PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR-MATRIZ

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

TRABAJO TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA - C.P.A

ANÁLISIS DEL IMPACTO FINANCIERO EN LOS SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE MEDICINA PREPAGADA EN EL ECUADOR

ANDREA CATALINA ARGÜELLO SEGOVIA

DIRECTOR: MGTR. FRANCISCO QUISIGÜIÑA CALLE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ADMINISTRACIÓN FINANCIERA EN EMPRESAS

QUITO, JULIO 2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres que supieron guiarme en el camino para llegar a ser una profesional pero sobretodo me educaron con valores y me enseñaron que en la vida el que persevera consigue sus metas y que a pesar de los problemas que se puedan presentar lo más importante es saber levantarse y continuar hacia la meta.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios todopoderoso que constituye el pilar de mi vida y a quien doy las gracias por permitirme llegar a culminar esta etapa tan importante en mi vida académica.

A mi padre, quien desde el cielo me ve, me cuida y quien siempre estuvo conmigo apoyándome para convertirme en una mujer triunfadora.

A mi madre, porque siempre ha estado pendiente de mí y me ha brindado su apoyo en cada paso que he dado. Gracias por creer en mí y no dejar que jamás me rinda.

A mi amado esposo, por ser mi compañero en este camino y darme su mano para juntos alcanzar nuestros sueños en común. Gracias por ser mi cómplice eterno.

A mis precisos hijos Noa Emilia y Andresito, que han sido mi motor, mi alegría y mi mayor anhelo para seguir adelante. Gracias por ese amor incondicional y por toda esa mezcla de dulzura y de cariño que transforman mi vida y me dan fuerzas para luchar.

A mis hermanos Oscar y David, quienes han confiado en mí y han permanecido en los buenos y malos momentos conmigo.

INDICE

INTRODUCCIÓN X
1. HISTORIA DE LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL ECUADOR 1
1.1 Origen del Seguro 1
1.2 Clasificación de los Seguros 3
1.3 Principios Básicos del Contrato de Seguro 5
1.4 Partes de un Contrato de Seguro 6
1.5 Elementos del Contrato de Seguro 6
1.6 Caracterización de los Seguros de Salud 8
1.7 Cronología de los Seguros de Salud en el Ecuador 9
1.7.1 Medicina Primitiva 9
1.7.2 Época Colonial 10
1.7.3 Época Republicana 10
1.8 Sistemas de Salud Público y Privado 12
1.9 Instituciones Médicas 15
1.10 Nacimiento de la Medicina Prepagada 18
2. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL ECUADOR 21
2.1 Entorno Macroeconómico 21
2.2 Análisis Sectorial 23
2.2.1 Seguros de Asistencia Médica 24
2.2.2 Compañías de Medicina Prepagada 27
2.3 Tendencia de crecimiento de los mercados de salud 27
2.4 Ranking de Compañías de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica 33
2.4.1 Ranking Seguros de Asistencia Médica 33
2.4.2 Ranking Seguros de Asistencia Médica 33
2.5 Entorno Legal 34

2.5.1 Decreto legislativo de 1909 34
2.5.2 Reforma a la Ley de Compañías de 1909 34
2.5.3 Decreto legislativo 1917 35
2.5.4 Primer reglamento de Seguros 35
2.5.5 Ley de Seguros de 1935 35
2.5.6 Inspección y control de Seguros 35
2.5.7 Legislación sobre el contrato del Seguro 36
2.5.8 Ley General de Compañías de Seguros 1965 36
2.5.9 Ley General de Seguros 1998 36
2.5.10 Legislación de Seguros Actual 37
2.6 Implementación de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica 37
2.6.1 Principios Legales 38
2.6.2 Derechos 38
2.6.3 Constitución 38
2.6.4 Capital Mínimo 39
2.6.5 Regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones 39
2.6.6 Prestación de servicios 39
2.6.7 Planes y programas. 39
2.6.8 Requisitos formales 40
2.6.9 Modalidades. 40
2.6.9.1 Modalidad Abierta 40
2.6.9.2 Modalidad Cerrada 40
2.6.9.3 Modalidad Mixta 40
2.6.10 Condiciones generales 40
2.6.11 Condiciones de carácter sanitario 41

2.6.12 Plazo....41
2.6.13 Precio....41
2.6.14 Cláusulas Contractuales Obligatorias....42
2.6.15 Terminación Anticipada y restablecimiento de vigencia de los contratos....42
2.6.16 Prohibiciones expresas....43
2.6.17 Preexistencias....44
2.6.18 Obligaciones comunes de las compañías....45
2.6.19 Prestación de servicios de salud y sus usuarios....46
2.6.20 Reclamos....46
2.6.21 Competencia, Faltas Administrativas y Régimen Sancionatorio....47
3. ANÁLISIS FINANCIERO DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA....48
3.1 Principales Políticas Contables....48
3.1.1 NIIF 4 "Contratos del Seguro"....49
3.1.2 NIIF 15 "Ingresos de Actividades Ordinarias Procedentes de Contratos con los clientes" 51
3.1.3 NIC 37 "Provisiones, Pasivos Contingentes y Activos Contingentes"....52
3.2 Determinación de la muestra de estudio....53
3.3 Salud S.A....56
3.3.1 Indicadores Financieros....56
3.3.1.1 Indicadores de Liquidez....57
3.3.1.2 Indicadores de Actividad....61
3.3.1.3 Indicadores de Endeudamiento....61
3.3.1.4 Indicadores de Rentabilidad....67
3.4 BMI Igualas Médicas S.A....68
3.4.1 Indicadores Financieros....69
3.4.1.1 Indicadores de Liquidez....69
3.4.1.2 Indicadores de Actividad....72

3.4.1.3 Indicadores de Endeudamiento 73
3.4.1.4 Indicadores de Rentabilidad 75
3.5 Medicina para el Ecuador Mediecuador-Humana S.A 77
3.5.1 Indicadores Financieros 77
3.5.1.1 Indicadores de Liquidez 77
3.5.1.2 Indicadores de Actividad 81
3.5.1.3 Indicadores de Endeudamiento 82
3.5.1.4 Indicadores de Rentabilidad 84
3.6 Análisis Consolidado de los Indicadores Financieros del Sector 86
3.6.1 Indicadores de Liquidez 86
3.6.2 Indicadores de Actividad 86
3.6.3 Indicadores de Endeudamiento 87
3.6.4 Indicadores de Rentabilidad 87
4. IMPACTO FINANCIERO DE LA LEY ORGÁNICA DE MEDICINA PREPAGADA 89
4.1 Premisas de la Investigación 90
4.1.1 Escenario Realista 90
4.1.2 Escenario Optimista 91
4.1.3 Escenario Pesimista 91
4.2 Aplicación de Resultados 92
4.2.1 Salud S.A 92
4.2.2 BMI 95
4.2.3 Humana S.A 97
4.3 Impacto del Sector de Medicina Prepagada 99
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 100
5.1 Conclusiones 100
5.1.1 Estrategias Salud S.A 100
5.1.2 Estrategias BMI 102

5.1.3 Estrategias Humana 104
5.2 Recomendaciones 105
BIBLIOGRAFÍA 107

Índice de Tablas

Tabla 1 Ranking Empresas de Seguros en el Ecuador 2016-2017 25
Tabla 2 Listado de Compañías de Medicina Prepagada 27
Tabla 3 Participación en el Mercado Seguros de Asistencia Médica 2017 33
Tabla 4 Ranking Compañías de Medicina Prepagada 2016 34
Tabla 5 Descripción de variables para determinación de una muestra finita 54
Tabla 6 Ranking Compañías de Medicina Prepagada 2017 55
Tabla 7Indicadores Financieros de Liquidez Salud S.A 57
Tabla 8 Composición de la Cuenta Otros Activos Financieros 59
Tabla 9 Indicadores Financieros de Actividad Salud S.A 61
Tabla 10 Indicadores Financieros de Endeudamiento Salud S.A 62
Tabla 11 Composición de la Cuenta Obligaciones Acumuladas 64
Tabla 12 Triángulo de Siniestralidad 66
Tabla 13 Indicadores Financieros de Endeudamiento Salud S.A 67
Tabla 14 Indicadores Financieros de Liquidez BMI S.A 69
Tabla 15 Porcentaje de Cartera Vencida 2017 BMI 71
Tabla 16 Indicadores Financieros de Actividad BMI S.A 72
Tabla 17 Indicadores Financieros de Endeudamiento BMI S.A 73
Tabla 18 Indicadores Financieros de Rentabilidad BMI S.A 75
Tabla 19 Indicadores Financieros de Liquidez Humana S.A 78
Tabla 20 Indicadores Financieros de Actividad Humana S.A 81
Tabla 21 Indicadores Financieros de Endeudamiento Humana S.A 82
Tabla 22 Indicadores Financieros de Rentabilidad Humana S.A 84
Tabla 23 Indicadores de Liquidez Consolidados 86
Tabla 24 Indicadores de Actividad Consolidados 87
Tabla 25 Indicadores de Endeudamiento Consolidado 87
Tabla 26 Indicadores de Rentabilidad Consolidado 88
Tabla 27 Variables a Considerar para la empresa Salud S.A 92
Tabla 28 Estado de Resultados Proyectado Salud S.A 93
Tabla 29 Variables a Considerar para la empresa BMI Igualas Médicas 95
Tabla 30 Estado de Resultados Proyectado BMI Igualas Médicas S.A 96
Tabla 31 Variables a considerar Humana S.A 97

Tabla 32 Estado de Resultados Proyectado Humana S.A.....97
Tabla 33 Evolución Ingresos por Segmento de Mercado SALUD S.A.....102

Índice de Figuras

Figura 1. Red Hospitalaria del Seguro Social. 13
Figura 2- Evolución Afiliados IESS. 14
Figura 3 - Egresos y Establecimientos de Salud por Sector 14
Figura 4- Camas disponibles y de dotación normal 15
Figura 5- Evolución PIB 2012 al 2017 21
Figura 6 - Composición PEA a Marzo del 2017 23
Figura 7- Clasificación Actividades de Seguros CIIU 24
Figura 8- Prima neta emitida por ramo 2016-2017 26
Figura 9 - Costo del Siniestro 2016-2017 26
Figura 10 - Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB, 2014 28
Figura 11- Penetración y Profundización del Seguro T 30
Figura 12 - Evolución de la Brecha de Protección del Seguro (BPS) 31
Figura 13 - Índice de Evolución del Mercado 31
Figura 14 - Ecuador: tasas de crecimiento de la economía, de la inflación y del mercado asegurador 32
Figura 15 - Pasos para el Reconocimiento de Ingresos 51
Figura 16- Top 5 de Compañías de Medicina Prepagada 2017 55
Figura 17 - Estructura del Activo Salud S.A 2015-2017 58
Figura 18 Composición Pasivos y Patrimonio Salud S.A 63
Figura 19- Composición del Pasivo SALUD S.A 64
Figura 20 - Composición del Pasivo BMI Fuente: 70
Figura 21 - Composición del Pasivo BMI Fuente: 74
Figura 22- Composición Activos Humana S.A Fuente: 79
Figura 23 - Porcentaje de Capacitaciones 2016 – 2017 101
Figura 24 - Siniestralidad Devengada Quito 2016-2017 104

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal evaluar el impacto financiero para las compañías de medicina prepagada a raíz de la implementación de la Ley Orgánica de Medicina Prepagada, establecida en Octubre del 2016.

