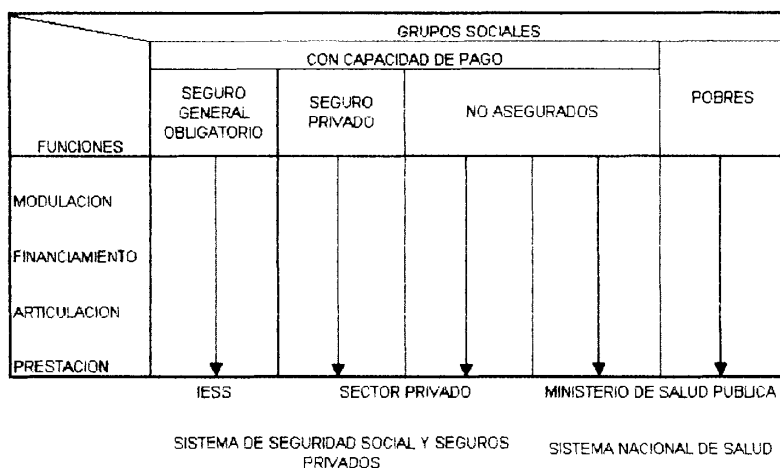
El sistema divide a la población en diferentes grupos sociales tales como: (i) con capacidad de pago, asegurados al sistema público o privado y no asegurados; (ii) pobres. Cada uno de los grupos poblacionales recibe atenciones de salud del

²⁹ Fragmentado o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas



IESS, sector privado y del Ministerio de Salud Pública, respectivamente, éstas instituciones operan bajo las funciones de modulación, financiamiento, afiliación y prestación, las mismas que serán detalladas a continuación.

Figura 9. Modelo Segmentado de Salud



Elaboración: Autoras

Los beneficios de los planes o prestaciones de ambos sistemas tienen interés en la atención primaria y en los niveles de complejidad de la atención ambulatoria u hospitalaria. La población objetivo en el sistema nacional de salud son individuos de bajos ingresos y para el Sistema de Seguros Sociales y Privados son los trabajadores que tienen relación de dependencia e independientes.

La función de aseguramiento es poco explícita en la entrega de un paquete básico de salud a todos los grupos poblacionales, especialmente pobres, dificultando la aplicación del acceso universal, que es uno de los principios básicos del sistema Nacional. Adicionalmente encontramos que la relación de conformación del fondo de financiamiento para concretar el plan integral de salud es poco transparente, por lo tanto las funciones de recaudación y afiliación en el



Sistema de Seguro Social son separados para destinar los aportes al Fondo de Prestaciones.

El financiamiento de los sistemas difiere; en el Sistema Nacional de Salud es a través del Presupuesto General del Estado y en el Sistema de Seguros Sociales y Privados se encuentran dos fondos, los cuales tienen un fin específico; prestación de servicios y pensiones.

Para fijar los aportes del Sistema de Seguros Sociales y Privados se realizó previamente un estudio actuarial lo cual es lo más recomendable al momento de ofrecer un seguro, donde se considera el costo promedio de las prestaciones y la frecuencia de uso. El sistema nacional de salud elabora paso a paso su plan integral y financiado de forma independiente por el presupuesto general del estado.



El Sistema Nacional de Salud integra a los prestadores del sector público y privado, sin embargo no existen mecanismos de incentivos, necesarios para que el sector privado se integre apoyando el funcionamiento del sistema. En el Sistema de Seguro Social y Seguro Privado se definen a los prestadores y se fija la modalidad de pago para la compra de servicios que serán bajo contrato entre las administradoras de los seguros y los proveedores.

Aún después de las reformas dadas en las funciones de ambos sistemas, sigue existiendo la exclusión social y el problema de los precios para la financiación de los planes de salud que se quieren ofrecer a la población; afiliados o no, con capacidad de pago o sin ello.

Otra consideración es la lentitud para la aplicación de la reforma de ambos sistemas. En el Sistema de Seguro Social y Seguro Privado aún no opera la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados, el cual debería de estar controlando la calidad de las prestaciones. Y en el Sistema Nacional de Salud el plan integral de salud está en proceso de elaboración. La falta de periodicidad de las reuniones del CONASA retrasa el diseño y aplicación de la reforma, lo cual distorsiona los objetivos y definición de sus actividades.

Las funciones de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados están destinadas a regular las actividades del IESS en relación a los destinos de los recursos; acción que refleja poca capacidad de regular simultáneamente a los dos sistemas de seguros, dejando a la deriva consideraciones necesarias en la regulación de seguros privados de salud; entre ellas la calidad de prestaciones, funcionamiento del sistema y manejo de las recaudaciones de los planes de salud. como consecuencia, la poca regulación del sector genera incentivos negativos para la libre actuación de sus integrantes.

La Superintendencia de Seguros Sociales y Privados carece de funciones relacionadas con la conducta de los integrantes del sistema y con las fallas del mercado. Por lo tanto, el resultado de la regulación se refleja en formas de proteger al afiliado del sistema; con respecto a las prestaciones que recibe por sus aportaciones. Este tipo de consideraciones no se reflejan en la ley, dejando sólo unas cuantas especificaciones con respecto a la variación jurídica de la entidad con aclaraciones de los marcos legales aplicados.



La división de las funciones de las tres Superintendencias es poco clara; es decir, no hay definición de cuando inician las funciones; de la Superintendencia de Bancos y de la Superintendencia de Compañías y cuando interviene la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados, esto es, debido a las atribuciones exclusivas de las primeras Superintendencias sobre las empresas dedicadas a ofrecer seguros y Medicina Prepagada, respectivamente.

Además, la duplicación de funciones de regulación en los sistemas de salud y de seguros retrasa la operatividad; por ejemplo, en el sistema privado los proveedores tendrán que identificar si la persona es afiliada al Sistema de Seguros Sociales y Privados o es parte del Sistema Nacional de Salud, en consecuencia existe lentitud al fijar los precios pactados en los contratos. Otra duplicación es la medición de la calidad de los servicios para cada grupo por medio de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados y del Consejo Nacional de Salud.

Los niveles de atención tienen una definición diferente en cada sistema, en el sistema nacional de salud hay tres niveles de atención; y, en el de Sistema de Seguros Sociales y Privados solo hay por complejidad de atención ambulatoria u hospitalaria y sus variantes.

La puesta en práctica de las reformas tiene varias limitaciones en relación a: problemas técnicos, cambio institucional, políticos y económicos, entre los cuales se destacan la falta de recursos económicos, corrupción, falta de credibilidad, poca

participación en el proceso, falta de información, falta de liderazgo sectorial, priorizar proyectos ajenos a los objetivos del sistema, entre otros.

Un último detalle, es el silencio en que se ha dado la reforma debido a que al transcurrir alrededor de dos años, los integrantes del sistema no reconocen a la autoridad sanitaria como el regulador de sus servicios de salud y calidad de las prestaciones.

3.3 Regulación Actual de Seguros Privados de Salud

3.3.1 Panorama General de la Regulación en Ecuador

La salud es un bien meritorio por lo tanto requiere de la regulación del Estado cuyo objetivo es garantizar el acceso de atención de salud y provisión como resultado de la estructura productiva es una sociedad saludable. Al momento de realizar la reforma los puntos relevantes del estado están en la rectoría, es decir, el área funcional (¿qué? debe de hacer el estado) y operativo (¿cómo? debe el estado cumplir las funciones que le competen).

En la reforma de salud fue necesario hacer una revisión de sus funciones, porque era conveniente que el Estado se desprenda de la producción de bienes y servicios, con el fin de que se concentre en la función estratégica de conducción y regulación. Sin embargo no se aplicó las recomendaciones y se mantienen las funciones de coordinación y provisión de servicios, al continuar de esta forma se limita la política de Estado en salud en relación al diseño y aplicación.



En la reforma del Sistema Nacional de Salud el ente regulador es la autoridad sanitaria, por medio del Ministerio de Salud, las actividades de regulación son distribuidas entre el Ministerio de Salud y los Consejos de Salud.

El Ministerio de Salud coordina el Sistema Nacional y define: (i) el plan estratégico nacional, (ii) soporte técnico y metodológico, (iii) regulación sectorial (crear marcos jurídicos, normalización y reglas bajo los principios de descentralización y autonomía), (iv) vigilancia de la salud, (v) programas de salud, además solicita el estado de emergencia de salud; controla y evalúa los planes de salud y funcionamiento del sistema por medio de los consejos; lidera el proceso de una tipología homologable de las unidades de establecimientos prestadores del sistema; establece normas de referencia y contra referencia para asegurar la continuidad y complementariedad en la atención, finalmente define estándares mínimos y licenciamientos de los servicios ofrecidos por proveedores.

El CONASA define el plan integral para los protocolos de atención, aprueba la referencia y contrarreferencia para la utilización común de la atención, promoverá el proceso concertado para definir normas y procedimientos para avalar calidad de los establecimiento de salud y evaluar el desempeño del sistema para la acreditación.

El Consejo Provincial y Local de Salud tienen responsabilidades similares; en autonomía para promover el cumplimiento de los planes de salud, mecanismos que faciliten la referencia y contrarreferencia de usuarios en los distintos modalidades de atención. Por otro lado le corresponde al Consejo Provincial de



Salud elaborar el Plan Estratégico Provincial con su debido financiamiento y al Consejo Cantonal de Salud elaborar el Plan Estratégico Cantonal con su debido financiamiento, monitoreo de la red plural, mantener los compromisos de financiamiento del Plan Integral de Salud, establecer metas de cobertura considerando la prioridad de riesgo, edad, género, etnia, situación de exclusión social, misión institucional y disponibilidad financiera.

En la reforma del Sistema de Seguro Social y Privado el ente regulador es la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados cuyas funciones son en su mayoría garantizar los intereses del IESS en relación de las inversiones de los fondos del Seguro General Obligatorio existiendo poca vigilancia al sector privado, dejando libre el comportamiento de las actividades de este sector; las responsabilidades de la superintendencia son algo confusas en relación a cual será su verdadero rol en el sistema.

Los integrantes, sociales y privados, tienen funciones diferentes porque cada uno cubre un segmento de la población con ciertas características que lo hacen heterogéneo para el control. Es decir, se intenta regular a dos sistemas muy desiguales en sus verdaderos objetivos, debido a que el sistema social se interesa por la equidad en el acceso de los servicios y el privado se interesa por obtener un beneficio financiero por el servicio prestado.

Por lo tanto, la definición de las funciones no son claras en relación a estos aspectos y por lo tanto, no estaría garantizando a ningún afiliado de cualquier

sistema el acceso a los servicios de acuerdo a las características de cada sistema sobre sus afiliados.

Debido a que no se ha creado físicamente la nueva Superintendencia de Seguro Social y Privado, se mantiene la regulación de las aseguradoras por medio de la Superintendencia de Seguros y Bancos; y, de las empresas de Medicina Prepagada a través de la Superintendencia de Compañías.

3.3.2 Marco Legal del Funcionamiento de los Seguros Privados

El marco institucional de los seguros privados de salud tiene poca referencia; carece de un ente fiscalizador y de control. Para garantizar la calidad de las prestaciones ofrecidas en las empresas dedicadas a Medicina Prepagada, se creó en agosto de 1998 la Ley que Regula el Funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, como resultado a la controversia que surgió años antes porque no existían normas legales que regulen específicamente este tipo de actividad.

En la Ley se fija la razón social de estas empresas, adicionalmente, se especifica que éstas no recibirán subsidios por ningún concepto, su permiso de funcionamiento es concedido por el Ministerio de Salud Pública, el capital mínimo deberá de ser de ochenta mil UVC'S³⁰, los precios de cada plan serán revisados de manera anual y se fijará de acuerdo al nivel de inflación en los costos de los servicios de salud registrado por el INEC y el comportamiento de la morbilidad registrada por cada plan.

³⁰ Se requiere la conversión a dólares de este dato por estar dado en sucres

Se define a la empresa de salud y medicina prepagada como una sociedad constituida en el Ecuador 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 ley está para regular el financiamiento de la prestación de servicios de salud y para garantizar los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas. Sin embargo no se hace mención de cual es la autoridad competente para aplicar las disposiciones.

En ausencia de un ente fiscalizador y de control para vigilar el cumplimiento de esta ley, en el caso de un reclamo o conflicto por desacuerdo en el servicio recibido por parte de los afiliados, el afectado le tomará más de 15 días para concretar el resultado del reclamo debido al lento proceso para que sea tomado en consideración. El proceso inicia en la misma empresa en que ocurrió el hecho, en caso de no obtener respuesta en 15 días, pasa a observación de la Dirección Provincial del Guayas y si hay silencio administrativo, luego de 15 días, pasará a los jueces y tribunales competentes.

No hay garantía de respaldo al usuario de un ente superior, solo a través de la Tribuna del Consumidor se efectúan investigaciones por los contratos de adhesión de las empresas dedicadas a esta actividad.

Con respecto al contenido del contrato se denomina al usuario como beneficiario del servicio de las empresas de salud y medicina prepagada. El usuario podrá incluir a sus dependientes, garantizando el acceso de su familia al plan.



Aunque ello dependerá de las exclusiones del contrato de cada empresa, debido a que no establecen las restricciones de los contratos dejando nuevamente a la interpretación de cada integrante del sistema.

El Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, deberá de ser aprobado por el Ministerio de Salud Pública y agregarse la declaración jurada de salud; que es el estado actual de salud, enfermedades preexistentes, historia clínica, enfermedades padecidas y accidentes. El contrato dura un año y no podrá la empresa dar por terminado el contrato, solo en caso de incumplimiento del contrato por parte del usuario.

Los planes de salud deberán de contener ciertas prestaciones, alrededor de 14, de los cuales sólo se cumplen diez. Las restantes son justamente las de mayor costo, tales como transplantes de órganos, odontología, transportación aérea y la cobertura total de las enfermedades congénitas y hereditarias.

Además el contenido del plan según la ley es muy generalizado, por lo tanto incentiva a interpretaciones que pueden variar entre cada oferente de los servicios de salud.

La evaluación de la calidad de las prestaciones cae en doble regulación, la nueva Superintendencia, si llega a crearse, junto con la Dirección Provincial del Guayas estarían realizando un doble control para un mismo objeto, generando interpretaciones reservadas para cada ente regulador.



El marco institucional para las aseguradoras es por medio de la Ley General de Seguros, donde solo se define en el artículo 3 las empresas que realizan operaciones de seguros cuyo objeto exclusivo es el negocio de asegurar directa o indirectamente o aceptar y ceder riesgos en base a primas.

Las empresas de seguros podrán desarrollar otras actividades afines o complementarias con el giro normal de sus negocios, excepto aquellas que tengan relación con los asesores productores de seguros, intermediarios de seguros y peritos de seguros con previa autorización de la Superintendencia de Bancos.

Las empresas de seguros son: de Seguros Generales, de Seguros de Vida y las que actualmente operan en conjunto en las dos actividades. Las aseguradoras de Seguros Generales son aquellas que aseguran los riesgos causados por infecciones, pérdidas o daños de la salud, de los bienes o del patrimonio y los riesgos de fianza o garantías.

El contrato de salud se rige al mandato de ley, para empresas de medicina prepagada y aseguradoras. El contrato es de adhesión, cuyo contenido detalla las reglas de la empresa para ofertar el servicio de salud al afiliado.

3.3.3 Costos de la Regulación

La intervención del Estado cuyo fin es el de garantizar el debido acceso a los servicios de salud, no puede generar equidad con las funciones que se han asignado a cada ente regulador debido a que los beneficios sociales esperados por regulación son menores a los costos directos o indirectos de la misma.



Los costos directos de la regulación son por la financiación de cada entidad, en el caso de la nueva Superintendencia se financia con el 3% de los seguros privados directos de las primas netas y 1% de Medicina Prepagada de las cuotas de afiliación y no puede ser mayor la contribución al 5 por mil de sus activos reales. El Ministerio de Salud Pública recibe asignaciones del Gobierno Central.

Los costos indirectos se relacionan con la minimización de las fallas de mercado. La regulación debería de contribuir a la reducción de las fallas para considerar que hay una buena regulación.

La regulación de la reforma cae en el riesgo de captura, los intereses económicos y políticos crean presión en el desarrollo de las actividades del ente regulador. El interés económico se da por el factor de la corrupción, la no transparencia de la regulación presentada en las preferencias otorgadas a un grupo, por la vinculación del ente regulador con dicho sector. El interés político se debe a las presiones de todos los grupos involucrados en el sector debido al sindicalismo o gremio de médicos u otras asociaciones. Ambas fallas podrían evitarse si en la reforma se incluyera la obligación de los integrantes de cada sector, una de las cuales debería ser publicar la información concerniente a sus actividades y con ello generar transparencia en las acciones del ente regulador.

La sobre-regulación de la autoridad sanitaria; los consejos de salud, la Superintendencia de Bancos y Superintendencia de Compañías, genera mayores costos de regulación que beneficios, lo cual no permite prever los efectos

colaterales. La imposición de gravamen de precios y condiciones de servicios desincentiva la actividad de la regulación.

Otra falla de regulación es la asimetría de información cuando el regulado tiene mayor información que el ente regulador; la empresa conoce de los reclamos de sus afiliados y ella misma los resuelve, pero no da conocimiento del detalle del problema a menos que el afiliado haya pasado por el largo proceso de reclamo.

Las primas o cotizaciones son fijadas por la morbilidad registrada para cada plan, es decir, no se basan en estudios actuariales que contengan el perfil epidemiológico de la localidad y el costo-efectividad de los tratamientos, en efecto no hay un control costo-efectivo de los planes ofrecidos en las empresas dedicadas a esta actividad.

La segmentación de funciones no esta definida, en ocasiones se duplica el control, como en la calidad de las prestaciones del proveedor que son reguladas por la Dirección Provincial del Guayas, el Ministerio de Salud y de crearse la nueva Superintendencia también participaría de ésta función. Lo recomendable es la separación y definición de funciones para ambos entes reguladores con la finalidad de minimizar las fallas de mercado y no empeorar la situación que no genera garantías en el acceso.

La función normativa debe ser solo del Ministerio de Salud Pública en definir objetivos y prioridades, perfil epidemiológico, recursos humanos, técnicos y



económicos, plan básico de prestaciones, protocolos de prestaciones y guías prácticas de tratamientos costos efectivos.

La función fiscalizadora y de control debe ser a través de la Superintendencia de Seguros Sociales y Privados, aplicando sanciones con vinculación legal para garantizar el debido proceso y evitar los abusos del fiscalizador, también podría emitir circulares con normas de carácter general reconociendo que la máxima autoridad es el Ministerio de Salud Pública.

3.3.4 Incentivos Negativos en el Sistema de Seguros Privados

Como hay fallas de regulación ello genera problemas al sistema de seguros privados, donde el más perjudicado es el afiliado y la garantía de acceso a planes de salud queda excluido de toda acción privada.

Entre los problemas de protección al consumidor esta la falta de transparencia, cobertura de los seguros médicos, capital mínimo de mantenimiento, discriminación y libertad de elección. Los problemas de escalamiento de costos de salud se dan por la sobre-prestación de servicios y la competencia entre aseguradores.

Los *Problemas de protección al consumidor* está a la deriva debido a que éste no tiene pleno conocimiento de las condiciones básicas de un plan de salud, al momento de adquirirlo. Ello se debe a que no hay una estandarización del plan de salud en el mercado, designado por el Ministerio de Salud donde se considere los tratamientos costo-efectivos y perfil epidemiológico del área.



Falta de transparencia, se da por la dificultad de comparar los planes que ofrece una aseguradora y una empresa de Medicina Prepagada. El usuario preferirá el que menos gasto le genere a su ingreso, además, por lo general las personas poseen un seguro privado y social, lo cual genera doble afiliación en el sistema social y privado; el resultado es una persona que gasta más en su salud y los beneficios que obtiene aún son insatisfactorios.

La cobertura de los seguros privados es deficiente para enfermedades catastróficas, como SIDA, cáncer, diabetes. Aunque, con respecto a la Diabetes para marzo del presente año se aprobó en el Congreso Nacional, el acceso al seguro privado de las personas con diabetes, pero las empresas que ofrecen los seguros aún no aplican la nueva disposición. De tal manera que los planes sólo favorecen a la atención ambulatoria, debido a su menor costo.

El Capital Mínimo en el mercado no es garantía suficiente para el afiliado, es necesario un grado de liquidez mensual. Se puede fijar un mínimo de afiliados junto con sus pagos mensuales para así garantizar la solvencia de las aseguradoras y empresas de medicina prepagada.

La Discriminación en los contratos, no se aplica la cobertura en enfermedades crónicas y preexistentes, lo cual discrimina a un grupo de personas interesadas en un seguro con voluntad de dar un pago adicional por la carga de su enfermedad sobre el plan.

La Libertad de Elección, queda segregada dentro de los planes que están bajo convenio entre la empresa y el proveedor; y, los planes sin convenio. El dilema es el copago que varía mucho entre ambos, siendo mayor en los planes con convenio y menor en los planes de “libre elección” del afiliado. Aunque, por ejemplo MED.I.KEN sólo considera la “libre elección” en caso de ocurrir un accidente.

Costos de los Seguros Privados La demanda de los seguros privados de salud en el ámbito nacional se encuentran sin la protección de un seguro de salud, es decir, siete de cada diez ecuatorianos no tienen seguro, ello se explica por la escasa cobertura de los sistemas públicos de previsión y por las restricciones económicas que tienen los hogares, lo cual les impide acceder a programas, pagos de primas y paquetes que exige un seguro de salud privado.

En la siguiente tabla apreciaremos la distribución de la población afiliada a un seguro de salud sea público o privado.

Tabla 2. Afiliación a seguros de salud
(octubre de 1998 - septiembre de 1999)

URBANO				RURAL			
AFILIACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	AFILIACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Seguro privado	4,70%	4,80%	4,70%	Seguro privado	0,50%	0,40%	0,60%
IESS seg general	13,50%	15,60%	11,50%	IESS seg general	3,40%	4,10%	2,70%
IESS seg campesino	0,90%	1,00%	0,90%	IESS seg campesino	16,70%	16,60%	16,80%
Otro seguros	1,50%	1,90%	1,20%	Otro seguros	0,50%	0,60%	0,40%
Ninguno	79,30%	76,70%	81,80%	Ninguno	78,80%	78,20%	79,50%



Como podemos observar, la demanda de seguros privados es pequeña, lo que provoca costos mayores en los planes de salud, el gasto per cápita por beneficiario varía según el gasto al que incurrió el afiliado. Otras explicaciones para el costo de salud se refieren a sobre-prestación y competencia entre empresas de seguros de salud.

La *Sobre-prestación de servicios* está dada por la modalidad de pago de las prestaciones médicas, que en su mayoría son pago por servicio (*fee for services*), este caso, unido al factor de copago que cubren los afiliados y consiente que el médico enfrente una curva de demanda menos elástica por sus servicios, lo que permite subir los precios; los proveedores de salud tienen pocos incentivos a reducir el número y el costo de las prestaciones, éste problema se acentúa por la asimetría de información que se produce en la relación médico-paciente. El paciente tiene pocos elementos de juicio con respecto a su estado real de salud y no sabe si los tratamientos y exámenes sugeridos por los médicos son eficaces o no. Esta situación se presenta en ambas empresas donde la mayoría de prestaciones son dirigidas a la atención ambulatoria.

El estilo del plan se relaciona con la especialidad del prestador del servicio, en el caso de Ecuasanitas se encuentra diez niveles de planes, donde la diferencia es la especialización y categoría de los prestadores, lo que va en relación al precio del plan, es decir el contenido de los planes no tienen tratamientos costo-efectivos con respecto al diagnóstico del afiliado.



La *competencia entre aseguradores* es limitada por la demanda de seguros privados la cual es pequeña en relación a la de otros seguros que se dan en el mercado, los incentivos de ofrecer planes que sean mas adecuados para la salud del afiliado son nulos, debido a que esa demanda esta distribuida entre las empresas ya existentes en el mercado, adicionalmente la posibilidad de que un afiliado se cambie a otra empresa es baja ya que no hay opciones de cambio y de hacerlo queda en riesgo de no ser aceptado por las exclusiones que se fijan en los contratos.

La distribución de la demanda se concentra en las empresas de medicina prepagada y no en las aseguradoras, las empresas de medicina prepagada sólo se dedican a esta actividad mientras que las aseguradoras se dedican a otras actividades de seguros, de tal manera que diversifican su riesgo financiero en las diferentes carteras de otras actividades de seguro como accidentes, robo de vehículos, entre otros.

La movilidad de contratos entre las empresas y los prestadores de salud es alto por la gran variedad de convenios entre un prestador y varias empresas, ello genera un poder de negociación en el prestador, por ejemplo un hospital o clínica posee la información de cuanto están dispuestos a pagar otras empresas por sus servicios, lo cual le permite manejar la negociación, por otro lado un médico decide a que aseguradora prestará sus servicios, aunque de forma individual el poder de negociación lo tiene la aseguradora. Según el nivel de asociación que tengan los prestadores el poder de negociación varia entre cada aseguradora.



Los costos indirectos de la regulación no han contribuido a la reducción de las fallas del mercado, en consecuencia, los problemas de regulación afectan a un grupo pequeño de la población con capacidad de pago en relación a su elección de cómo obtener atención de salud, sea en una aseguradora o empresa de medicina prepagada.

Aunque, en los seguros privados no es un factor primordial la equidad es necesario que se considere en el diagnóstico un tratamiento costo-efectivo, con ello se garantiza una atención de salud de calidad, cuyos resultados se dan en mejoras de salud de los afiliados.

3.4 Modelos de Reforma en los Sistemas de Salud

El panorama de la salud en América Latina es desalentador en relación al acceso de la población a los servicios de salud sean públicos o privados y al financiamiento del costo de la salud, que en comparación con otros países del mundo donde las cifras son alentadoras. Además de la extrema desigualdad del ingreso y la riqueza en la región, existe claramente un problema de mezcla de recursos, instituciones y modalidades de financiamiento que produce bajos resultados en salud para la población.

El mercado de seguros privados de salud en otros países ha sido objeto de cambios, basados en reformas al sistema de salud, en el cual se desarrollan y se involucra a los sectores dedicados a ofrecer o prestar servicios de salud. El segmento de la población que adquiere un seguro varía en cada país, el cual depende de las reformas que se han hecho en el sistema de salud.



Las reformas vinculadas con la descentralización de los servicios de salud tienen una larga tradición en América Latina y se caracterizan por su gran variedad respecto del contenido, extensión y persistencia en el tiempo (Ver anexo 3A). En esta sección se intenta sistematizar las diversas experiencias tratando de tipificar el modelo predominante en cada uno de los países analizados. Los modelos a considerar corresponden a Chile, Colombia y Estados Unidos.

El modelo Chileno presenta seguros públicos y privados, los seguros privados o ISAPRES poseen fallas de mercado en relación a la naturaleza del seguro y a su marco institucional. El Modelo Colombiano, antes de la reforma del sistema de salud era segmentado, luego con la reforma los resultados de las estrategias aplicadas en las diferentes funciones del sistema han sido representativas, para ello se basó en un modelo plural de las instituciones. Este adopta y adapta ciertas estrategias del mercado y competencia en el aseguramiento y prestación de servicios. Es decir, considera las aplicaciones del Modelo Americano, pero debido a su marco institucional debe adaptarlo a la realidad de colombiana. El Modelo Americano o de Enthoven se basa en la competencia gerenciada, los integrantes del sistema se relacionan en el sector público y privado, cuyo objetivo es la cobertura de servicios a la población asegurada.

En las siguientes secciones se explica el contenido de cada modelo, las características de los sistemas de salud que se asemejan a nuestro país, finalmente se presenta una breve síntesis de sus implicaciones y posibles aplicaciones como solución a los problemas de los seguros privados de salud.



3.4.1 Modelo Americano

Los Estados Unidos es diferente entre los países de la OCDE, porque su seguro de salud no es universal como puede observarse en el ANEXO 3B las fuentes del seguro de salud en los Estados Unidos. Alrededor de una-cuarta parte de la población de Estados Unidos es asegurado a través del sector público.

Los programas públicos primarios son: Seguro Médico del Estado que principalmente asegura al anciano, junto con el inválido y las personas con pérdida del riñón; y, Medicaid que asegura a las mujeres más jóvenes y niños, al anciano (para servicios no cubiertos por el Seguro Médico del Estado como el cuidado de amamantar al lactante), el ciego e inválido. Otros programas públicos, son dirigidos principalmente para los veterano, personas a cargo de deber activo y el personal militar que representan el 1% de la población; otro 60% de la población tiene seguro de salud privado, la mayor parte de este seguro es proporcionado por los patronos; menos de 10 por ciento de la población compra seguro de manera individual

Los resultados son favorables en los seguros empleador – patrocinador, en los tratamientos impuesto de este modo de pago; la compensación de los empleados es bajo la forma de salarios y sueldos a los que se impone contribuciones a través de impuestos a la renta Federales y estatales así como es el impuesto de Seguridad Social Federal.