En el primer capítulo se resume el contexto histórico en el cual se desarrollan las compañías de medicina prepagada desde una visión global generalizada hasta el entorno del Ecuador. También se describen los conceptos básicos que constituyen a los seguros así como su clasificación y componentes para poder entender de forma integral la problemática.

En el segundo capítulo se describe la situación actual de las compañías que se desarrollan en el sector de seguros de salud y asistencia médica prepagada y se determina el entorno macroeconómico y las tendencias más importantes que se deben tomar en cuenta. Adicional se hace referencia al entorno legislativo que rige en el país, haciendo hincapié en la implementación de la nueva ley.

En el Tercer capítulo se desarrolla el análisis financiero actual de las compañías más importantes del sector para lo cual se analiza sus estados de situación financiera, su estado de resultados y se calculan los principales indicadores con el fin de diagnosticar el desarrollo del sector en los últimos años.

En el cuarto capítulo se establece el verdadero impacto que podría causar la ley, enfocándose principalmente en los reembolsos al sistema de salud público que es la medida que más repercusión genera a la economía de las empresas.

Finalmente, en el quinto capítulo se sacan conclusiones acerca de estrategias y herramientas que las compañías del sector pueden tomar para poder mantenerse en el mercado a pesar de la inestabilidad que se ha generado.

ABSTRACT

The main objective of this researh work is to evaluate the financial impact for the companies of prepaid medicine as a result of the implementation of the Organic Law of Prepaid Medicine, established in October 2016.

The first chapter summarizes the historical context in which prepaid medical companies develop from a generalized global vision to the environment of Ecuador. It also describes the basic concepts that constitute insurance as well as their classification and components in order to comprehensively understand the problem.

The second chapter describes the current situation of companies developing in the health insurance and prepaid medical care sector and determines the macroeconomic environment and the most important trends that must be taken into account. Additional reference is made to the legislative environment that prevails in the country, emphasizing the implementation of the new law.

In the third chapter, the current financial analysis of the most important companies in the sector is developed, for which their financial condition statements, their income statement are analyzed and the main indicators are calculated in order to diagnose the development of the sector in the last years.

The fourth chapter establishes the true impact that the law could cause, focusing mainly on reimbursements to the public health system, which is the measure that generates the most impact on the economy of companies.

Finally, in the fifth chapter conclusions are drawn about strategies and tools that the companies of the sector can take to be able to stay in the market in spite of the instability that has been generated.

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, en los últimos años se han presentado cambios considerables en el entorno económico, político y social, lo cual ha conllevado a que las empresas que operan en la nación se vean en una gran incertidumbre con respecto a las decisiones que deberán tomar para poder mantenerse estables frente a las transiciones generadas y a las nuevas que se avecinan.

Para el sector asegurador estos cambios no le son indiferentes, puesto a que en octubre del 2016 se aprueba la ley orgánica de medicina prepagada que regula a las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que ofertan cobertura de asistencia médica.

Se estima que la repercusión de dicha ley ha generado inestabilidad en el sector que ha optado por buscar nuevas estrategias para poder mantenerse en el mercado. Las decisiones que varios actores de las compañías afectadas han tomado para continuar en funcionamiento, han generado a su vez un cambio en la composición de este sector y un entorno de inseguridad.

La importancia de esta investigación consiste en plasmar el verdadero impacto de los cambios en la legislación para este tipo de empresas con el fin de evaluar si las elecciones tomadas han sido acertadas y proponer nuevas herramientas financieras que pueden adoptar estas compañías para la correcta toma de decisiones y mejor aprovechamiento de oportunidades.

1. HISTORIA DE LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL ECUADOR

1.1 Origen del Seguro

La historia de los seguros se remonta aproximadamente a 4000 o 3000 años antes de Cristo con antiguas civilizaciones como los babilonios, quienes empezaron a desarrollar la idea de los seguros marítimos que consistían en entregar a cambio de un préstamo, dinero a los comerciantes para financiar sus viajes con el riesgo de que si estos naufragaban no pagarían dicho préstamo.

Las primeras instituciones semejantes al seguro se encontraron en las primeras civilizaciones dentro de las culturas de Asiria y Babilonia, hace más de 45 siglos. Durante la antigüedad y edad media hasta el siglo XIV, aparecen los primeros sistemas de ayuda mutua. En esta época hay diferentes civilizaciones que tuvieron aportaciones importantes. Entre éstas se encuentran:

- **Babilonia:** Existía el "Código de Hammurabi", Rey de Babilonia 1955-1912 A.C. que ya preveía la indemnización por accidentes de trabajo a través de organizaciones de sociedades mutuas.

- **Egipto:** Su idea era el apoyo mutuo entre los socios de una institución, para ayudar en los ritos funerarios del socio que falleciera.

- **Grecia**: Tenían la asociación Erandi brindaban asistencia a necesitados a través de un fondo común constituido por todos los agremiados.

- **Roma**: Es donde aparecen las precursoras de las compañías de seguros que nacen en la época de las cruzadas. Las guildas, eran agrupaciones en las cuales mediante el pago de una cuota se accedía a una hermandad de comerciantes para crear proteccionismo mutuo que cubría las pérdidas a modo de seguro en caso de que ocurriera algún imprevisto. De esta forma, cuando uno de sus miembros sufría un incendio o cuando fallecía el artesano dejando familia, la guilda se hacía cargo del pago del arreglo de los daños ocasionados por el fuego o de cuidar y dar sustento a los huérfanos y viudas. Es importante destacar que para estos acuerdos ya aparecían corredores o agentes quienes participaban en la mediación para crear contratos denominados pólizas que se firmaban por el Duque de Génova en 1309.

Los primeros seguros de vida aparecen en el Imperio Romano a razón de los viajes marítimos de las tripulaciones que se enfrentaban a menudo al riesgo de ser capturados por piratas. Así que los capitanes ofrecían una cierta cantidad de dinero para garantizar su rescate y más adelante también se aseguraron contra muerte derivada de otras situaciones que se podían dar durante los viajes.

- **China**: Aquí se dieron los primeros inicios del Seguro, la gente iba abonando una suma de dinero al médico de cabecera mientras mantenía buena salud y que detuviera estos pagos cuando debía afrontar una invalidez o una enfermedad importante.

Desde el Siglo XIV hasta el Siglo XVII se produce el pleno desarrollo y formación del Seguro, aparecen las primeras Instituciones de Seguros en los Ramos marítimo, vida e incendio. Las primeras manifestaciones se dan con el florecimiento del comercio, ya que se hacen más evidentes los peligros del transporte marítimo y terrestre. Se procura dar legislación sobre tal fenómeno promoviendo la protección necesaria para comerciantes y transportistas.

Los primeros contratos de Seguro de Vida se dan en el Siglo XIV y eran para las mujeres que se encontraban en períodos de embarazo y en 1583 se emite la primera póliza de seguro de vida y se la expidió en Londres por The Royal Exchange, que eran un grupo de comisionistas de la época. A finales del siglo XVII, el crecimiento del sector en el 2011 en Latinoamérica fue del 10% superior al del PIB (Producto Interno Bruto) de la región que fue del 4,5% según el Fondo Monetario Internacional. Es así como poco a poco el concepto de contar con un seguro de vida, de accidentes, de incendios ha ido tomando fuerza entre la población. Esto ha evolucionado con el paso del tiempo y necesidades de la población. (EKOS, 2012)

Según AYAX (2017), "En el siglo XVII, las compañías de seguro no existían tal como las conocemos ahora. Los particulares solían garantizar o asegurar los riesgos comerciales en forma personal". Hasta que aparece en la historia el nombre de Lloyd, quien era el propietario de una cafetería donde frecuentaban los comerciantes y al ver como estos sentían curiosidad acerca de los viajes de las tripulaciones, decidió proveerles boletines informativos para que siempre estén al tanto de estos temas. Sin que hubiera imaginado, comenzó su cafetería a ser el punto de encuentro para que los mercaderes hicieran negocios relacionados a los seguros.

1.2 Clasificación de los Seguros

De acuerdo a la legislación sobre el Contrato de Seguros en el Ecuador, los seguros se clasifican de la siguiente manera:

- **Seguros de Daños** Este contrato se da para proteger al asegurado contra los daños provenientes de avería, merma o pérdida que pueda darse en objetos materiales a raíz del deterioro o destrucción por el paso del tiempo o por otras razones en las cuales no se haya producido un siniestro.

- **Seguro de Incendio** Mediante esta póliza el asegurado protege sus bienes ante cualquier eventualidad que pueda ser ocasionado por incendios que correspondan a llamas, combustión o por rayos.