El pago de la compensación es como un seguro de salud, y en contraste, hay exoneración de impuestos. El rango de tasas marginales de impuesto esta entre 15% y 40% para la mayoría de los empleados. El subsidio del seguro de



salud empleador – patrocinador, tal como su opuesto un seguro individual, es sustancial. El subsidio del seguro de salud empleador – patrocinador generalmente es extensivo, sin embargo, esta libre de gastos de bolsillo hechos por los empleados, como resultado se generan incentivos para tener un seguro generoso pagado por los empleadores con un mínimo copago individual.

El restante 15 por ciento de la población de Estados Unidos no tiene seguro, las implicaciones de no ser asegurado son grandes y generalmente son parte de una discusión. Algunos de los no asegurados (quizás 4 por ciento) son elegibles para un seguro público (particularmente Medicaid) pero han escogido no adoptar ese seguro. Probablemente, si estas personas llegan a enfermar ellos se enrolarán en Medicaid. Otros recibirán el "cuidado no compensado" para la atención si ellos llegan a enfermar, sin embargo podrán recibir atención de emergencia sin pagar por esta. Los costos de "cuidado no compensado" entonces se trasladan a las personas con seguro, para quien los pagos hechos exceden el costo de servicios provistos. En este sentido, los Estados Unidos tienen una forma de cobertura de seguro universal para la atención catastrófica, aunque la naturaleza de esta cobertura es indudablemente subóptima, lo que limita la atención primaria y preventiva para quienes no están asegurados.

La última columna del ANEXO 3B muestra los porcentajes de los pagos totales para cada grupo de mercado. Como en cualquier política de seguro, las personas pueden usar más o menos servicios del que ellos pagan. Esto es particularmente cierto para quienes no tienen seguro, cuyos pagos efectivos son más bajo en relación a los costos de servicios que ellos reciben.

Tabla 3. Características de Políticas del Seguros

DIMENSION	COMPENSACION DEL SEGURO	ATENCION GERENCIADA		
		PPO	IPA/CADENA HMO	GRUPO/STAFF HMO
Proveedores calificados	casi todos	casi todos (red)	cadena	cadena
Elección de proveedores	paciente	paciente	El portero (de la red)	El portero (de la red)
Pago de proveedores	pago por servicio	discontinuidad de FFS	capitacion	salario
Distribución de costos	moderado	poco en las redes; alto fuera de cadena	bajo en la cadena; alto fuera de cadena	bajo en cadena; alto para todo fuera de cadena
Roles del asegurador	facturas pagadas	pago de facturas, forma de cadena	pago de facturas, forma cadena; monitoreo de utilización	proveen atención
Límites en la utilización	margen-demanda	oferta-margen (precio)	oferta-margen (precio, cantidad)	oferta-margen (precio, cantidad)

Fuente: The Anatomy of Health Insurance

Las funciones de prestación y financiación son de responsabilidad de organizaciones que compiten por eficiencia.

Las funciones del estado se limitan a dar cobertura a quienes no han optado por un seguro, por lo general, hay pocos hospitales públicos que poseen alta tecnología y brindan servicios a los privados.

El sistema de atención y competencia gerenciada involucra a varios agentes cuyo fin es el beneficio financiero o social. Dadas las fallas de mercado la estrategia para limitarlas es hacia los incentivos correctos. Para ello se crearon organizaciones, incentivos e integración de mercado.



Las organizaciones de prestación de servicios son las encargadas de adquirir recursos de atención de salud apropiados, obtener el mayor beneficio para su dinero, organizar los recursos de atención para su población afiliada, diseñar y ejecutar procesos de atención que produzcan buenos resultados de salud y un mejor beneficio por el dinero, medir y monitorizar desempeño (resultados, satisfacción y costos) así como buscar el mejoramiento continuo de éste.

La estructura de incentivos es para mejorar la calidad y reducción de los costos en las organizaciones, las fuerzas del mercado para transformar el sistema de prestación de servicios, desde un modelo previo fragmentado y disperso, hacia un sistema de organizaciones de cuidado integrado y comprehensivo, que busca constantemente el mejoramiento.

Este sistema establece a las organizaciones de atención gerenciada como los jugadores en el campo y la competencia gerenciada como las reglas de juego con las cuales ellos juegan. Para un mayor detalle de cada función se detallan las responsabilidades de la atención y competencia gerenciada.

3.4.1.1 Atención Gerenciada

Las organizaciones pueden ser según su actividad; PPO o aseguradoras tradicionales y HMO (Health Management Organizations) son grupos de practica prepagada, estas fueron parte de una estrategia nacional para resolver los problemas de crecimiento incontrolado del gasto en salud en el modelo de atención norteamericano.



Los tipos de HMO pueden ser práctica de la HMO, staff e IPA, el primero, se refiere a un grupo de médicos que aceptan los riesgos de los cuidados de salud y premian a los participantes que controlan los costos; el segundo, los doctores son empleados asalariados, el tercero, son médicos o grupo de médicos que aceptan atender exclusivamente a los afiliados de las HMO y PPO; el cuarto, son hospitales se agrupan con su staff médico para ofrecer a sus afiliados servicios integrados de salud con ingresos basados en pagos per-cápita.

Las HMO utilizan una amplia gama de mecanismos de pago, que abarca desde pagos capitados, salarios con bonos por productividad, satisfacción del paciente y éxito en el control de costos, otras usan varias formas de pago por servicio prestado con mecanismos de control.

Las organizaciones de atención gerenciada se pueden considerar intermediarias de prestación de servicios médicos, las cuales desarrollan contratos con sus afiliados o representantes (empleadores o entidades estatales), como con los proveedores de esos servicios; participando como mediadoras informadas o terceros pagadores en el flujo de fondos y servicios de salud. Las HMO, PPO y un seguro tradicional son las organizaciones encargadas de esta actividad.

En general, las HMO enfrentan la necesidad de desarrollar funciones y capacidades que están asociadas con las compañías de aseguramiento, tales como la capacidad para afiliar usuarios, recolectar primas, ajustar los precios de sus servicios, hacer estudios actuariales para estimar los costos de la atención para diferentes grupos de población, hacer arreglos para cubrir servicios que están por



encima de sus capacidades (por ejemplo, contratar con centros nacionales y regionales para la prestación de servicios de alta complejidad), proveer cobertura de aseguramiento para afiliados que están por fuera del área de sus servicios directos y reasegurar costos médicos excepcionales. Ellos también necesitarán reservas para cubrir pérdidas no planeadas. Por lo tanto, estas instituciones terminan creando o asociándose con compañías de aseguramiento.

Los principios esenciales al momento de seleccionar a los proveedores de servicios de salud, consideran cuatro aspectos de las organizaciones. Los aseguradores seleccionan los proveedores por calidad y economía teniendo una contratación selectiva de proveedores para mantener su reputación. Gerencia de utilización, mecanismo que algunas organizaciones desarrollan para establecer límites entre el servicio y el plan contratado, la idea básica es intercambiar volúmenes de pacientes por mejores precios, bajo un pago negociado; y, Gerencia de la calidad se puede emplear mecanismos que permitan medir el desempeño del proveedor con el fin de mantener o no vínculos de contratación

3.4.1.2 Competencia Gerenciada

Son agentes en el lado de la demanda, los cuales contratan con las organizaciones de atención gerenciada, continuamente estructuran y ajustan el mercado para evitar la competencia de precios. Estos agentes pueden ser llamados empleador – patrocinador (sponsors), los cuales determinarían, con mayor autonomía, diferentes reglas de juego



El empleador – patrocinador asegura la oportunidad de comprar cobertura de atención en salud a los miembros de un grupo de población definido. Los empleadores – patrocinadores contratan con las HMO los beneficios que deben cubrir, los precios, los procedimientos de afiliación y otras condiciones de participación. Los "patrocinadores" pueden ser de origen público o privado, tal como los grandes empleadores, una coalición de pequeños y medianos empleadores, el gobierno federal o estatal para los beneficiarios de sus programas o sus propios trabajadores.

3.4.1.3 Problemas del Sistema

El modelo de atención y competencia gerenciada estadounidense tiene su origen en el sistema de salud privado, se fundamenta en las fallas del mercado asociadas a un modelo de aseguradoras tradicionales, en el cual el libre pago y escogencia del proveedor acentúa las imperfecciones del mercado de servicios de salud, constituidas básicamente por las asimetrías de información y los incentivos para el incremento de costos.

El marco institucional no limita las posibles fallas de mercado que se puedan presentar, tales como pérdida de un aseguramiento social amplio, demanda inducida, el excesivo énfasis de una compleja tecnología que deja muy pocas ganancias en el estado de salud a expensas de la atención primaria y la prevención.

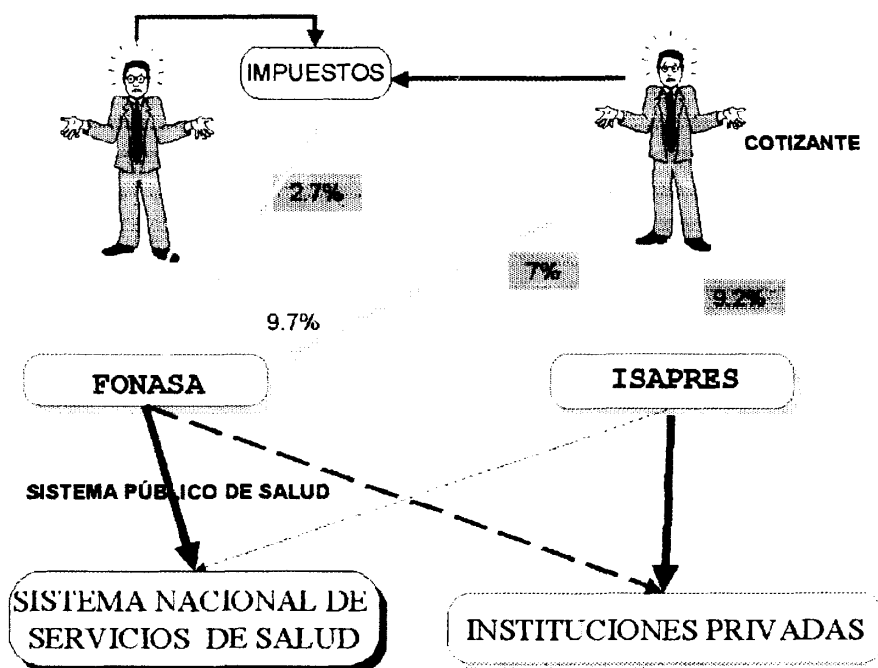
Se establece pública o privadamente, los tropiezos de seguros de salud son los problemas básicos que cualquier asegurador debe enfrentar, aunque la selección adversa disminuyó para el gobierno desde que algunos de sus subsidios

pesaban en los programas, hay un enorme número de personas de mayor edad que eligen participar, predominando el riesgo moral que afecta a los Estados, siendo esta una razón para considerar que ningún asegurador privado esta exento de fallas.

3.4.2 Modelo de Aseguramiento Mixto Regulado de Chile

Este sistema presenta una mezcla de experiencias en cuanto a reformas de separación de funciones; en Chile coexisten los sistemas de seguridad público (FONASA) y el privado (ISAPRE); este sistema es de seguridad social debido a que su principal fuente de financiamiento son los descuentos de planilla; es importante aclarar que se encuentra prohibido por ley la contribución a ambos sistemas simultáneamente; además el FONASA juega un rol de asegurador de última instancia que facilitó el desarrollo del mercado de seguros privados.

Figura 10. Modelo de Aseguramiento Mixto Regulado de Chile



Fuente: Intearación Publico-



El sistema privado de seguros es de carácter individual y no solidario, por una parte, la privatización del mercado de seguros producida en 1980 con la creación del sistema ISAPRE, cubre al segmento de la población de altos ingresos, lo cual produjo una separación de las funciones de compra y provision vía la introducción del tercer pagador puro, similar al caso del mercado de seguros en Estados Unidos, sacando dicho segmento del mercado del servicio Nacional de Salud se integraban las dos funciones.

El sistema público es de carácter solidario, semejante al Modelo Alemán y Modelo Inglés, han existido esfuerzos crecientes orientados a la separación de funciones al interior del sector público, que poseen un origen incipiente en las reformas legales de separación de funciones que tuvieron lugar durante inicios de los ochenta pero que claramente han tomado esa dirección desde principios de los noventa en lo concerniente al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La separación funcional en el sector privado surge con la posibilidad de opting out del seguro social de salud público FONASA hacia las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), estas corresponden a instituciones de seguro privado típicas basadas en contratos de riesgo individual.

Como resultado de la reforma de los seguros privados, los proveedores privados se desarrollaron agresivamente. Aun cuando la ley no prohibía la propiedad de servicios de salud por parte de las entidades aseguradoras, la mayoría de ellas eligieron participar como terceros pagadores puros. De hecho, la



integración vertical es un fenómeno muy reciente que aparece principalmente debido al fuerte incremento de los costos experimentados por este sistema.

En el sistema privado el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización, número, edad y sexo de los beneficiarios (riesgo de salud en caso de ingresar al sistema o cambiar de ISAPRE). El afiliado puede cotizar un porcentaje mayor al mínimo legal de 7% con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. La función de la ISAPRE es financiar de las prestaciones médicas de los beneficiarios dependiendo del plan de salud del afiliado y del tipo de prestación.

El contrato de salud en el sistema ISAPRES es siempre individual, aún en el caso de planes colectivos. Las ventajas del contrato individual son libertad de afiliación de los individuos y mantenimiento de la movilidad laboral.

La desventaja del contrato individual es que aumentan los costos de salud, debido a que los aseguradores desean conocer los riesgos de salud asociados a cada nuevo afiliado y se reduce el rol asegurador del sistema, lo cual eleva los gastos de administración y comercialización, para las ISAPRES es más atractivo desafiliar al que adquirió una enfermedad catastrófica que generará gastos mayores.

Las diferencias entre planes colectivos en individuales son las características medias del grupo y con ello pueden tener beneficios adicionales; aunque se mantiene la movilidad laboral no cae en los problemas del contrato individual, esto



se debe a que el asegurador gasta menos recursos en identificar los riesgos de salud de cada afiliado y sus beneficiarios.

El problema de la movilidad laboral es la pérdida de los beneficios adicionales, cuando el trabajador deja la empresa la ISAPRE reconocerá al afiliado como un asegurado individual, lo cual modifica el precio según el factor de cada beneficiario.

Las prestaciones de salud recibidas por los beneficiarios son otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes. Sin embargo algunas ISAPRES se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales, con el fin de tener un mejor control de costos de salud. En este sistema el empleador puede contribuir con un 2% adicional del salario del trabajador, el cual puede ser compensado de la base de los impuestos a las utilidades de la empresa.