- **Seguro de Responsabilidad Civil** Con este seguro se busca proteger al asegurado ante hechos legales que involucren una obligación monetaria para el mismo.

- **Seguro de Transporte terrestre** Esta póliza implica protección a las mercancías que se movilizan de un lugar a otro por vía terrestre. La cobertura de este seguro empieza desde el momento en que las mercancías salen de su lugar de origen hasta la llegada de las mismas a su destino final.

- **Seguros de Personas** De acuerdo al artículo 65 de la legislación sobre el contrato de seguro, "toda persona tiene interés asegurable en su propia vida; en la de las personas a quienes pueda reclamar alimentos de acuerdo con el artículo 360 del Código Civil; y en la de aquéllas cuya muerte pueda aparejarle un perjuicio económico, aunque esto no sea susceptible de una evaluación exacta".

- **Seguros de Vida** Con este seguro se ampara la muerte del asegurado por cualquier causa y solo con excepción de muerte causada por suicidio. Esta clase de seguros puede subdividirse de acuerdo a las coberturas que implique en seguros de accidentes personales y seguro de asistencia médica.

- **Reaseguro** Un reaseguro implica transferir una parte o la totalidad del riesgo del asegurador a otra persona o entidad a cambio de una prima. Para las compañías aseguradoras contar con un reaseguro es una estrategia de protección y respaldo que le puede ayudar a tener una mayor estabilidad financiera.

1.3 Principios Básicos del Contrato de Seguro

A un contrato se lo puede definir como un acuerdo generalmente escrito, por el cual dos o más partes se comprometen recíprocamente a respetar y cumplir una serie de condiciones (Oxford Dictionaries, 2018). En el caso de las pólizas de seguros, pueden considerarse también como un contrato que tiene principios fundamentales los cuales deberán ser considerados a la hora de la contratación.

Según Chubb Seguros, los pilares fundamentales para los contratos de Seguros son los siguientes:

a) **Interés Asegurable** Es el vínculo existente entre el asegurado y el objeto que se desea asegurar, de tal manera que el primero deberá demostrar que una pérdida proveniente de un evento lo perjudica para poder reclamar su derecho a la indemnización. (Oriente Seguros, 2018)

b) **Buena Fe** El principio de buena fe quiere decir que tanto el asegurador como el asegurado actúan con la mejor intención, es decir, sin ánimo de buscar ventaja injustamente. (Oriente Seguros, 2018)

c) **Indemnización** Lo que se busca con esto es compensar al asegurado cuando un siniestro de manera justa por el valor del bien evitando que cualquiera de las dos partes obtenga lucro de la eventualidad.

1.4 Partes de un Contrato de Seguro

Entre las partes que intervienen en un contrato de seguro se encuentran el asegurador, solicitante, asegurado y beneficiario las cuales se detallan en adelante con el interés de entender el rol de cada uno de los involucrados en el proceso de contratación de pólizas de seguros.

- **Asegurador** Es la entidad jurídica que se encarga de cubrir los riesgos a los que se expone el objeto asegurado.

- **Beneficiario** De acuerdo al glosario de la Superintendencia de Compañía, Valores y seguros, "El beneficiario es quien percibe la indemnización en caso de siniestro. El asegurado puede ser distinto del beneficiario si, por ejemplo, cuando se trata de un seguro de vida en que se cubre la vida del asegurado, el beneficiario es la persona designada expresamente por el asegurado."

- **Asegurado** Es la persona que tiene cobertura del riesgo objeto de la póliza

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

1.5 Elementos del Contrato de Seguro

Como se explicó en el apartado de los Principios Básicos del Contrato de Seguro, una póliza es un documento en el que se establecen tanto derechos como obligaciones para las partes y

debe contener explícitamente todos los componentes del seguro para que a futuro no existan malos entendidos. Estos elementos se componen en tres partes que son:

a) **Condiciones Generales** Son un conjunto de principios básicos que establece el asegurador y son aprobados por la Entidad de Control. Estas condiciones regulan todos los contratos de seguro que se emitan de una misma línea de negocio. (Chubb, 2015) Dentro de estas condiciones se determinan términos técnicos, coberturas o riesgos cubiertos, exclusiones, limites, obligaciones del asegurado, deducibles y demás.

b) **Condiciones Particulares** Dentro de esta sección se especifican condiciones que aplican específicamente al riesgo de la persona o del bien a asegurar, aquí se incluye elementos como los datos del asegurador o contratante, el tipo de seguro seleccionado, los beneficiarios, coberturas, exclusiones, el valor asegurado, la prima, vigencia, tablas entre otros detalles relevantes para la póliza.

c) **Condiciones Especiales** Son las que regulan el alcance de las garantías que proporciona el asegurador, tanto para el seguro principal como para cada una de las coberturas complementarias y pueden incluir o excluir garantías u otras circunstancias que modifiquen lo indicado en las Condiciones Generales. (LINDES, 2016)

d) **Suma Asegurada** Es el valor por el cual la compañía aseguradora indemnizará al asegurado en el caso de un siniestro, que se establece por el mutuo acuerdo entre las partes que se encuentren debidamente informadas considerando el valor contable que es el de la factura una vez disminuidas las depreciaciones, el valor de reposición y el valor de reposición a nuevo cuando no se toma en cuenta la depreciación del bien.

e) **Deducible** Es la cantidad de dinero que deberá afrontar el asegurado en caso de un siniestro.

1.6 Caracterización de los Seguros de Salud

Existen diversos conceptos y modalidades dentro del campo de la actividad de prestación de servicios médicos y la prevención de los riesgos en materia de salud que se señalan a continuación con el fin de clarificar el contexto de las compañías de medicina prepagada.

- **Medicina prepagada** Es un servicio que garantiza la resolución de los problemas de salud que surgen con posterioridad a la afiliación de los asegurados, cumpliendo con lo que el contrato estipulado. Este tipo de compañías canalizan sus esfuerzos en la administración integral de los servicios de salud, buscando crear economías de escala y por ende índices de eficiencia elevados.

- **Servicios administrados de salud o administración por una tercera persona** Consiste en la administración de fondos que son colocados por una persona, generalmente el patrono o una asociación, con el objetivo de cubrir los gastos médicos en que puedan incurrir terceros. Estos planes generalmente cubren los mismos tipos de gastos médicos que los de las pólizas de asistencia médica. En estos casos no se traslada el riesgo a la empresa aseguradora.

- **Fondos de salud** Son aportes que nacen conjunta o separadamente, en los cuales se distribuyen los riesgos entre los participantes. En estos casos, se está en presencia de asociaciones de seguros mutuos.

- **Planes de servicios médicos auto administrados** Cada empresa administra los recursos destinados al pago de primas de hospitalización, cirugía y maternidad, además se encarga de la inversión de los recursos, administración y prevención de riesgos y liquidación de siniestros.

- **Seguro de Asistencia Médica** Este tipo de seguro garantiza la devolución de los gastos de salud incurridos durante la afiliación del asegurado, cumpliendo con lo estipulado en el contrato.

1.7 Cronología de los Seguros de Salud en el Ecuador

Las empresas de medicina prepagada pueden definirse como entidades que brindan a personas tanto naturales como jurídicas coberturas de salud integral a cambio de cuotas previamente estipuladas en el contrato de afiliación. Este tipo de organizaciones nacen a raíz de una serie de acontecimientos que van surgiendo a través de la historia y que van marcando nuevas necesidades para los usuarios con el objetivo de combatir los métodos ineficaces de atención en los sistemas de salud convencionales.

En un sentido amplio, las compañías de medicina prepagada pueden categorizarse dentro del sector asegurador debido a que al igual que en los seguros se establece un contrato mediante el cual se cubre un riesgo específico al que pueda estar proclive el asegurado o beneficiario del servicio adquirido.

A continuación, se presenta a detalle cómo los servicios de salud han ido evolucionando en el trascurso del tiempo y encontrando nuevas formas de satisfacer a los clientes mediante la prestación de servicios médicos de manera oportuna y eficaz.

1.7.1 *Medicina Primitiva* La historia de la medicina se remonta a los pueblos más antiguos donde se pensaba que las enfermedades se producían por espíritus malignos enviados por los dioses o antepasados. En un comienzo estos males se trataban con plantas medicinales y

chamanes quienes se consideraban hechiceros con poderes sobrenaturales que servían para conectarse con los espíritus y de esta forma diagnosticar y curar las dolencias.

1.7.2 *Época Colonial* Con la conquista española se intercambiaron los conocimientos ancestrales de los americanos con los de los conquistadores que aportaron con varias técnicas tradicionales para tratar las enfermedades que acechaban. En esta época las epidemias cómo la gripe porcina y la malaria afectaban gravemente a la población y eran causantes de un gran número de mortalidades.

Durante este período, también aparece el nombre de Eugenio Espejo quien contribuye en gran medida a la medicina con sus ejemplares acerca de las epidemias donde sostiene que estas son producidas por partículas vivientes y no por el aire contaminado o corrompido como sustentaban diferentes médicos europeos.

1.7.3 *Época Republicana* De acuerdo al artículo "Historia de la Medicina en Ecuador" publicado por la revista EKOS en el 2012, se pueden considerar cuatro períodos dentro de este período: el primero que va desde 1830 hasta la Revolución Liberal, continuada por la Revolución Juliana; el segundo, desde éste último hasta la Segunda Guerra Mundial; el tercero, en la época moderna y la cuarta, con la nueva medicina.

Con la revolución liberal, donde principalmente se combatió por la separación de la iglesia y el estado, así como también se luchó por modificar la estructura social del país. En primera estancia se constituyó la Junta de Beneficencia de Guayaquil que creó a su vez el Hospital Luis de Vernaza. También se formaron los primeros profesionales en medicina y se construyeron las primeras farmacias que ofrecían extractos de hierbas medicinales. Algunos hechos importantes dentro de esta fase fueron la creación del Hospital Eugenio Espejo de Quito, la dotación de agua potable para algunas provincias y la fundación de la Cruz Roja que pertenencia a la Cruz Roja Internacional.

Mientras Europa seguía avanzando con sus descubrimientos en temas de medicina, el Ecuador continuaba con sus técnicas rudimentarias e iba con un gran atraso en cuanto a la implementación de métodos de prevención y cuidado de enfermedades como por ejemplo las vacunas que fueron inventadas por Pasteur y que hasta la actualidad son utilizadas.

Tras la llegada de la revolución Juliana en 1925, se constituye la Junta Suprema de Gobierno en la cual se incorpora el doctor Isidro Ayora como presidente provisional. En su gobierno se da una gran importancia a la transformación de la medicina y salud del país, dictándose la Ley de Sanidad que fue administrada por el doctor Pablo Arturo Suárez quien puso todo su esfuerzo en erradicar completamente la fiebre amarilla, bubónica, tifoidea y otros. Además, se reorganizó la Facultad de Medicina de la Universidad Central, brindando una mejor infraestructura y tecnología.

En materia legal, se aprobó la ley de creación de la caja de Seguro Social Obligatorio en el año de 1937, buscando que empleados y obreros puedan acceder a atención médica mediante las aportaciones que se componían por los fondos de los patronos, obreros y por la contribución estatal. Entre las coberturas de estos servicios médicos se encontraba la maternidad, embarazo y los riesgos en el trabajo.

Con el tiempo se creó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mediante decreto supremo el 25 de Julio de 1970. Esta entidad, es considerada como autónoma ya que maneja recursos propios y mantiene una personería jurídica independiente, asimismo es la responsable de otorgar seguridad social a sus afiliados no solo en cuanto a cobertura médica, sino también con el otorgamiento de préstamos hipotecarios y quirografarios y el acceso a la jubilación.

1.8 Sistemas de Salud Público y Privado

En el Ecuador, el sistema de salud se encuentra representado por el sector público y el sector privado los cuales en su conjunto buscan satisfacer las necesidades de toda la población ecuatoriana. Dentro del primero, es el estado el que asume el rol representativo de otorgar libre acceso a la salud a sus ciudadanos, para lo cual se apoya en distintas instituciones como el IESS, Ministerio de Salud, Municipios, Gobiernos Provinciales, Organismos internacionales o proyectos financiados por ONGS.

En la actualidad la infraestructura hospitalaria del estado se encuentra organizada por nueve zonas territoriales geográficas, en las cuales se mantiene una red de prestadores externos para garantizar la atención oportuna de los asegurados. A nivel nacional se registran trescientos cuarenta y cinco prestadores externos los cuales se dividen entre hospitales, clínicas consultorios privados.

Los centros hospitalarios del IESS a su vez se clasifican de acuerdo a la capacidad de respuesta ante las enfermedades en centros de salud y especialidad de I y II nivel, Hospitales de Nivel II que brindan atención ambulatoria, emergencias y hospitalización en medicina general; y Hospitales de Nivel III que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad, es decir, de mayor complejidad. En la, siguiente ilustración se representa la estructura hospitalaria pública del país.

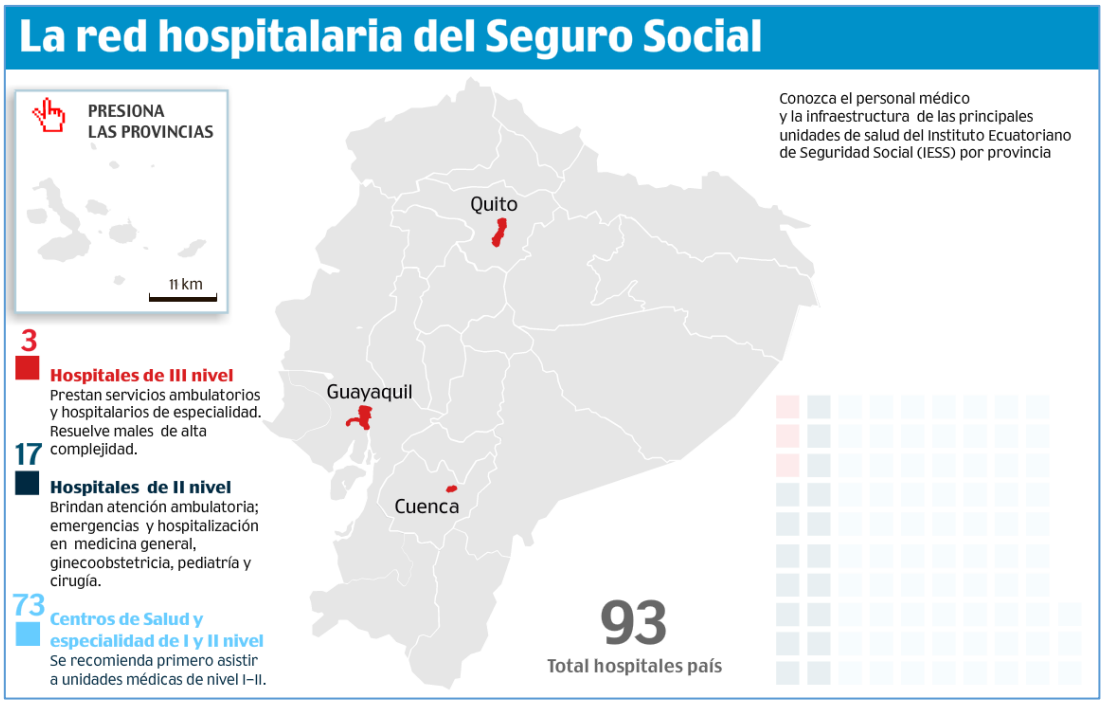


Figura 1. Red Hospitalaria del Seguro Social. Tomado de Diario El Comercio

En la Figura 2 se puede observar que desde el año 2004, el número de asegurados al IESS ha ido incrementando paulatinamente haciendo que la demanda de los servicios médicos cada vez sea más elevada, lo que conlleva al sistema de salud pública a la problemática actual de no poder hacer frente a sus obligaciones con los afiliados de manera oportuna.

Estadísticamente, se puede decir que el número de afiliados al IESS ha incrementado en un 5% dentro de estos últimos 15 años y que el promedio de crecimiento anual es del 0,5% sin considerar a los beneficiarios de los servicios de salud que no se encuentran afiliados pero de igual manera tienen derecho a acceder a los servicios de salud.

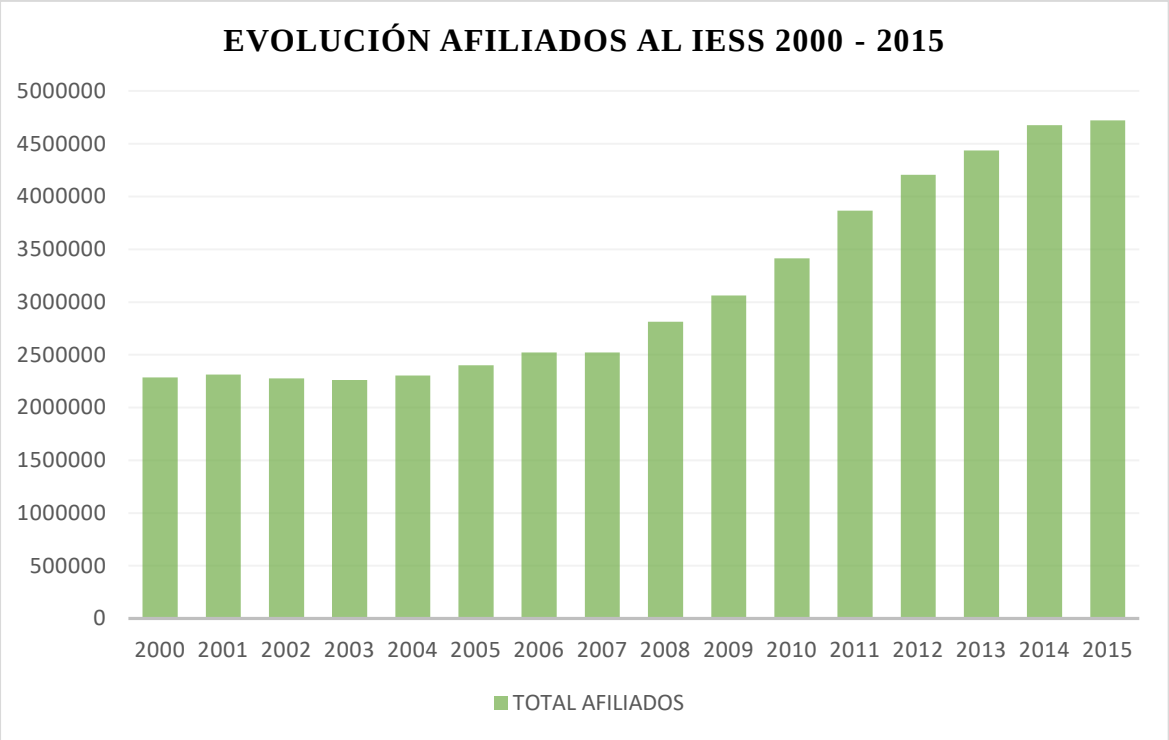


Figura 2- Evolución Afiliados IESS. Elaboración Propia

"Para el año 2017, en el Ecuador, el 65,9% de establecimientos de salud que prestan internación hospitalaria se encuentran en el sector privado con fines de lucro, y el 27,8% se encuentran en el público. Sin embargo, del total de egresos hospitalarios, el 68,2% se generan en el sector público." (INEC, 2018)



Figura 3 - Egresos y Establecimientos de Salud por Sector. Tomado de INEC, 2018

Por otra parte, la mayor demanda de camas hospitalarias se concentra en el Ministerio de Salud Pública que representa un 38,4% de la población, seguido por las instituciones privadas con fines de lucro y el Seguro Social con una menor participación.