Los incentivos inherentes en el sistema de seguros privados en los primeros diez años de nula presencia de agencias regulatorias, presentaron una significativa selección de riesgo y descreme de mercado por parte de las ISAPRE. Con la reforma de 1991 se consideró las enfermedades crónicas y un aspecto fundamental la creación de la Superintendencia de ISAPRES, ente fiscalizador de las ISAPRES, con diversas facultades. Y con la reforma de 1995 se introdujo cambios que aumentan la transparencia de mercado, cuentas individuales para los excedentes.



Las funciones de la Superintendencia de ISAPRES son: (i) dictar instrucciones de carácter general para interpretar los contratos de salud y su fiscalización, (ii) cautelar los principios contables para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones con los afiliados en relación a las garantías financieras. Una de sus facultades es aplicar sanciones, puede ser árbitro para resolver las controversias que surjan entre las ISAPRES y sus afiliados, sin perjuicio de que el afiliado pueda acudir a la justicia ordinaria. Las ISAPRES pueden interponer recurso de reposición ante la Superintendencia en contra de resoluciones que dicte la autoridad, en caso de ser ignoradas pueden presentarse ante la Corte de Apelaciones.

La reforma de 1995 introdujo modificaciones adicionales que intentan hacer efectiva la prohibición de descartar a los afiliados con enfermedades crónicas y aumentar la transparencia de mercado. Al margen de la reforma los planes ISAPRES deberán mantener la relación de precios por sexo y edad que estuviese establecida en el contrato original y junto con las condiciones generales solo se usa un arancel al expresar el valor de cada prestación en pesos o UF.

El objetivo de la reforma de 1995 era reducir la exclusión y eliminar las restricciones de cobertura a las preexistencias médicas, pero como resultado las ISAPRES no están afiliando a nuevos cotizantes con preexistencias, lo cual ocurría de forma escasa anteriormente, debido a que se ofrecían planes que excluían los beneficios correspondientes a prestaciones derivadas de enfermedades declaradas.



Las críticas al sistema ISAPRE son el impacto en los costos de salud, la baja cobertura en las enfermedades catastróficas, la pérdida de la libertad de afiliación cuando se adquiere una enfermedad crónica y la falta de transparencia del mercado. Otras se dan por la inestabilidad de la ISAPRE y por la interacción entre los sistemas público y privado.

Los problemas del sistema se relacionan con: (i) la gran variedad de planes no permite al afiliado elegir el plan más adecuado a sus necesidades, (ii) la deficiente cobertura de las enfermedades catastróficas se refleja en planes de salud superfluos que promocionan más la atención ambulatoria dado que los afiliados creen que hay poca posibilidad de caer en un siniestro, (iii) los cotizantes cautivos quedan atrapados en una ISAPRE porque al intentar cambiar de aseguradora con un alto riesgo de salud, la nueva ISAPRE lo rechazará por preexistencia de la enfermedad.

Los costos de la salud son elevados por la demanda inelástica de los servicios, lo que permite al médico subir sus precios, es decir, los proveedores de salud tienen pocos incentivos a reducir el número y el costo de las prestaciones, dependerá del nivel de ingreso y por el bajo número de profesionales en algunas especialidades.

La competencia entre aseguradores se ve afectado por la complejidad y falta de transparencia en el mercado de los seguros de salud, además compiten por una variedad de cotizaciones que dependen del nivel de ingreso de sus afiliados.



La necesidad de introducir cambios globales a los seguros de salud públicos y privados sin continuar realizando modificaciones marginales, que a menudo tienen resultados opuestos a los esperados, han generado propuestas que respetan los legítimos intereses de las partes involucradas, pero a la vez reducen los graves problemas del sistema.

Las propuestas para la renovación del sistema son: cubrir a toda la población en el sistema público o privado contra catástrofes médicas, preservar la libre elección de los consumidores entre planes y entre ISAPRES, reducir los incentivos a discriminar en contra de los afiliados que representan un alto riesgo de salud y crear incentivos para limitar el crecimiento de los costos de salud.

3.4.3 Modelo de Pluralismo Estructurado, Experiencia Colombiana

La evolución de la situación de salud colombiana puede caracterizarse como resultante del choque entre una rápida transición demográfica – epidemiológica y una lenta dinámica institucional y financiera, como resultado existía una segmentación en el acceso de la población a los servicios de salud y un alto costo para la población más pobre. Los problemas sistémicos de orden financiero e institucional que enfrentaba el sistema de salud colombiano a inicios de los noventa se reflejaban en indicadores agregados de salud y de equidad cuyos resultados era la desigualdad en el acceso y financiamiento a los servicios de salud.

El gasto en salud se encontraba excesivamente atomizado; los gastos de bolsillo representaba mas de un 50% del gasto en salud, que por lo general recaía en la población con menores ingresos, esto se debía, al bajo grado de desarrollo de



la seguridad social que conllevo al surgimiento de nuevas modalidades de prestación con el fin de captar a ciertos grupos de la población y proporcionarles los servicios de salud que estén de acuerdo a su capacidad de pago (ver ANEXO 3C), lo que generó duplicación de gastos por la doble afiliación de un grupo significativo de la población.

El sistema público de salud no estaba alcanzando sus objetivos de eficiencia y equidad en la población, debido a que estaba ejerciendo las funciones de financiador y administrador, lo cual creaba una baja cobertura y altos costos para los pobres; como financiador centralizaba recursos públicos y el subsidio era obtenido por personas con capacidad de pago; como administrador tenía responsabilidades en los sistemas de hospitales de segundo y tercer nivel, ofrecía cobertura de servicios ambulatorios y médicos; además las políticas publicas no coincidían con las enfermedades frecuentes de la población, aunque se realizaron intentos de municipalizar los centros y puestos de salud, pero las dificultades técnicas y políticas, no concretaron esa iniciativa.

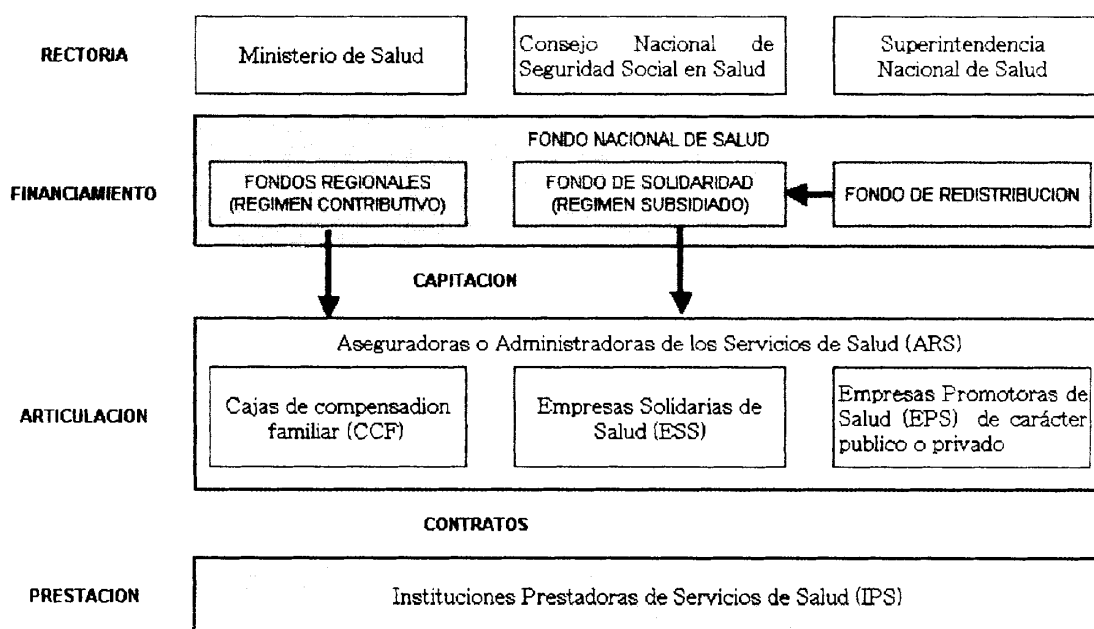
3.4.3.1 Diseño de la Reforma del Sistema de Salud

El sistema de salud tenía incentivos para cambiar el viejo modelo segmentado que no alcanzaba las expectativas de equidad en el acceso a los servicios de salud y la eficiencia de los costos, por uno que si lo realizara. En la década de los noventa, Colombia inicia una amplia reforma de su sistema de salud, la cual da origen a un nuevo modelo de organización y funcionamiento de la atención, denominado el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud. Esta reforma considera un abordaje del sistema de salud que involucra conceptos como

el de aseguramiento universal en salud, competencia entre aseguradores y prestadores de servicios, define un modelo integral de atención en salud, separa las funciones del sistema en entidades diferenciadas y establece nuevos mecanismos financieros.

Para iniciar el proceso de reforma se tuvo que realizar varios cambios en el marco institucional comenzando por la Constitución y su respaldo en nuevas leyes para la aplicación; con la Asamblea de 1991 se definieron los principios de la seguridad social bajo un entorno de sostenibilidad financiera y pluralidad de agentes públicos y privados, además se crearon dos leyes: Ley 60, hace referencia a la descentralización de los servicios sociales y Ley 100, estructura las reglas de juego de un sistema plural de instituciones en favor de la reforma de la seguridad social. (Ver ANEXO 3D).

Figura 11. Modelo de Pluralismo Estructurado



Fuente: Cendex



El sistema colombiano puede caracterizarse por ser de competencia estructurada con financiamiento público para un paquete universal de servicios personales de salud; la esencia del sistema está en el diseño de las instituciones y los incentivos globales para universalizar el acceso a la población.

El diseño institucional identifica a los agentes especializados para realizar las cuatro funciones básicas del sistema de salud: rectoría, financiamiento, articulación y producción de servicios. (ver ANEXO 3E). Los incentivos globales se diseñaron para estructurar las modalidades de competencia en aquel ámbito donde los mercados podrían tener menos fallas para la provision integrada de servicios.

La aplicación de la reforma al sistema ha tenido buenos resultados, aunque no pueden descartarse los problemas que surgieron para su desarrollo dentro de los cuales están los de orden técnico, institucional y político, debido a que las leyes establecieron un marco general para la reforma del sistema, sin embargo éstas no entran en detalles para su operación, lo cual pudo dar flexibilidad al generar los complementos para concretar la reforma.

El sistema colombiano se diferencia de los otros sistemas latinoamericanos en la incorporación de la función de articulación, la cual se desenvuelve básicamente en la representación de los afiliados con los proveedores de los servicios a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), mientras que en otros países la integran con la función de financiamiento o prestación; con ello se logra un mayor acceso de la población a los servicios de salud.



El afiliado tiene derecho a un plan de beneficios según su régimen de aportación, éste paga directamente al Fondo Nacional de Salud, la capitación debe de financiar el plan de salud con el objetivo de que el Fondo pueda efectuar el pago a las ARS. La movilidad de una ARS a otra permite la libertad de elección del afiliado, donde puede estar por un periodo anual o menos y puede incorporarse a cualquier otra, con la ventaja de no ser excluido, también poseen una red de servicios con los cuales garantiza el plan de beneficios y realiza el contrato con el afiliado para incluirlo en sus actividades.

El sistema incorpora a toda la población, con capacidad de pago y pobres, por mandato la afiliación se realizó hasta cierto periodo de tiempo; cada uno financia al sistema bajo dos regímenes: (i) régimen contributivo, involucra a las personas que financian con el 12% de sus ingresos; para los trabajadores independientes y para los trabajadores dependientes se comparte entre un 8% del patrono y 4% del salario del trabajador, (ii) régimen subsidiado, se financia a través de dos vías; recursos estatales, recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que corresponde al 1% del régimen contributivo, esto significa que el subsidio es directo a la demanda.

Para determinar el plan de beneficios se empleó una metodología que permite diferenciar las prestaciones para cada población objetivo dentro de los cuales tenemos: (a) Plan Básico, para la población subsidiada, su definición fue bajo la valoración de carga de la enfermedad (Murray 1995) y parámetros de efectividad aceptados internacionalmente, en su conjunto se pudieron obtener costos aceptables para fijar la capitación, (b) Plan Universal, para la población con



capacidad de pago, cuya elaboración tenía dificultades con los tratamientos costo-efectivo debido a que la ley no permitía excluir diagnósticos, salvo los casos en que los tratamientos no eran costo efectivos, por lo tanto se excluyeron procedimientos para fines: estéticos, curativos para diagnósticos incurables, experimentos no aprobados por las sociedades científicas y no médica rehabilitación.

La capitación debe financiar al plan de salud, para su fijación fue necesaria información de los riesgos observables como son edad, género y lugar de residencia. El riesgo era obtenido de las incidencias de cada enfermedad por grupo de edad y género, se elaboró una elasticidad empírica para la demanda; donde la única diferencia de género se basa en la edad de la mujer para procrear, con ello se fijó la capitación para siete grupos de edad – género. Adicionalmente, esto permitía reducir los riesgos de selección adversa.



A través de las Organizaciones Articuladoras de Servicios se tenía que evitar el problema de control de costos para cumplir su función en el sistema, aunque se encuentren casos de algunas que incursionan en la atención ambulatoria, para evitar esta situación y garantizar sus funciones se consideran dos variables para monitorear a estas organizaciones, el capital inicial se fija en USD 4'000.000 y el grado de liquidez requiere de un mes de capitación equivalente a un nivel de equilibrio de 100.000 afiliados.

Para la focalización del subsidio a la población, por debajo del nivel de pobreza, se dispuso la construcción de un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) basado en la observación de varios indicadores sociales que permitan



predecir el grado de pobreza de cualquier hogar. Las transferencias del gobierno central a los municipios dependían de la elaboración de una encuesta a la localidad.

El desafío del sistema era la inclusión de los pobres, para ello en las leyes 60 y 100 se configuró un régimen especial denominado Régimen Subsidiado de Seguridad, cuyas características fueron:

- Afiliar al 30% de la población que esta bajo la línea de pobreza
- Financiar el plan básico de salud para este sector a través del 1% del régimen contributivo y conceder el 60% de los ingresos que el estado asigna a los servicios de salud
- Transición para la incorporación gradual de este grupo de la población al sistema de competencia estructurada.