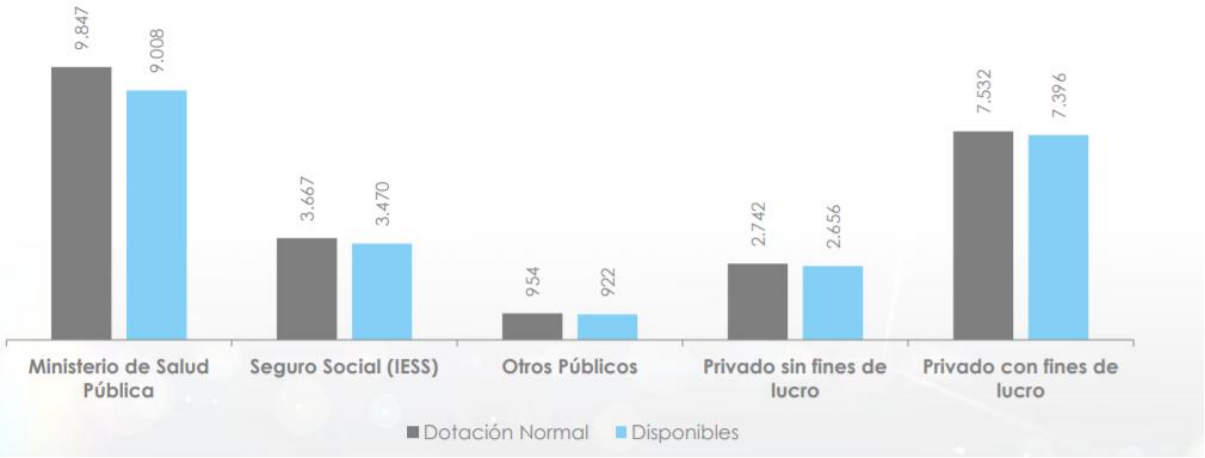


Figura 4- Camas disponibles y de dotación normal. Tomado de INEC, 2018

Conforme a los registros estadísticos presentados en las Figuras 3 y 4, se puede establecer como primer punto que la demanda en las instituciones de carácter público es mayor que en las privadas y por consiguiente las mismas se encuentran sobre su límite de capacidad de atención, lo que en definitiva conlleva a que gran parte de los ciudadanos opte por acudir a instituciones privadas analizando el costo beneficio de invertir en su salud o en la de sus familiares.

1.9 Instituciones Médicas

Con el paso del tiempo las instituciones médicas en el Ecuador fueron incrementándose para conseguir el objetivo de brindar cobertura a la mayor parte de la población. Actualmente el IESS y el Ministerio de Salud Pública constituyen los establecimientos más importantes del país. A continuación, se presentan varios ejemplos de instituciones médicas del país.

- **Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical** Su sede está en Guayaquil y se encarga de verificar que los medicamentos y productos alimenticios tanto de producción nacional como importados se encuentren bajo los rangos aceptados dentro de los controles químicos, biológicos y demás para que sea aprobada su comercialización.

- **Las cooperaciones internacionales** En el Ecuador también han existido contribuciones de organizaciones internacionales que mantienen una participación constante en proyectos correspondientes a salud, campañas de vacunación, prevención de epidemias, y otras. Entre ellas se encuentra la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la cual corresponde a una de las seis instituciones regionales que comprende la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- **El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)** es otra de las organizaciones internacionales que ha colaborado con el país. Principalmente sus acciones en cuanto a la salud infantil han estado encaminadas a garantizar la supervivencia de los niños a través de programas de mejoras de la alimentación y la salud de los niños desnutridos, promoción de la lactancia materna y otorgando los suministros necesarios para su correcto desarrollo.

- **Convenio Hipólito Unanue** Este convenio se conforma por los ministerios de salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y su finalidad es la de crear un espacio donde las naciones puedan cooperar en temas relacionados con el planteamiento de estrategias para resolver problemas comunes entre estos países concernientes a la salud.

- **Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA)** La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que ataca a los pulmones y se transmite por medio del aire. En la historia de la humanidad, este padecimiento nunca ha podido ser erradicado en su

totalidad a pesar de los innumerables esfuerzos de organizaciones como la LEA que constituyó una institución con veintiséis dispensarios de salud y diez hospitales cuyo objetivo primordial era la de tratar la tuberculosis y posteriormente otras enfermedades neumológicas.

- **Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)** El hospital oncológico SOLCA se inaugura a finales del año de 1958 contando con dieciocho empleados en total, actualmente es considerada como una institución de carácter privado y sin fines de lucro que se dedica a promover, educar, prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes que padecen cáncer.

- **Salud reproductiva y planificación familiar** Entre las organizaciones del Ecuador que brindan servicios encaminados a adoptar medidas que contribuyan a la salud integral de la mujer y que buscan tomar medidas para que las mujeres puedan tener una vida digna, puedan acceder a servicios de salud y puedan tomar decisiones de manera libre en cuanto a su sexualidad, las más importantes son APROFE, CEPAR y Cemoplaf que coordinan las actividades de varios centros médicos para desarrollar actividades que contribuyan a la sociedad a alcanzar estos objetivos.

- **Ministerio de Salud Pública** El Ministerio de Salud Pública fue creado con el fin de restaurar el orden en la gestión de salud en el Ecuador y representó desde entonces el pilar de la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, transformándose en la institución encargada de mejorar la calidad de los servicios de atención médica de la población, garantizando a toda la comunidad el acceso a su red de servicios.

Siguiendo el espíritu de la Organización Mundial de la Salud y la regional Panamericana, en varios países, los antiguos Ministerios de Sanidad cambiaron de nombre a Ministerios de Salud, sin embargo, la construcción de un verdadero ministerio no se concretó. Hubo varios proyectos que no se convirtieron en realidad debido a intereses privados hasta que, el 16 de junio de 1967,

la Asamblea Nacional Constituyente decretó la creación del Ministerio de Salud Pública para "atender las ramas de Sanidad, Asistencia Social y otras relacionadas con la salud, en general"

Las Direcciones de Asistencia Social, la Liga Ecuatoriana de lucha contra la tuberculosis (LEA), la Dirección Nacional de Higiene y otras pasaron a depender del nuevo ministerio. Pese a los años transcurridos aún no ha sido posible la coordinación de tantas instituciones. Mientras tanto, terminada la Segunda Guerra Mundial nació como anhelo de la paz universal el derecho a la salud de todo ser humano, considerando que la salud no es simple ausencia de enfermedad sino el estado de completo bienestar, físico, mental, económico y social. Para alcanzar esa meta, surgió la Organización Mundial de la Salud, (OMS) dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

- **Casas públicas de salud** La Caja del Seguro era independiente del Departamento Médico del Seguro Social, Cada año los hospitales públicos y privados se modernizan para ofrecer el mejor servicio y atención. A comienzos de la década de los años 60 inició la construcción del primer hospital de especialidades: el Carlos Andrade Marín. Entre 1963-1966 el Ecuador becó a más de 20 profesionales para que realizaran cursos de postgrado en diversas especialidades en: México, EE UU, Brasil y otros países, al tiempo que importó los aparatos e instrumental necesario. (EKOS, 2012)

1.10 Nacimiento de la Medicina Prepagada

Railway Passengers Assurance Company se constituyó en 1849 como la Compañía de Compensación Universal de Accidentes, desde ese entonces se convirtió en la precursora de los seguros de salud ya que su objetivo era el de garantizar la vida de las personas que viajaban en ferrocarril ante accidentes que provoquen la muerte de los asegurados o diferentes lesiones que en ese tiempo se daban con mucha recurrencia. El éxito de esta empresa se da cuando empieza a asociarse con diferentes ferroviarias para que junto con los boletos vendidos se

ofrezca la póliza de seguro de accidentes a cambio de primas adicionales a ser pagadas por los pasajeros.

En Alemania nace el concepto de seguridad social en el año de 1883 con el fin de otorgar un seguro obligatorio contra accidentes o enfermedades a causa del riesgo laboral y diferentes contingencias de los trabajadores. Por otra parte, para principios de 1935 se aprueba la Ley de Seguridad Social en Estados Unidos donde se desarrollan los primeros planes por tratamientos médicos.

Tomando las palabras de Roosevelt (1935), nunca se podrá asegurar al cien por ciento de la población contra el cien por ciento de los riesgos y vicisitudes de la vida, pero con la ley de seguridad social el gobierno busca generar cierta medida de protección al ciudadano promedio y a su familia contra la pérdida de un trabajo y contra la vejez agobiado por la pobreza.

Con la implementación de las primeras leyes de seguros sociales, se abrió paso a la profundización del tema dando como resultado un reconocimiento universal que se conceptualizó en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año de 1948 donde se señaló lo siguiente:

"Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad"

Bajo la premisa de que si bien es cierto el estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso gratuito a la salud de sus asegurados, en la mayoría de países la falta de capacidad para cubrir la alta demanda provoca que las necesidades de los usuarios no sean atendidas de manera satisfactoria. De esta manera, aparece la palpable necesidad de introducir en el mercado

compañías dedicadas a otorgar servicios de asistencia médica exclusiva para los beneficiarios con la capacidad económica para afrontar pago de mensualidades a cambio de estos servicios.

A consecuencia de esta desatención en salud brindada por el seguro social, se origina en Londres para el año de 1838 la primera empresa encargada de cubrir gastos médicos provenientes de ciertas enfermedades a través de contratos, otorgando la opción de que los asegurados sean atendidos en hospitales públicos para casos donde no sea aplicable la cobertura.

En el Ecuador, el nacimiento de las compañías de medicina prepagada se da en 1978 con la fundación de Ecuasanitas S.A, empresa privada dedicada a otorgar servicios de asistencia médica y medicina prepagada para sus afiliados. Inicialmente, esta empresa desarrolló sus actividades en Quito y Guayaquil y posteriormente amplió sus actividades a diferentes provincias del país.

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA EN EL ECUADOR

2.1 Entorno Macroeconómico

Entender el contexto actual en el que se desarrolla el país, es de gran trascendencia a la hora de evaluar el impacto financiero de un sector que forma parte de la economía de una nación y que interactúa con diferentes actores como son los clientes, competidores, proveedores y demás individuos.

Conforme a cifras del Banco Central, para el 2017 el producto interno bruto (PIB) en el Ecuador presentó un crecimiento de tres puntos porcentuales, lo cual principalmente se debe al aumento en el gasto de hogares, consumo final del gobierno y exportaciones.

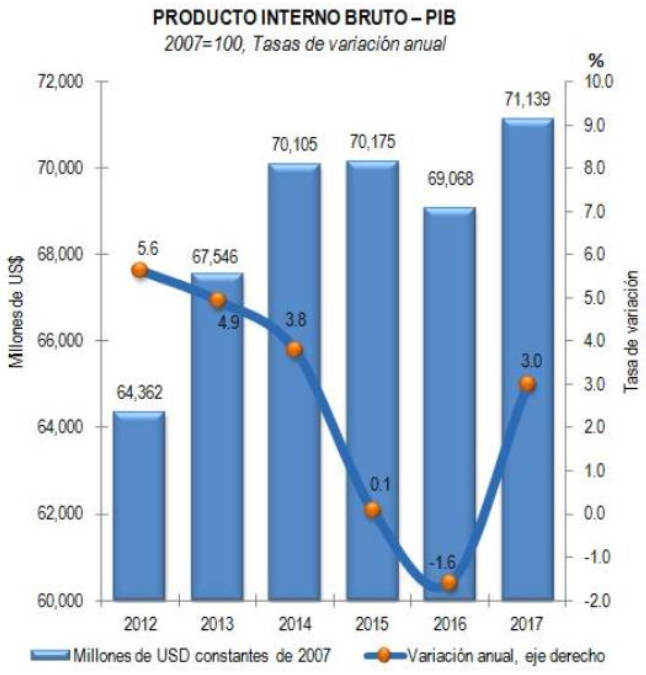


Figura 5- Evolución PIB 2012 al 2017 Tomado de: Banco Central

Con base a datos del INEC, el Ecuador cerró el año 2017 con una inflación anual del -0.20% que implica que la demanda ha disminuido y que puede existir falta de liquidez en la población. Asimismo, el riesgo país cerró el 2017 en 470 puntos y ha tenido varias fluctuaciones en el año 2018 por cambios en el entorno político, económico, en la normativa legal y en general.

En cuanto a lo social, se puede destacar que a Marzo del 2017 la tasa de desempleo en el país alcanzó el 4,4% considerando únicamente a la población económicamente activa (PEA), según la Figura 6 - Composición PEA a Marzo del 2017 Tomado de: INEC. Comparando con la tasa de desempleo que se presentaba a Marzo del 2016, existió una disminución de 1,3 puntos porcentuales, lo que es considerado como una variación estadísticamente significativa y favorable para el país.

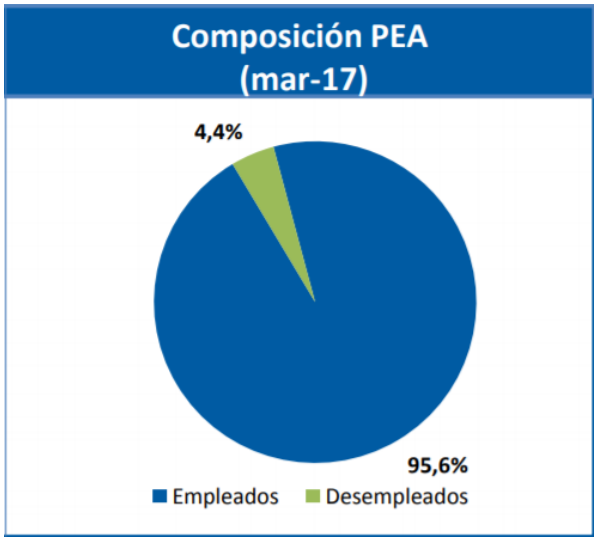


Figura 6 - Composición PEA a Marzo del 2017 Tomado de: INEC

2.2 Análisis Sectorial

El mercado de las compañías de medicina prepagada y los seguros de asistencia médica se encuentra dentro del grupo de actividades financieras y de seguros. Según la clasificación

industrial internacional uniforme (CIIU), este tipo de empresas se clasifican de la siguiente manera:

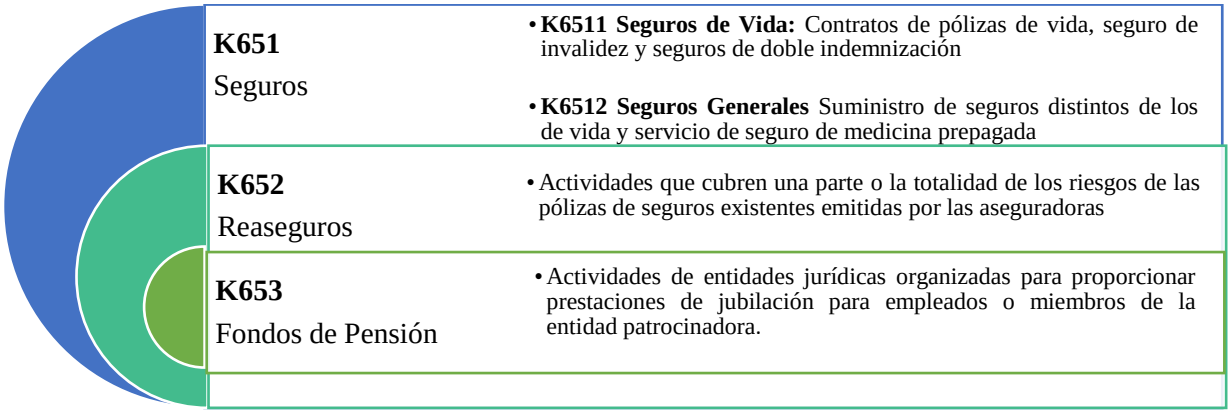


Figura 7- Clasificación Actividades de Seguros CIIU Tomado de: INEC Elaboración propia

Con la intención de enmarcar los seguros de asistencia médica y los servicios de medicina prepagada en su propio contexto, se procederá a realizar el presente análisis separando dichas actividades para poder entender individualmente el comportamiento de cada una ellas dentro de la economía del país.

2.2.1 *Seguros de Asistencia Médica* De acuerdo a datos estadísticos obtenidos por la Superintendencia de Compañías, a Diciembre del 2017 el ranking de seguros estaba encabezado por Seguros Sucre que mantenía a la fecha el 17% de participación en el mercado. En segundo lugar se posicionó Seguros Equinoccial, con una participación anual del 9% y en tercer lugar se encontraba Chubb Seguros con el 9% de participación a diferencia del año 2016 que obtuvo el 8%.

A continuación, se presenta el gráfico comparativo del ranking de aseguradoras en el Ecuador para el año 2016-2017, el mismo se encuentra en términos de prima emitida que se traduce financieramente en los ingresos de las compañías de seguros sin tomarse en cuenta factores como los siniestros pagados o reportados a la fecha que podrían alterar los resultados en los estados financieros.

Tabla 1 *Ranking Empresas de Seguros en el Ecuador 2016-2017*

Posición	Aseguradoras	Prima Neta Emitida (Dic 2016)	% De Particip.	Prima Neta Emitida (Dic 2017)	% de Particip.
1	Seguros Sucre S.A.	$242,138,832.36	15.00%	$274,629,338.54	17.00%
2	Equinoccial	$154,713,585.81	10.00%	$148,042,037.99	9.00%
3	Chubb Seguros Ecuador S.A.	$132,533,744.29	8.00%	$141,829,760.79	9.00%
4	Pichincha	$109,864,926.01	7.00%	$126,171,833.99	8.00%
5	QBE Colonial	$123,642,850.89	8.00%	$111,218,630.71	7.00%
6	AIG Metropolitana	$90,542,196.16	6.00%	$94,500,786.23	6.00%
7	Equivida Compañia De Seguros S.A.	$71,858,164.92	4.00%	$75,763,748.52	5.00%
8	Liberty Seguros S.A.	$64,951,703.18	4.00%	$63,284,409.11	4.00%
9	Mapfre Atlas	$48,287,973.40	3.00%	$57,148,687.01	4.00%
10	Ecuatoriano Suiza	$53,328,897.49	3.00%	$5.1863.401	3.00%

Fuente: Portal de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

En el sector asegurador, se puede destacar que dentro de los diferentes ramos de pólizas que se ofertan en el mercado, constan los seguros de vida colectiva que son los que mayor prima neta emitida generan. Este ramo corresponde principalmente a las pólizas contratadas por los empleadores sus trabajadores al momento en que se firma el contrato laboral.

Como se puede observar en la Tabla *1*, los seguros de asistencia médica ocupan el sexto lugar en cuanto a prima neta emitida al finalizar el período 2017, lo que puede interpretarse en que no conllevan una importancia muy significativa para los seguros que ofrecen coberturas de todo tipo de ramos pero si representan mayor impacto para los seguros que se enfocan en brindar este servicio.

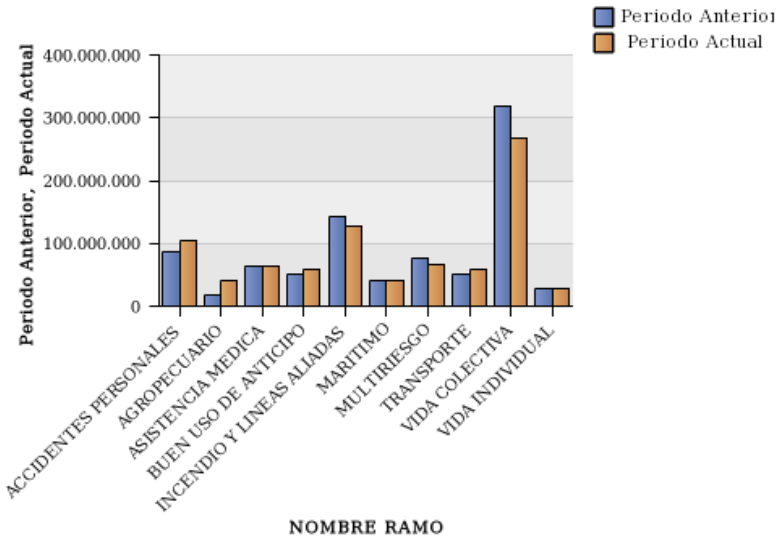


Figura 8- Prima neta emitida por ramo 2016-2017 Tomado de: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

Desde otra perspectiva, se puede evaluar que a pesar de la poca representatividad en los ingresos provenientes de los seguros de asistencia médica, se tiene que el costo de siniestros ocupa el segundo lugar, seguido por el ramo de vida colectiva. Tomando como fundamento esta información proporcionada por la SCVS, se puede concluir que el ramo de asistencia médica para las aseguradoras no es el más rentable, por lo cual muchas de ellas han optado en no incluir a este producto dentro de su portafolio.