Los Problemas institucionales y políticos son al parecer los que de alguna manera frustran el desarrollo del sistema de salud; la aplicación de la Ley al Sistema debía estar acompañada de instrumentos técnicos para concretar la reforma, esto podría tomar años antes de que puedan ejecutarse, por lo que se debió agilizar los recursos y promover a los nuevos agentes del sistema. La única forma de alcanzarlo era vía decreto previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social y del Congreso mediante algunas propuestas, entre las cuales estaba; el sistema de capitación, mecanismos de redistribución de recursos, definición de planes de beneficios, la conformación de los nuevos agentes (EPS y empresas solidarias) y mecanismos de identificación de beneficiarios.



3.4.3.2 Problemas del Sistema

Los problemas institucionales se daban porque algunos actores del sistema eran reacios al cambio, entre los cuales están, Instituto de Seguros Sociales, Direcciones Departamentales y Hospitales Públicos, sin embargo, los nuevos agentes poco a poco se estaban adaptando al cambio.

Los problemas políticos se daban por la inestabilidad de los actores del sistema, en especial el Ministerio de Salud, por los frecuentes cambios de ministros, lo cual generaba baja capacidad del gobierno para direccionar la estrategia del sistema.

Para solucionar estos problemas se consolidan las responsabilidades del Consejo Nacional de Seguridad Social, por el compromiso de la reforma en relación con los tres créditos efectuados con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, además del seguimiento de los alcances que sería realizado por un grupo técnico neutral a estos conflictos, conformado por los realizadores de las propuestas aprobadas para asegurar el proceso de cambio.

En relación al sector privado los primeros resultados indican que los afiliados a planes prepago tienden a incorporarse al sistema, por lo tanto está en decrecimiento; pero por el lado de los planes complementarios y seguros tradicionales este se incrementa. Por lo general los seguros privados son adquiridos por personas con mayor capacidad de pago.



3.4.4 Lecciones para Ecuador

A través de la experiencia Colombiana se puede considerar que una reforma debe estar en relación al marco institucional de cada país, por lo tanto un modelo de salud que resulta en un país no necesariamente será eficiente en otro. Entre las lecciones aprendidas, se encuentra que grandes desarrollos acelerados pueden tener mayor éxito que cambios graduales, lo cual se considera como la única solución frente a problemas dinámicos, en otras palabras es necesario cambiar lo viejo por lo nuevo, porque el hecho de reasignar recursos genera mayor conflicto en el proceso de cambio.

El ejemplo de Chile con su sistema ISAPRE nos muestra la organización y funcionamiento que pueden alcanzar las aseguradoras privadas, además no ilustra con fundamentos de una economía de libre mercado con libre elección y movilidad laboral. Sin embargo las múltiples ventajas del sistema no son suficiente para evitar las pérdidas de bienestar, es más, en algunos casos se acentúan las fallas tales como selección adversa y riesgo moral, por esa razón, se consideró la creación de la Superintendencia de ISAPRES, como el ente encargado de desarrollar y aplicar el marco regulatorio.

Del Modelo Americano o de Enthoven extraemos la importancia de mantener en el mercado la competencia y atención gerenciada, ya que es a través de los patrocinadores, representantes de los consumidores; y, de las aseguradoras, HMO, PPO, entre otras que realizan las negociaciones adecuadas para eliminar los sesgos de selección.

Para el caso ecuatoriano se han definido las fallas de mercado del sector privado de salud y un análisis a la reforma del Sistema Nacional de Salud con respecto a sus objetivos y posibles resultados, considerando la realidad del sector privado en el mercado, por ésta razón como parte de nuestro aporte personal exponemos los elementos a considerarse en nuevo marco regulatorio.





CONCLUSIÓN

El trabajo de investigación realizado presenta tres diferentes facetas siguiendo un orden natural desde la descripción teórica, pasando por un análisis del mercado en términos de fallas, comportamientos, estructuras e incentivos hasta finalizar con un detalle de la realidad nacional en salud así como también una recopilación de experiencias internacionales cercanas a la reforma de Ecuador.



Dado el marco teórico y las herramientas de análisis tal como el paradigma estructura-conducta – desempeño pudimos observar que el mercado de seguros del Ecuador indudablemente está en espera de una reforma que no solo vaya a beneficiar a cierto grupo poblacional, sino que integre a toda la población ecuatoriana en un mismo sistema, sin embargo, este tipo de reformas no se pueden hacer dentro de un solo periodo presidencial y con constantes cambios en las políticas. Como se trato en el último capítulo las reformas de otros países son muchos años de ensayo y errores para tratar de mejorar la eficiencia en la provisión.

Nuestro análisis basado en el mercado de seguros privados rescata varios temas que necesitan con urgencia un cambio dentro del sector, así por ejemplo se



puede observar que en el mercado de seguros, las compañías aseguradoras se rigen bajo dos superintendencias completamente diferentes, es decir, las financieras se rigen por la Superintendencia de Bancos y las proveedoras de salud (medicina prepagada) están bajo la jurisdicción de la Superintendencia de Compañías.

Otro problema grave que debe ser superado es la integración vertical que se encuentra dentro de las instituciones proveedoras de salud, ya que mezclan dos y tres actividades completamente diferentes. Por lo tanto en un mercado pequeño como el nuestro es necesario la separación de funciones para evitar incentivos perversos, distorsiones y fallas de mercado.

Para mejorar el sistema de salud Ecuatoriano se puede comenzar con una reforma al sector privado, sin olvidar a la población que solo cuenta con la provisión pública para satisfacer sus necesidades de salud. Esta mejora al sector privado debe incluir aspectos como la definición de planes básicos o integrales para personas de bajo riesgo hasta planes complejos para incluir a los más riesgosos, así como también se necesitarán mecanismos tendientes a reducir las ineficiencias e inequidades dentro del sector.

Finalizando nuestro trabajo extraemos los aspectos relevantes de la experiencia internacional que serán apoyo en la consideración de elementos necesarios para un nuevo marco regulatorio en el país, lo cual nos alienta a considerar que el objetivo principal del análisis, ser una exposición clara y con sustento teórico de fallas e incentivos, se cumplió. Además de ser la base sobre la cual se desarrollen múltiples trabajos relacionados al sector salud.



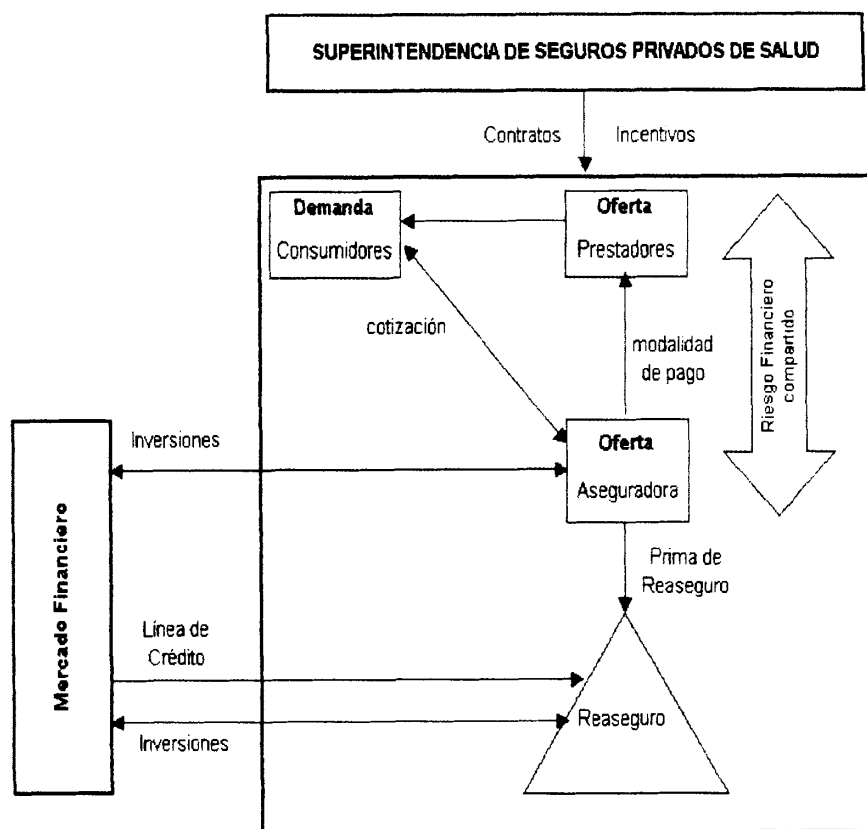
RECOMENDACIONES

ELEMENTOS PARA UN NUEVO MARCO REGULATORIO

En capítulos previos se elaboró un esquema basado en el paradigma estructura—conducta—desempeño, en el cual se explicaba el comportamiento del mercado actual de seguros privados de salud, detallando las características de las entidades que lo integran y la forma como difieren, así como también las fallas generales que éste mercado genera. Dados estos antecedentes se plantea en la figura 12 un diseño de mercado tendiente a reducir las desigualdades existentes y por lo tanto, minimizar las fallas para lograr mayores beneficios a los afiliados.

Este esquema involucra a cada uno de los agentes que compartirán la responsabilidad del funcionamiento eficiente del sistema propuesto, para esto se definirá el rol de cada participante.

Figura 12. Diseño de un Nuevo Marco Regulatorio



Elaboración: Autoras

Antes de definir los roles se considera importante mencionar que en el campo de la regulación de seguros se han realizado varios esfuerzos tendientes a mejorar el sistema; sobre todo en el manejo de las aportaciones. Por lo tanto, basados en la Ley de Seguridad Social (artículo 331), se crea una Superintendencia de Seguros Sociales y Seguros Privados que es una entidad autónoma encargada de vigilar y controlar las actividades de las entidades públicas y privadas, no obstante, dadas sus múltiples funciones expresadas en dicha ley, se observa ineficiencia y doble regulación generada en determinadas áreas,



específicamente seguros privados de salud, razón por la que se considera una separación de funciones que involucre la unificación de las instituciones financieras y medicina prepagada dentro una misma institución reguladora constituida como una "Superintendencia de Seguros Privados de Salud".

La Superintendencia de Seguros Privados de Salud en caso de su creación y existencia física, elimina la doble regulación existente, es decir, que tanto las financieras como las proveedoras y administradoras dedicadas a ofrecer seguros de salud en sus dos modalidades quedan sujetas bajo un mismo regulador, acción beneficiosa para los consumidores en la medida que ésta entidad defina las reglas del juego para todos los agentes que intervienen en el mercado de seguros de salud.

Es necesario aclarar que una Superintendencia de Seguros Privado de Salud para que contribuya con el bienestar del consumidor deberá ser una entidad autónoma con financiamiento propio y bajo el encargo de un agente neutral que no forme parte del mercado en forma directa, así se evita debilidades comunes presentadas usualmente en las Superintendencias, puesto que se pueden generar incentivos perversos debido al manejo de información privilegiada entre la autoridad y los agentes.

Según la teoría encontramos dos tipos de regulaciones, de estructura y de conducta. La primera se refiere a mercados fuertemente integrados y monopolios con grados relativamente altos de concentración que requiera la división de

funciones. La segunda, en cambio, se relaciona con el uso de información privilegiada y creación de barreras a la entrada.

Se justifica la regulación por conducta aún cuando el mercado presenta cierto grado de integración vertical en una de las compañías de medicina prepagada, éste no genera problemas de eficiencia ni gran poder de mercado que requiera regulación de estructura, por lo tanto se observa que la vía óptima es la regulación por conducta, por medio de la cual se definiría el comportamiento y las relaciones de los agentes del mercado.

Un requisito fundamental para que la intervención gubernamental en un mercado se justifique es que los beneficios de la misma sean mayores a los costos. En este caso, se obtendrían grandes beneficios sociales al contar los afiliados con una institución que los represente, establezca las reglas del juego y minimice los costos de coordinación. Se esperaría que los costos de la regulación (auditoría, inspectoría, defensoría) no superen a los beneficios³¹.

Para contribuir con la reducción de fallas y las inequidades del sistemas las siguientes recomendaciones no pretenden ser restrictivas a tal punto de limitar el mercado con medidas rígidas, sino mas bien, contribuir al fortalecimiento de un mercado como éste que se encuentra en desarrollo.

³¹ Una evaluación completa de los costos y beneficios de la regulación escapa del alcance de esta tesis. Vale decir, que una regulación de *primer mejor* debería considerar la posibilidad de evaluar la labor de los médicos, pero esto seguramente elevaría los costos por encima de los beneficios lo cual hace poco recomendable esta posibilidad



✓ Definir un mecanismo de protección para que la Superintendencia pueda proteger al consumidor, esto a través de la Tribuna del Consumidor; entidad donde los afiliados tengan la opción de acudir con el fin de que sus quejas justificadas serían investigadas y si fuese el caso la Tribuna del Consumidor a través de la Superintendencia rectificará las faltas existentes.

✓ Para lograr equidad entre la población afiliada a seguros privados se requerirá de un plan básico que incluya diagnóstico con tratamientos costo-efectivos, que será ofrecido por todas las aseguradoras para las personas de cualquier nivel de riesgo, evitando que se pague por prestaciones no utilizadas, adicionalmente se incluirá a las personas de mayor riesgos creando planes complementarios.

✓ Para disminuir las fallas de selección de riesgo y descreme de mercado se considerará la diferenciación de planes complementarios como mecanismo idóneo para que los afiliados sean atendidos de acuerdo a sus riesgo.

✓ La disminución de la selección adversa y riesgo moral sería a través de la superintendencia con la aplicación de la propuesta existente, contar con una base de datos de los afiliados que defina su historia clínica única. Para evitar la posibilidad de selección adversa entre los afiliados se considerará la intervención de una Auditoria de Salud, como función de la superintendencia.



- ✓ El establecimiento de procedimientos (procedimientos a seguir para una determinada prestación) ayudará a que el afiliado no se encuentre en desventaja de información con respecto al médico, lo que reducirá la demanda inducida.

- ✓ Los Auditores de Salud estarán enfocados a disminuir las exclusiones de enfermedades preexistentes y a garantizar la renovación de contratos de los afiliados con revelación de éstas enfermedades pocos meses antes de la terminación del contrato, bajo ciertas condiciones. Otra de sus funciones es verificar la calidad de los servicios de salud otorgados por los prestadores.

- ✓ La inspectoría será una estrategia para prevenir las incoherencias que se encontraren en el desempeño de las instituciones, es decir, se requerirá de una medición del nivel de satisfacción de los afiliados de acuerdo al cumplimiento del contrato por parte de la aseguradora.

Es importante observar que en la actualidad la integración que encontramos en unas pocas aseguradoras no son motivo de regulación de estructura debido a que no otorgan mayor poder de mercado a éstas y menos aún se tienen problemas de eficiencia, no obstante, se puede prever que en el futuro bajo la misma institucionalidad y con el mercado en desarrollo se podrá encontrar empresas completamente integradas produciendo grandes pérdidas para los afiliados, solo en este caso, se tomará medidas al respecto para evitar que existan barreras estratégicas por parte de estas instituciones integradas.



Aseguradoras, estas conforman la oferta de mercado de seguros y la demanda del mercado de prestaciones para ello eligen los proveedores con los cuales les resulta económicamente eficiente trabajar, esto es elegir el método de pago adecuado que disminuya en mayor cantidad los incentivos perversos, sin que por ello se llegue a integración de dos mercado.

Prestadores de Salud, oferta del mercado de prestaciones, ésta constituido por médicos, clínicas, laboratorios, centros médicos, policlínicos, entre otros. Estas entidades ofrecen servicios de salud de tal manera que se enfrentan con la demanda de una aseguradora, la misma con la que realiza un arreglo institucional, tal como la modalidad de pago que debe ser elegida cuidadosamente ya que se puede afectar a los consumidores por los incentivos creados.

Las prestadoras de salud que se encuentran en el mercado deben estar sujetas a auditorías de calidad de servicios, de tal manera que se eviten abusos hacia los consumidores y se puedan ofrecer servicios de calidad. Además deben aplicar las reglas establecidas por la superintendencia entre ellas el plan básico y auditorías de salud.

El riesgo financiero compartido está dado en dos aspectos en el primero hace referencia a las aseguradoras y los prestadores a través de las modalidades que se apliquen evitando que una de las dos tenga mayor poder de negociación. La segunda se da entre los usuarios y las aseguradoras través de los co-pagos con el fin de que los dos agentes participen en el gasto de salud..



La Reaseguradora es la entidad que va a respaldar a las compañías de seguros a través de un reaseguro cuando éste necesite cubrir a un gran número de clientes. Ello evitará que la aseguradora sea su propio respaldo y se reduzcan las negociaciones directas con el mercado financiero con el fin de financiar catástrofes de sus afiliados.

El Mercado Financiero está conformado por varias entidades dedicadas a la actividad financiera entre ellas esta la banca que servirá como prestamista de última instancia, en el caso donde la reaseguradora solicite líneas de crédito o desea invertir en activos para incrementar su capital.

El contacto de las aseguradoras con este mercado se da en relación a las inversiones que se harán con los fondos obtenidos de las contribuciones mensuales de los afiliados, para lograr movilidad del dinero y generar rentabilidad. En caso de financiar catástrofes, la aseguradora no deberá recurrir a préstamos a dicho mercado ya que se cuenta con el respaldo de la reaseguradora, adquirida precisamente para este fin.

Consumidores; conforman la demanda de mercado de seguros y prestaciones de salud de diferentes compañías, los mismos que contando con mayor información tendrán la opción de elegir libremente a los prestadores y el plan de seguros de salud según su conveniencia, en consecuencia, se obtendrán mayores beneficios en cuanto a calidad, precios y sobre todo la posibilidad de acudir a una entidad reguladora en el caso de existencia de incumplimiento del contrato.

ANEXOS



TIPOLOGÍA DE LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Integración de Poblaciones	Integración de Funciones Institucionales	
	Integración Vertical	Separación
Integración Horizontal	Modelo Público Unificado (Cuba, Costa Rica)	Modelo de Contrato Público (Brasil)
Segregación	Modelo Segmentado ECUADOR	Modelo Privado Atomizado (Argentina, Paraguay)

Elaboración: Autoras

ANEXO 1B

DISEÑO DEL MODELO SEGMENTADO



CIB-ESPOL

Funciones	GRUPOS SOCIALES			
	Con capacidad de Pago			Pobres
	Con Seguro Social	Con Seguro Privado	No Asegurados	
Modulación	↓	↓	↓	
Financiamiento				
Articulación				
Prestación				
	Instituto de Seguridad	Sector Privado	Ministerio de Salud	

Elaboración: Autoras

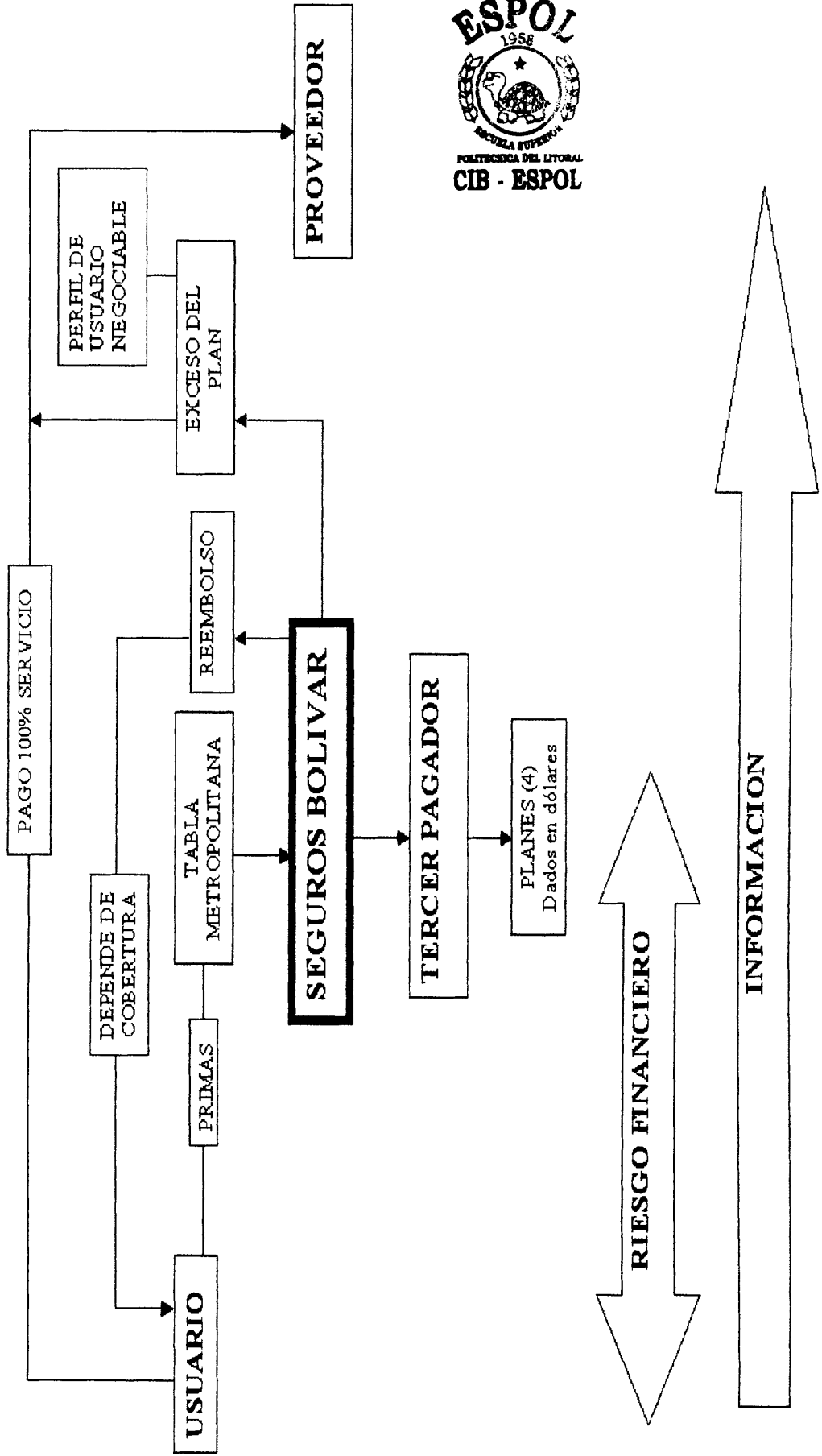
**ANEXO 2A
DIFERENCIACIÓN DE PLANES**

CARACTERÍSTICAS		PLANES	BENEFICIOS		COBERTURA		MENSUALIDAD	PRIMA	COBERTURA MAXIMA	COPAGO		EXCLUSIONES
			AMBULATORIO	HOSPITALARIO	DEDUCIBLE	MONTO				AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
INSTITUCIONES FINANCIERAS COMO ASEGURADORAS	GENERALI	Nacional 1 Internacional 4	diagnostico por imágenes, consultas, analisis clinicos, farmacia, entre otros, SIDA bajo 2 años de contrato	Internación, maternidad.	Nacional USD6000 Internacional USD 500 - 5000	No por ser financiadora	No por ser financiadora	De acuerdo al deducible y edad	Nacional USD60.000 Internacional USD2000.000	Usuario Internacional 80% Nacional 90%	Prestador o Credito Hospitalario Internacional 100% Nacional 90%	Limite de edad, enfermedades preexistentes y congénitas, atención preventiva
	BOLIVAR	Nacional 4 Internacional 1 (AMI)	exámenes clinicos y por imagenes, consultas, farmacia, SIDA en plan AMI, entre otros	maternidad, donacion de organos, cirugía estetica por accidente	USD 300, 1.000, 2.000, 5.000 10.000 y 20.000	No por ser financiadora	No por ser financiadora	De acuerdo al deducible y edad	Internacional USD1000.000	Tarifas Establecidas	Cuadro cerrado 80% Cuadro abierto 70%	Limite de edad, enfermedades preexistentes, atención preventiva, medicina alternativa
ADMINISTRADORAS COMO ASEGURADORAS	HUMANA	Practihumana Practihumana especial Metrohumana Metrohumana especial. Cuadro Cerrado Cuadro Abierto	farmacia, atención ambulatoria, medicina alternativa, gastos medicos de recién nacido, exámenes auxiliares o diagnostico	maternidad, internación, rehabilitación	No por ser administradora de fondos	Practihumana USD 3000 - 10000	Según Monto, edad y género	No por ser administradora de fondos	Según Monto del Plan	Metrohumana Cuadro Cerrado 40% - 90% Cuadro Abierto 30% - 70%	Metrohumana Cuadro Cerrado 100% Cuadro Abierto 70% maternidad según tarifa	Enfermedades pre-existentes y congénitas. Transplante de organos, atención preventiva
										Practihumana Cuadro Cerrado 40% - 90% Cuadro Abierto 30% - 70%	Practihumana Cuadro Cerrado 100% Cuadro Abierto 70% maternidad según tarifa	
PROVEEDORAS DE SALUD COMO ASEGURADORES	MED.I.KEN	Familiares	Consulta externa, Exámenes de laboratorio clínico, Resonancia magnetica, Exámenes de diagnósticos, farmacia	Fisioterapia y rehabilitación, Hospitalización sin cirugía, Cirugías programadas, Maternidad	No por ser medicina prepagada	USD 5000, 7000, 12000, 50000	Según edad, genero y monto del plan	No por ser medicina prepagada	sin limites en prestar servicios	pago directo con cupones Bonos 70% del examen farmacia 50%	caso de emergencia y fuera de Guayaquil, Bonos 70% de la cirugía farmacia 60%	enfermedades existentes mayores de 5 años bajo auditoria medica
	ECUASANTAS	Azul Total Ambulatorio Hospitalización	Consulta externa, Exámenes de laboratorio clínico, Resonancia magnetica, Exámenes de diagnósticos y solo rutina en Plan Total, Quimioterapia, farmacia	cirugía de toda clase, maternidad	No por ser medicina prepagada	I.N.P.*	Según edad, genero y monto del plan	No por ser medicina prepagada	sin limites en prestar servicios	Azul 80% Total pago directo con cupon	Total y Azul con cupones u ODAS depende prestación	enfermedades pre-existentes, transplante de organos, ortopedia, medicina alternativa, sida
	SALUD	10 niveles de atención	consultas, examen de laboratorio, imagenes y diagnóstico, farmacia, medicina alternativa	cirugías programadas en cualquier especialidad, maternidad,	No por ser medicina prepagada	USD 3000 - 50.000	Según edad, genero y monto del plan de atención	No por ser medicina prepagada	Cobertura Total	aliados 60% - 60% otros prestadores 40% - 60%	aliados 100% otros prestadores 60%	enfermedades pre-existentes, transplante de organos, ortopedia, sida