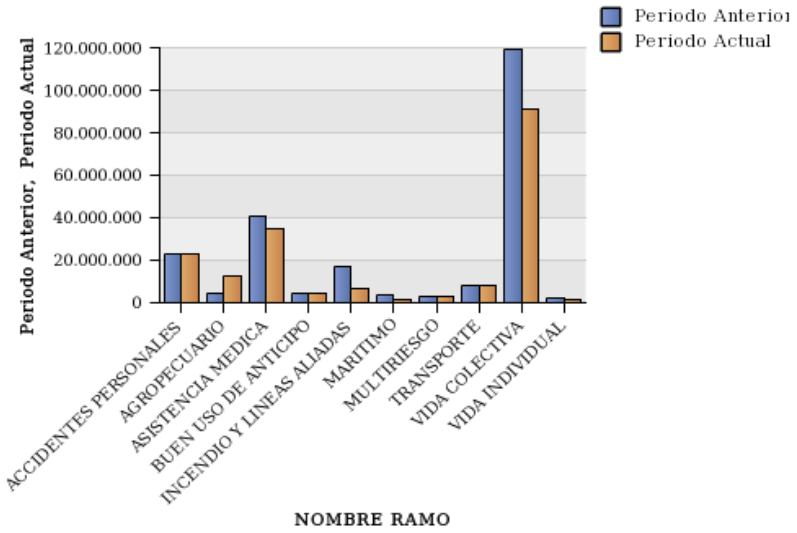


Figura 9 - Costo del Siniestro 2016-2017 Tomado de: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

2.2.2 *Compañías de Medicina Prepagada* Para finales del 2017 existían veinte cinco empresas registradas en la Superintendencia de Compañías, alores y Seguros que se dedicaban a brindar servicio de medicina prepagada. De estas compañías, para el año 2018 solamente dieciocho se encuentran registradas y autorizadas para su funcionamiento y las siete empresas restantes entraron en proceso de liquidación.

A continuación, se presenta el listado de las compañías de Medicina Prepagada que se encuentran operando a la presente fecha en el Ecuador:

Tabla 2 *Listado de Compañías de Medicina Prepagada*

Expediente	Ruc	Compañías	Fecha de Aprobación
98492	992703008001	ASISKEN ASISTENCIA MEDICA S.A.	14/12/2017
131679	992581441001	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	14/12/2017
34886	1391722907001	BLUECARD ECUADOR S.A	14/12/2017
151460	1791927559001	BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A.	14/12/2017
158209	1792092051001	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.	14/12/2017
162635	1792206979001	CONFIAMED S.A.	13/12/2017
7265	1790363333001	ECUASANITAS SA	15/12/2017
96091	1391749635001	HORIZONTES BUSINESS COMPANY S.A.	15/12/2017
122097	992444649001	LATINA SALUD COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA S.A. "LATINASALUD"	12/12/2017
77396	991389504001	MED-EC S.A	15/12/2017
48641	1791279352001	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	13/12/2017
92176	1791816757001	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	15/12/2017
40593	990631425001	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA	12/12/2017
65992	991189270001	PLAN VITAL VITALPLAN S.A.	14/12/2017
150636	1791903927001	PLUS MEDICAL SERVICES S.A. ECUATORIANA DE MEDICINA PREPAGADA	18/12/2017
164264	1792232155001	PRIMEPRE S.A	12/12/2017
48038	1791257049001	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	15/12/2017
77218	991385703001	TRANSMEDICAL HEALTH SYSTEMS S.A.	15/12/2017

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros

2.3 Tendencia de crecimiento de los mercados de salud

En la actualidad, a pesar de que las diferentes instituciones médicas tanto públicas como privadas han ido evolucionando en infraestructura, tecnología e investigación, la falta de capacidad para brindar servicios de salud accesibles, oportunos y de calidad es evidente. Conforme a la publicación científica Salud en las Américas+" se estima que si entre el 2013 y el 2014, en la Región de las Américas hubiesen existido servicios de salud adecuados, se habrían evitado más de 1 200 000 muertes (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Visto desde el punto de vista de las compañías de medicina prepagada y las de seguros que ofrecen cobertura de asistencia médica, el déficit en el alcance de cobertura de los servicios públicos se traduce en una oportunidad para llegar al mercado a cubrir el espacio faltante. Este escenario en Ecuador, se refleja mediante el gasto público que para el 2014 que es el último del cual se mantienen referencias estadísticas alcanza un porcentaje menor al 6% que es el mínimo recomendado por la OPS.

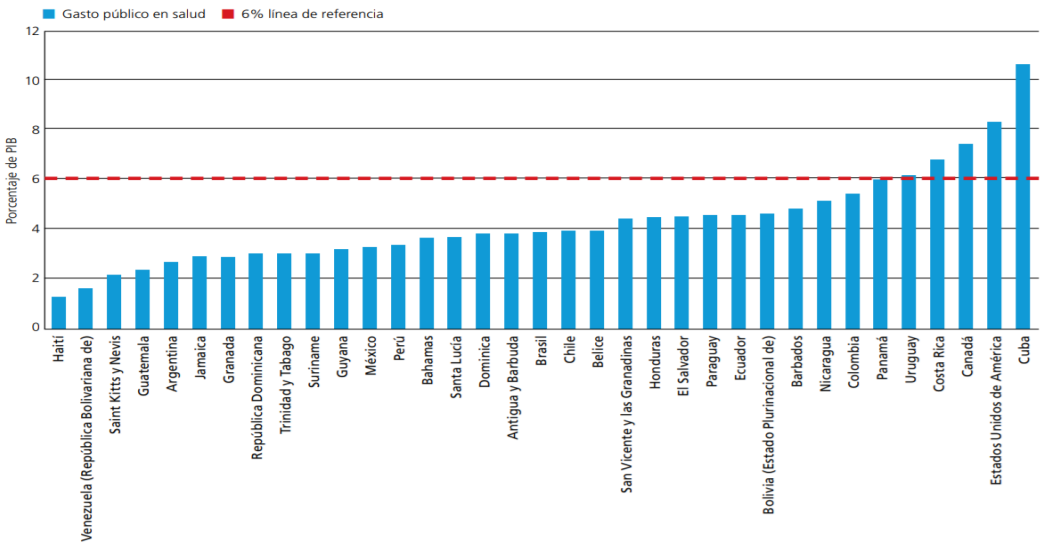


Figura 10 - Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB, 2014 Tomado de Salud en las Américas

Para David Cabrera, especialista en Administración de Salud y Seguros, la expansión de los servicios privados de salud actualmente es positiva y se puede evaluar mediante el número de ingresos hospitalarios nuevos, número de consultas ambulatorias en prestadores masivos

privados y en la expansión de los servicios de medicina prepagada. Todos ellos han aumentado en los prestadores que están ofertando servicios de calidad a costos razonables, eficientes y que ofertan agregadores de valor a los usuarios de salud.

Para determinar la situación actual del mercado de seguros en el Ecuador, se ha tomado como referencia el estudio "Tendencias de Crecimiento de los Mercados de América Latina para 2016" preparado por el servicio de estudios de MAPFRE, donde se exponen los principales indicadores que determinan la penetración del seguro, el índice de evolución del mercado (IEM) y pronósticos de crecimiento.

- **Índice de Penetración** Este indicador señala la importancia de la utilización de los seguros como mecanismo para compensar los riesgos relacionados dentro de la economía de un país. El cálculo de este indicador se lo realiza dividiendo las primas emitidas para el PIB.

- **Índice de Profundización** Este índice refleja la evolución en la concientización de los individuos en la conveniencia de poseer un seguro como respaldo de posibles riesgos y como alternativa para regularizar los ahorros que se tengan en un mediano y largo plazo. Su cálculo se realiza mediante la división de las primas de seguros de asistencia médica dividido entre la cartera total.

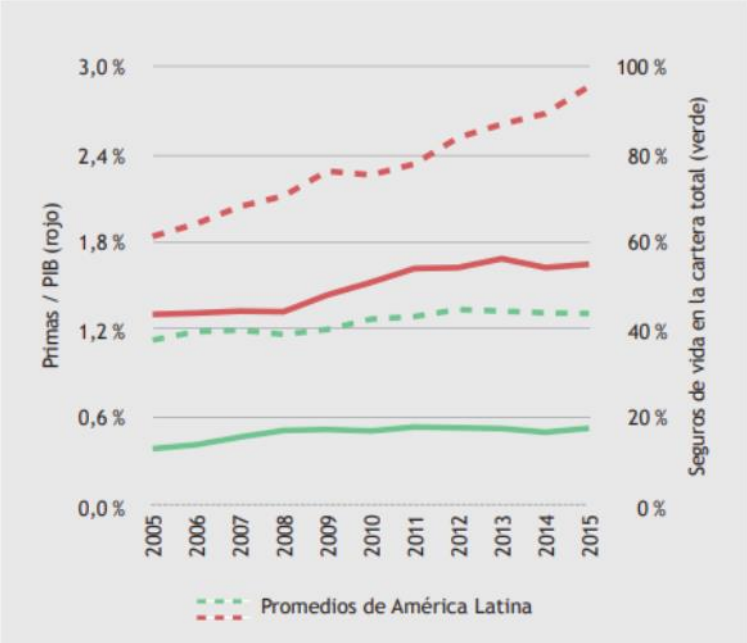


Figura 11- Penetración y Profundización del Seguro Tomado de: Servicio de Estudios MAPFRE

El sector asegurador en Ecuador se configura como un mercado de poco desarrollo que en los últimos años ha ido experimentando crecimiento de forma paulatina. Una de las principales características de este sector en el país es la baja cultura de la población en términos de prevención, por lo que se configura como un mercado inmaduro, viéndose afectado el aseguramiento a nivel de los particulares. (Calero, 2016, pág. 2)

Como se puede observar en la Figura 11Figura 1, en el Ecuador desde el 2005 la tendencia de penetración y profundización del seguro se ha mostrado creciente, lo que significa que el sector asegurador ha estado insertándose cada vez más a fondo en el mercado, de tal manera que el número de afiliados cada vez sigue incrementándose.