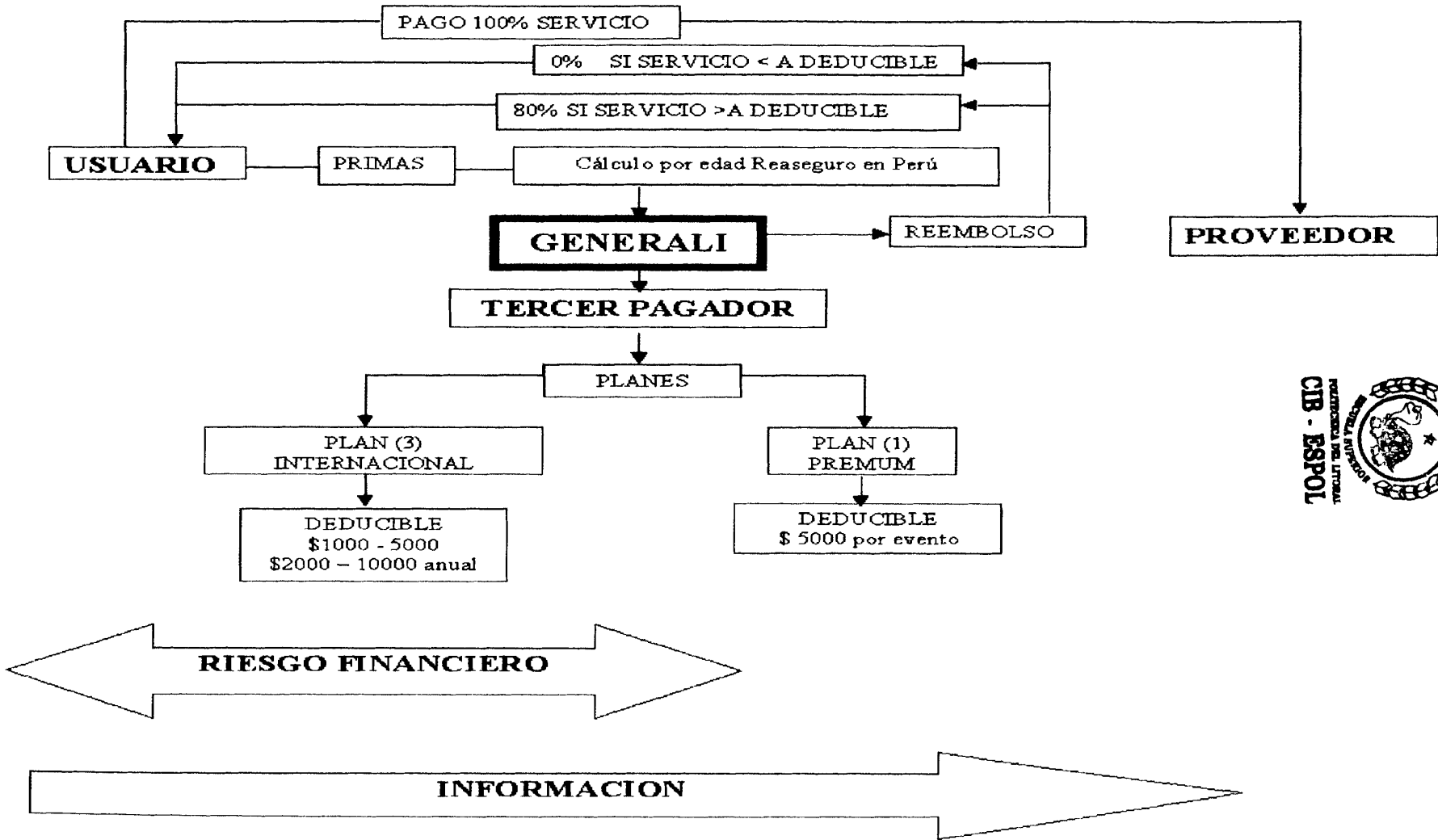
* I.N.P. INFORMACION NO PROPORCIONADA

Elaboración: Autoras

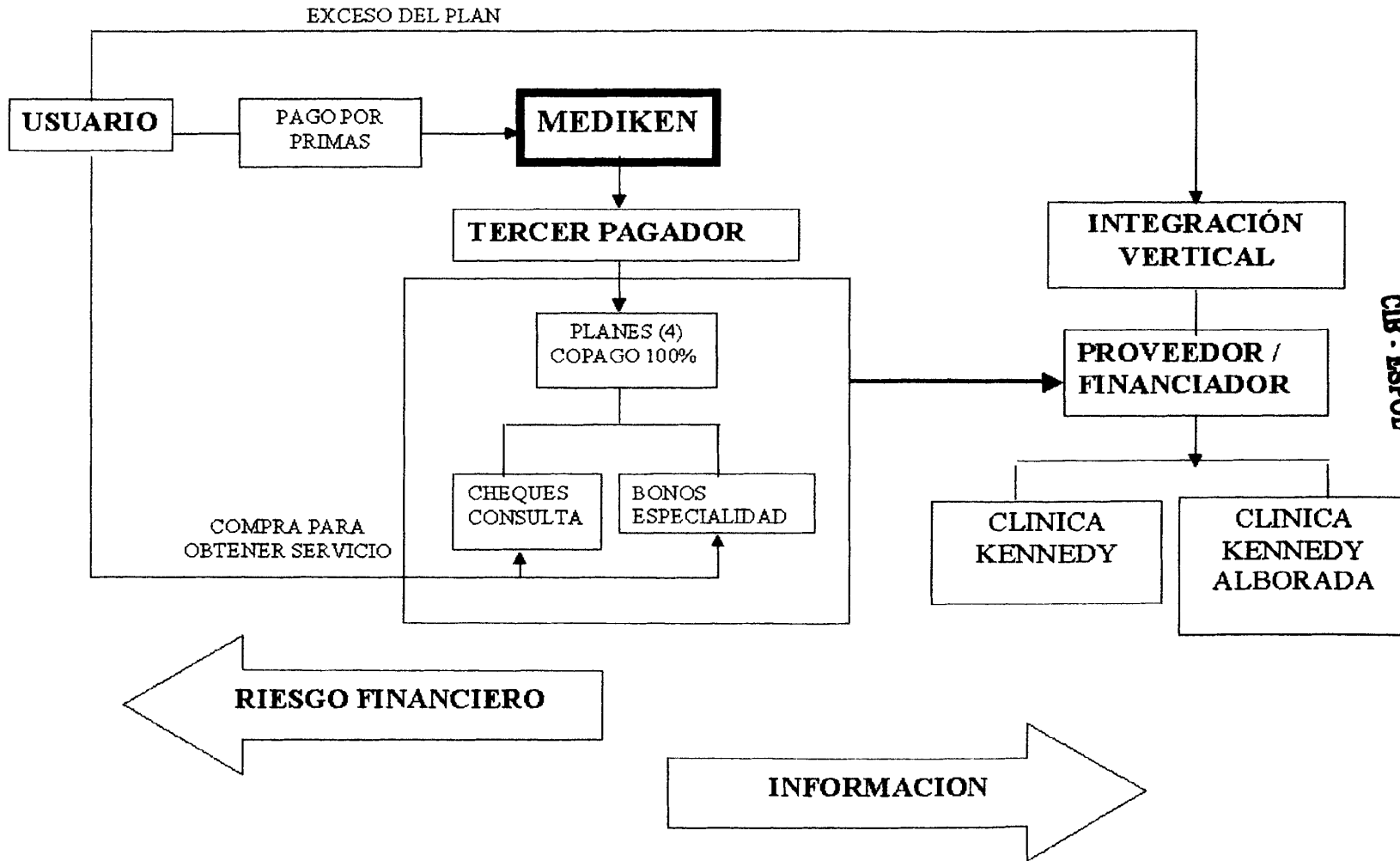




**ANEXO 2C
GENERALI**

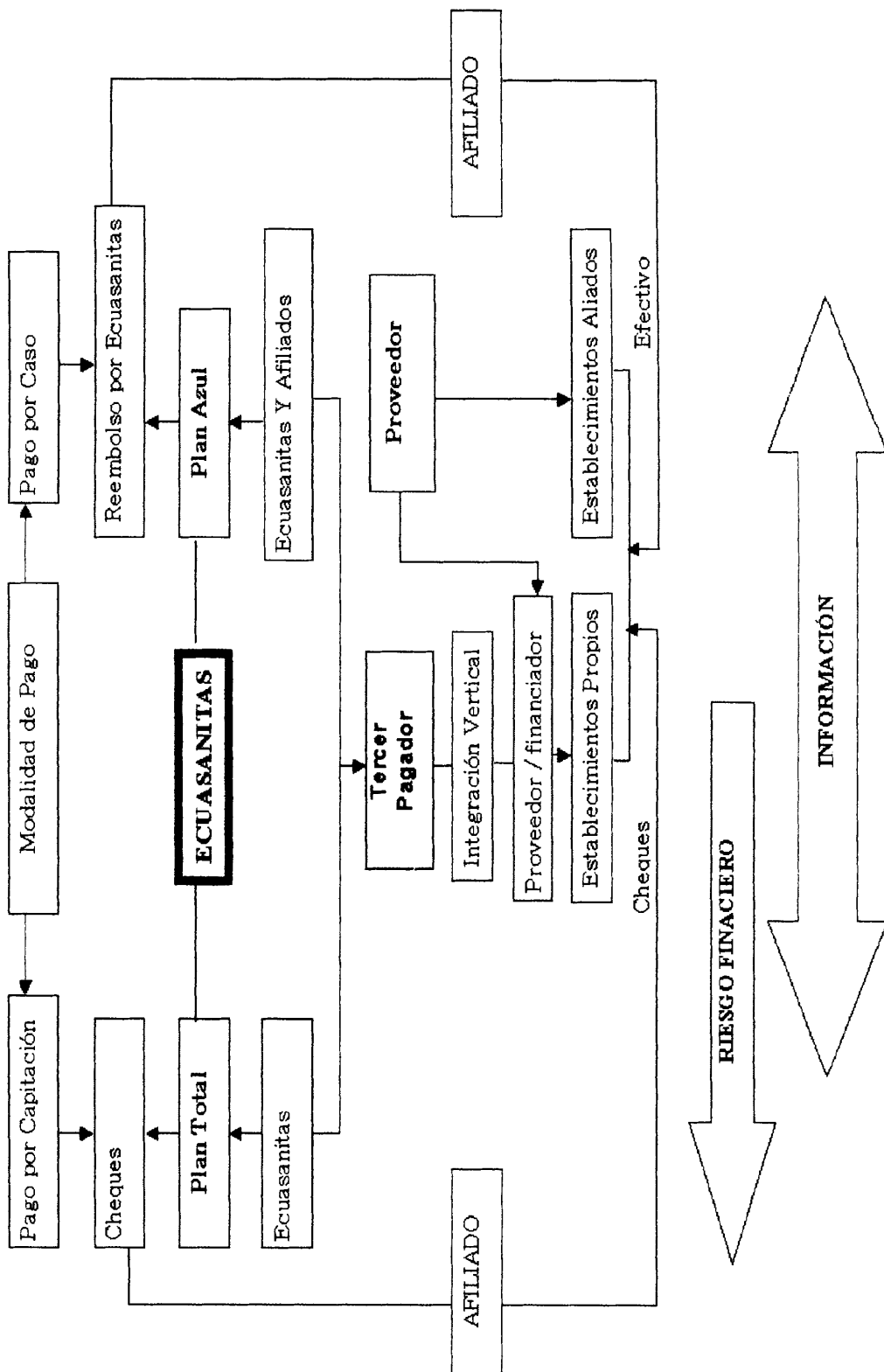


**ANEXO 2D
MED.I.KEN**

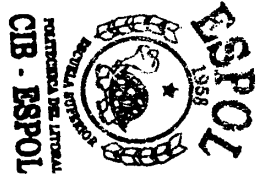
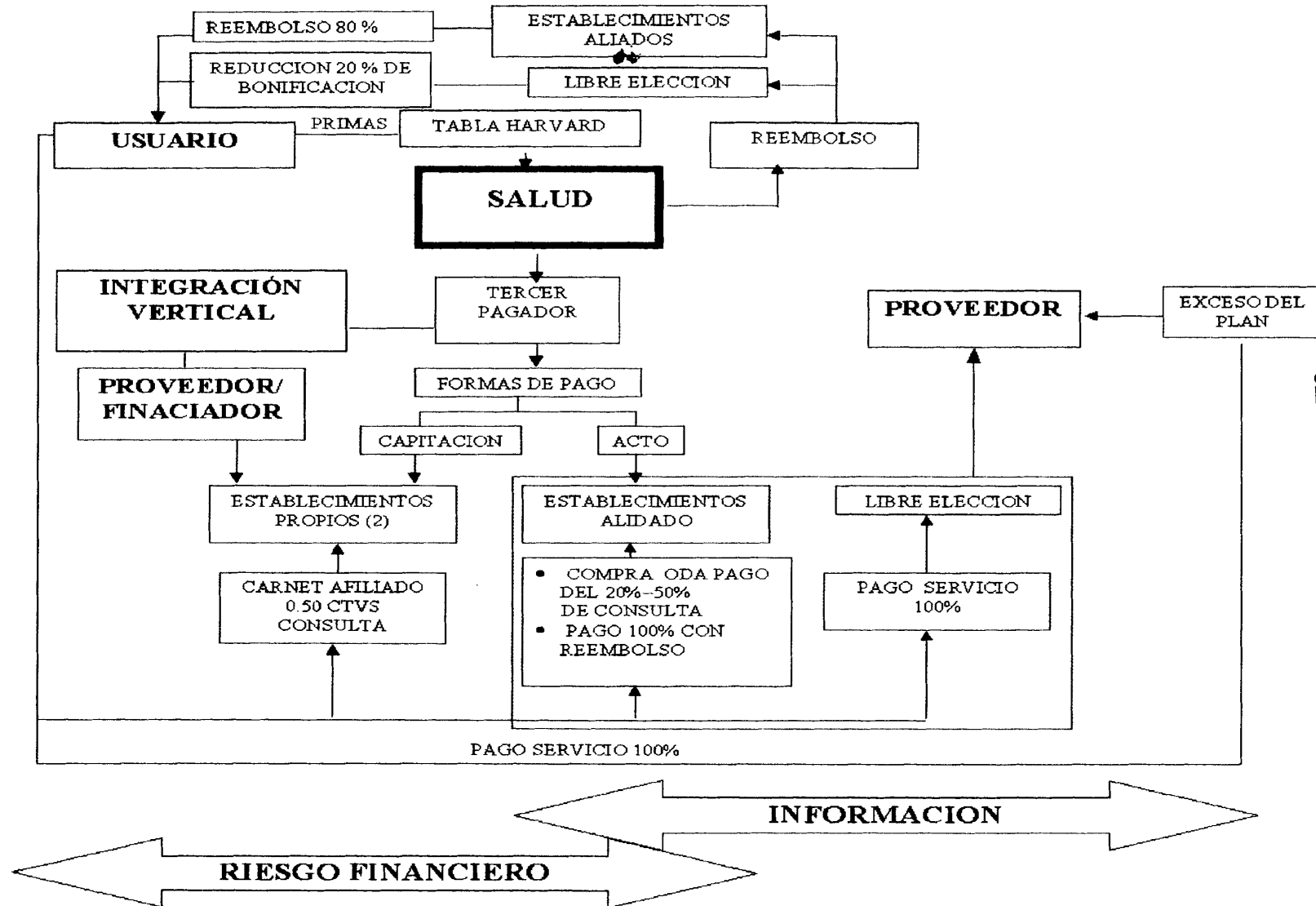


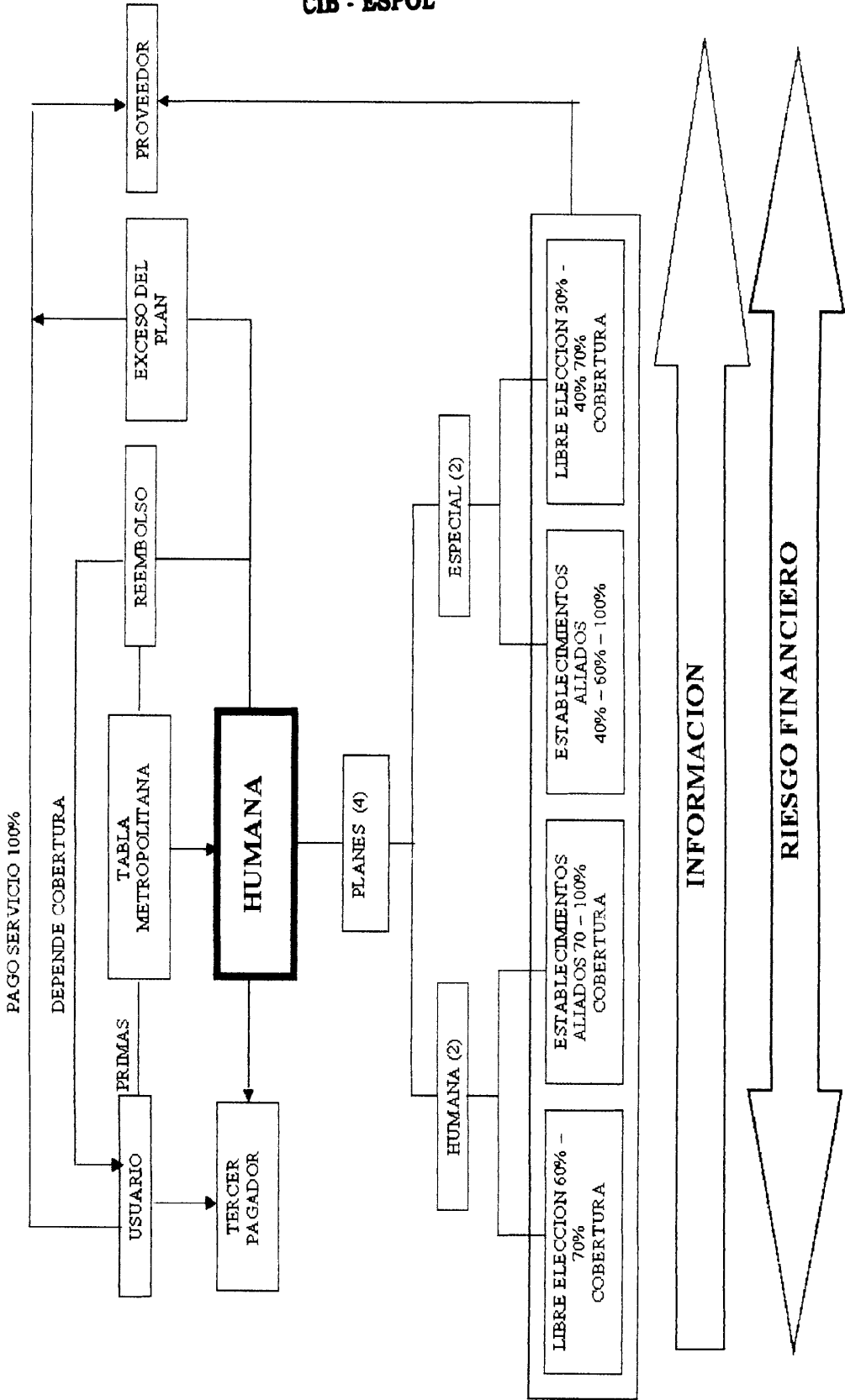


**ANEXO 2E
ECUASANITAS**



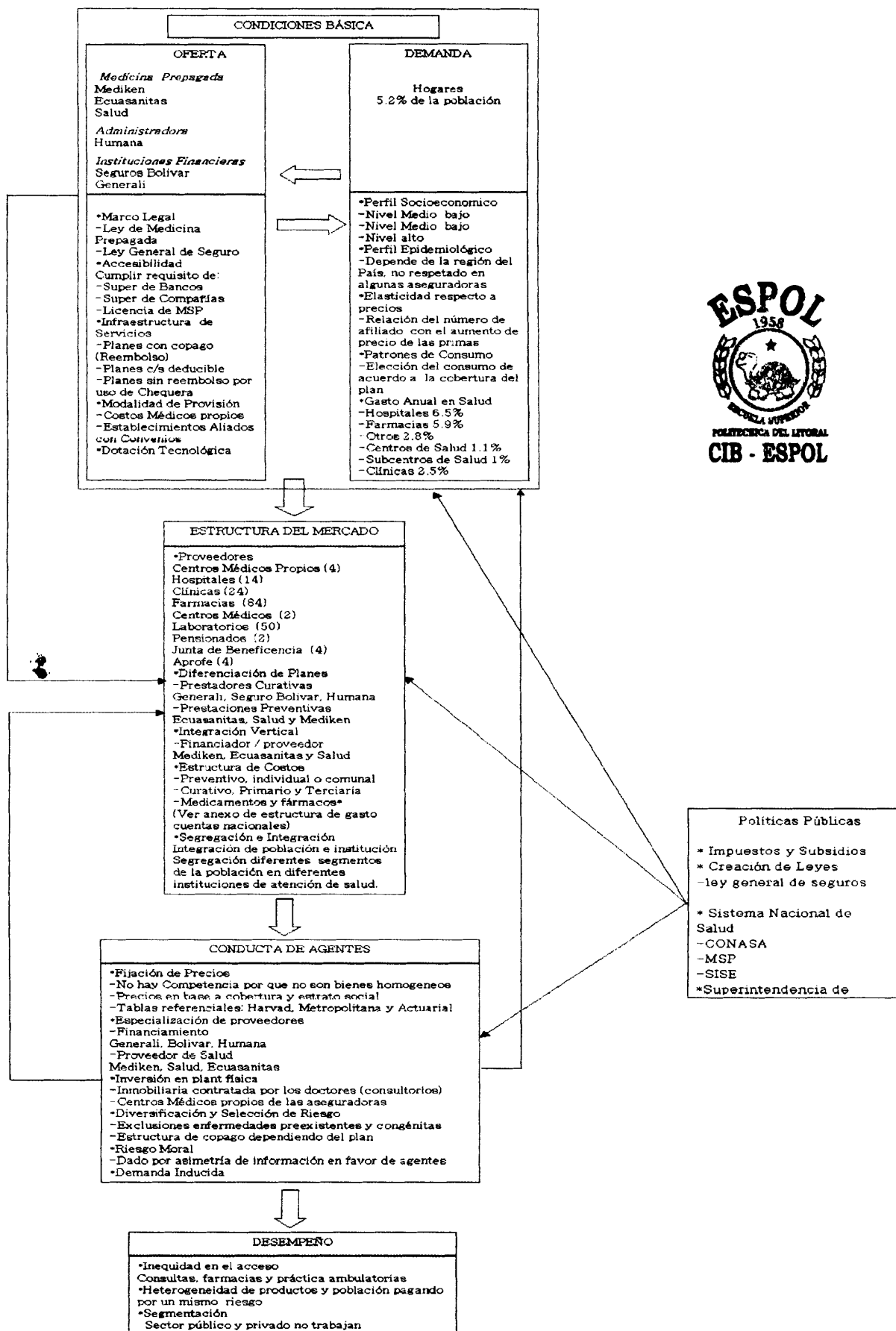
**ANEXO 2F
SALUD**





ANEXO 2H

ESTRUCTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD





ANEXO 3A

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN PAÍSES SELECCIONADOS

ARGENTINA	<p>Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico</p> <p>1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado</p> <p>Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias</p>
BOLIVIA	<p>1984: Delegación de responsabilidades nivel municipal</p> <p>1985: Delegación de responsabilidades nivel departamental</p> <p>1986: Nuevo modelo sanitario</p>
BRASIL	<p>1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud</p> <p>1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (SUS). Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el SUS (pero con competencias ambiguas), el cual es reglamentado en 1990</p> <p>1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización</p>
CHILE	<p>1961-1982: Traspaso en forma experimental de función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reaniciado en 1987</p>
COLOMBIA	<p>1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado como un acto de desconcentración de recursos fiscales</p> <p>1966: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios de primer nivel en los municipios</p> <p>1960: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y control sobre los servicios de salud. A los municipios se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud, y a los departamentos los del segundo y tercer nivel</p> <p>Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social</p> <p>1993: Se reglamentan los dos elementos establecidos en la constitución: de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en salud</p>
MÉXICO	<p>1963-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud. Se trató de un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad</p> <p>1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnico-administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del personal)</p> <p>1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias</p>
NICARAGUA	<p>1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud a/. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, bajo el sistema unificado de salud</p> <p>1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria b/</p> <p>1990: Recentralización presupuestaria</p> <p>1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)</p>

Fuente: Rossella Cominetti y Emanuela di Gronello

RECURSOS DE COBERTURA DE SEGUROS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTADOS UNIDOS

RECURSO	GRUPO ASEGURADO	POBLACION	FRACCION DEL PAGO
<i>Publicos</i>			
Medicare	anciano, junto con el inválido y las personas con el fracaso del riñón;	13%	22%
Medicaid	mujeres más jóvenes y niños, el anciano, y ciegos e inválido	10%	15%
Otros	personal militar y sus dependientes	1%	8%
<i>Privado</i>			
Patrocinador Empleado	trabajadores y dependientes	56%	
No agrupado	familias	6%	53%
<i>No asegurado</i>		16%	2%

Elaboración: Autoras

ANEXO 3C

SEGMENTACIÓN DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA

INSTITUCION	POBLACION OBJETIVO
Organizaciones Paralelas	Empleados públicos
Organizaciones Solidarias	Familias de empleados de empresas privadas
Medicina Prepagada	Estrato rico
Cooperativas y Mutuales	Estrato bajo

Elaboración: Autoras



ANEXO 3D

PRINCIPIOS DE LA REFORMA COLOMBIANA

MARCO LEGAL	REFORMA	PRINCIPIOS
Asamblea 1991	Seguridad Social	Universalidad Solidaridad Eficiencia
	Sostenibilidad Financiera Pluralidad de agentes públicos y privados	
Ley 60	Descentralización de los servicios sociales	Integralidad (atención) Calidad (servicios) Descentralización (recursos y competencias) Concertación (políticas)
Ley 100	Seguridad Social	
	Reglas de juego para un sistema plural de instituciones	Competencia Libertad
	Acceso universal a seguridad social	Equidad Eficiencia
	Reglamentación de un Consejo Nacional de Salud para el desarrollo operativo	

Elaboración: Autoras

ANEXO 3E
COLOMBIA. DISEÑO INSTITUCIONAL

FUNCIONES	INSTITUCION	ACTIVIDADES
RECTORIA	Ministerio de Salud	Formula y adopta políticas, programas y estrategias
		Descentralizar el sector
		Garantizar el acceso de toda la población
		Amparar reglas de entrada y mantenimiento en el mercado
	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Regular las variables de funcionamiento del mercado: seguros, servicios, medicamentos y planes
		aprobar planes de extensión de cobertura actualizar el POS por cambios epidemiológicos
Superintendencia Nacional de Salud	Mecanismos de coacción (imponer multas y sanciones) en las funciones de las instituciones	
	Seguimiento de la operación interna de las aseguradoras o administradoras	
FINANCIAMIENTO	Fondos Nacional de Salud	Recaudar las contribuciones de los afiliados pertenecientes al régimen contributivo y régimen subsidiado.
	Fondo de Solidaridad	Recaudar las contribuciones voluntarias y subsidio a la demanda
ARTICULACION	Entidades Aseguradoras o Administradoras de los Servicios de Salud (ARS)	
	Cajas de compensación familiar (CCF)	Prestar beneficios y compensaciones económicas a los trabajadores con familias numerosas
	Empresas Solidarias de Salud (ESS)	Administrar los subsidios de salud
	Empresas Promotoras de Salud (EPS) de carácter público o privado	Entidades con ánimo de lucro para administrar servicios de salud
PRODUCCION DE SERVICIOS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	Prestación directa de los servicios de salud en varios componentes: educación, atención ambulatoria, hospitalaria y de apoyo diagnóstico y terapéutico

Elaboración: Autoras



BIBLIOGRAFÍA

AEDO, Cristian, TORCHE, Arístides (1996). "Canasta Básica en la Atención de Salud". *Revista de Análisis Económico*. ILADES. Vol. 11 No. 2

BOLETÍN DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (1997). "En salud: ¿Quién es el héroe y quien es el malo de la película?". *Instituto de Economía, Programa de economía de la salud, junio*.

BOLETÍN DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (1997). "Seguros Privados de Salud: Algunas Características Especiales". *Instituto de Economía, Programa de economía de la salud, Octubre*.

BUGLIOLI, Marisa GIANNEO, Oscar, MIERES, Gustavo (2002). "Modalidad de pago en al atención médica". *Revista Médica Uruguay, Vol. 18. No. 3*.



CENDEX, "Reforma Colombiana de Salud en el Mercado: una experiencia de Managed care y managed competition" *Documento de Trabajo Ass/ddt 004-03.*

COMISIÓN DE REFORMA ECUADOR. " Consejo Nacional de Salud". *Documento de Discusión.*

ENTHOVEN, Alain (1993). "The history and principles of managed competition". *Health Affairs, No. 12.*

FERREIRO, Alejandro (2000). "El papel de las Superintendencias en la Regulación de Seguros de Salud" *Documento para la Organización Panamericana de la Salud.*

JACK, William (2000). "The Evolution of Health Insurance Institutions: Theory and Four Examples from Latin America". *Public Economics. World Bank.*

JOFRE-BONET, Mireia (2000). "Health care: private and/or public provision". *European Journal of Political Economy. Vol. 16.*

LEON, Niinfa (2000). "Sistema Nacional de Salud". *Documento de discusión. Comisión de Reforma Ecuador.*

Ley 18.933 Chile, Ley de ISAPRES.



Ley que Regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada.

Ley de Seguridad Social.

Ley General de Seguros del Ecuador.



Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud.

LONDOÑO, Juan L (1996). "Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana". *Revista de Análisis Económico*. ILADES. Volumen 11 No.2.

LONDOÑO, Juan Luis, FRENK, Julio (1997). "Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador par a la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina". *Banco Interamericano de Desarrollo, documento de trabajo No. 353*.

MACEIRA, Daniel (1996). "Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud de América Latina y el Caribe". *Documento Banco Interamericano de Desarrollo*.

MACEIRA, Daniel (1998). "Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultado e impacto organizacional en países en desarrollo". *Partnerships for Health Reform, documento de trabajo 2*

MIRANDA, Ernesto, PAREDES, Ricardo (1997). "Competencia, integración vertical y rendimiento en los servicios de salud públicos y privados de Chile". *Banco interamericano de Desarrollo, documento de trabajo No. R-306.*

NORMAN K THURSTON, Ph.D. (1997). "A brief Overview of the U.S. Health Care System". *Reporte Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.*

Organización Panamericana de la Salud (2000). "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador"

Reglamento a la Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud.

RESTREPO, Mauricio T. "La Reforma a la Seguridad Social en Salud de Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada".

SAPELLI, Claudio, VIAL, Bernardita, (2000). " Selección Adversa y Riesgo Moral en los Seguros de Salud en Chile: Relación entre la demanda por prestaciones médicas y el seguro de salud".

STIGLITZ, Joseph E. (1999). "Incentives and Institutions in the provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy". *IHEA Meeting, Rotterdam.*



SUÁREZ, Julio. "Acceso Universal y Reforma en Salud en el Ecuador". *OPS/OMS Ecuador*.

TOBAR, Federico (2000). "Herramientas para el análisis del sector salud". *Medicina y Salud. Vol. 23 No.2*.

VELANDIA, Durfari, RESTREPO, Jairo, RODRÍGUEZ, Sandra (2002). "Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades". *Borradores del CIE No.1 Agosto 2002*.

VELEZ AGUIRRE, Leonardo (2000). "Seguros de Salud en el Ecuador".