- **Medición de la Brecha de Protección del Seguro (BPS)** Con esta medición se representa la diferencia entre la cobertura de seguros que es económicamente necesaria y la cantidad de cobertura que fue adquirida. Esta brecha tiene una relación inversamente directa con el índice de penetración del mercado

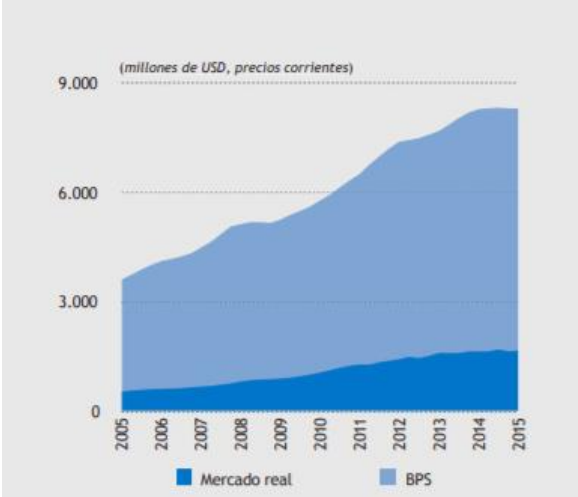


Figura 12 - Evolución de la Brecha de Protección del Seguro (BPS) Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

- **Índice de Evolución del Mercado** Este indicador permite reflejar la tendencia de la evolución del mercado y su madurez. Para el cálculo de este índice se toma en consideración el índice de penetración, el de profundización y el índice de evolución de la brecha de protección del seguro tanto de los seguros generales como de los seguros de vida.

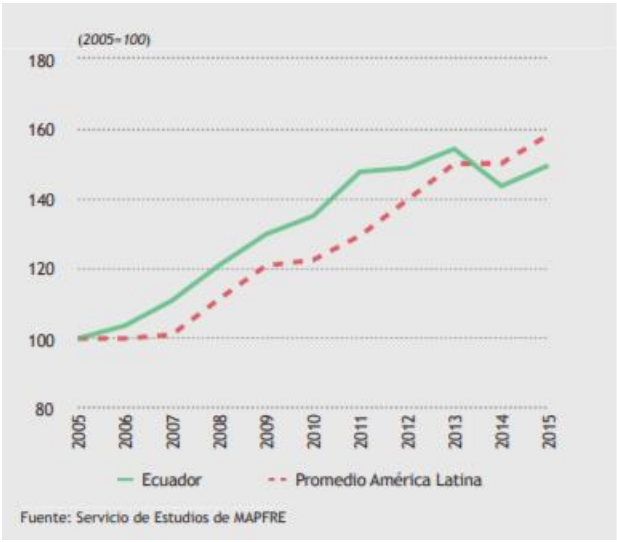


Figura 13 - Índice de Evolución del Mercado Tomado de Servicio de Estudios de MAPFRE

Mediante la figura que antecede, se puede interpretar que a pesar de que en el Ecuador a partir del 2005 hasta el 2013 el IEM se mantuvo por encima del promedio de los niveles de América, para los años consecutivos el mismo empezó a decaer lo que puede significar que existieron factores económicos que evidentemente afectaron al mercado de los seguros provocando se su dinámica se vea debilitada tal como se representa a continuación.

Tasas de crecimiento (%)	Datos observados					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIB	3,5	7,9	5,2	4,6	3,8	0,0
Inflación	3,6	4,5	5,1	2,7	3,6	4,0
Mercado asegurador	19,2	21,8	12,5	18,0	10,2	1,3

Figura 14 - Ecuador: tasas de crecimiento de la economía, de la inflación y del mercado asegurador Tomado de: FMI, Servicio de estudios de MAPFRE

- **Pronósticos de Crecimiento de los Mercados de Seguros en el Ecuador** Este pronóstico permite la valoración a futuro del mercado mediante el cual se busca reducir los niveles de incertidumbre y consolidar herramientas para la planeación. Existen diferentes factores a tomar en cuenta a la hora de proyectar el crecimiento del mercado como son: crecimiento económico general, crecimiento del ingreso personal disponible, cambios en la estructura de la distribución del ingreso, tasa de desempleo, tipos de interés, inflación, crecimiento poblacional, implementación de políticas públicas y aumento de la cultura financiera entre la población.

Conforme a la Comisión Económica para América Latina (Cepal), el PIB del Ecuador para el año 2018 crecerá en un 2%, lo que implica que existe también una amplia oportunidad para el mercado asegurador de expandirse e incrementar el porcentaje de participación en la economía del país.

2.4 Ranking de Compañías de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica

2.4.1 *Ranking Seguros de Asistencia Médica* Tomando en cuenta las cifras presentadas por la SCVS para el año 2017, en la Tabla *3* se presentan las compañías que otorgan servicios de asistencia médica y tienen mayor colocación dentro del mercado asegurador por sus ventas.

Tabla 3 *Participación en el Mercado Seguros de Asistencia Médica 2017*

ASEGURADORA	PRIMA EMITIDA 2017 - SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA	PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO
Pan American Life De Ecuador Compañía De Seguros S.A.	$ 40,379,905.25	42.65%
BUPA Ecuador S.A. Compañía De Seguros	$ 28,828,527.98	30.45%
BMI del Ecuador compañía de seguros de vida S.A.	$ 22,405,062.73	23.66%
Seguros Sucre S.A.	$ 1,909,947.36	2.02%
Generali	$ 615,945.06	0.65%
Constitución	$ 269,349.94	0.28%
Unidos	$ 240,626.57	0.25%
La Unión	$ 28,338.03	0.03%
Hispana	$ 1,200.00	0.00%
Total Prima Neta Emitida	**$ 94,678,902.92**	**100%**

Fuente: SCVS – Elaboración Propia

En este punto, cabe destacar que de las treinta y tres compañías de seguros que se encontraban funcionando en el año 2017, tan solo nueve de ellas mantienen en su portafolio a los seguros de asistencia médica, es decir, que aproximadamente el 72% de las compañías de seguros prefiere no entrar en este mercado por los múltiples riesgos que este conlleva.

2.4.2 *Ranking Seguros de Asistencia Médica* Conforme a datos proporcionados por (EKOS NEGOCIOS, 2017) el ranking de empresas lo de medicina prepagada para el año 2016 se encontró liderado de acuerdo a su posicionamiento en ventas por la empresa SALUD S.A, seguida por BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A., Ecuasanitas, Humana S.A y Best Doctors.

.

Tabla 4 *Ranking Compañías de Medicina Prepagada 2016*

Posición (ventas)	Empresa	Ingresos	Utilidad	Utilidad / Ingresos
1	SALUD S.A.	$151.821.624,00	$19.637.668,00	12,93%
2	BMI Igualas Medicas del Ecuador S.A.	$ 87.891.897,00	$ 1.199.750,00	1,37%
3	Ecuasanitas	$ 58.204.300,00	$ 4.480.232,00	7,70%
4	HUMANA S.A.	$ 39.300.028,00	$ 716.296,00	1,82%
5	Best Doctors S.A	$ 31.035.011,00		0,00%

Fuente: www.ekosnegocios.com

2.5 Entorno Legal

Dentro del ámbito legal, se han emitido en el Ecuador diferentes leyes, resoluciones, decretos ejecutivos, acuerdos ministeriales y otras regulaciones encaminadas a controlar que las actividades de las entidades aseguradoras sean transparentes. En el presente apartado, se desarrolla detenidamente la implementación de los distintos marcos jurídicos que han fijado las directrices para el correcto funcionamiento de las entidades de seguros.

2.5.1 *Decreto legislativo de 1909* El 18 de noviembre de 1909 se publica la primera norma ecuatoriana que regula la actividad de las aseguradoras. En este decreto se establecen las obligaciones de las aseguradoras nacionales como extranjeras que operen en el país. Adicional se establecen límites como el capital mínimo requerido para constituir este tipo de empresas y establece el ente que controlará que se cumpla con lo señalado por este decreto.

2.5.2 *Reforma a la Ley de Compañías de 1909* En 1911, se reforma el decreto legislativo del 2009, otorgando la facultad a las compañías de seguros para celebrar contratos de seguros

contra incendio y se les da a los colectores fiscales la potestad de controlar y vigilar a las aseguradoras.

2.5.3 *Decreto legislativo 1917* A partir de este decreto, se demuestra que las empresas de seguros extranjeras no invertían demasiado en el país por el control excesivo y por lo tanto, no se podía controlar la salida de capital.

2.5.4 *Primer reglamento de Seguros* El 9 de diciembre de 1933 se crea el primer reglamento en cuestión de seguros, que establece que las empresas aseguradoras deben cooperar al desarrollo de la economía nacional, con inversiones en el país de sus capitales y reservas.

2.5.5 *Ley de Seguros de 1935* El 7 de octubre de 1935 se publica oficialmente el decreto supremo que entraría en vigencia a partir del 1 de enero del año siguiente. La ley de seguros otorga a la Superintendencia de Bancos la facultad de controlar las actividades de las empresas de seguros tanto nacionales como extranjeras.

2.5.6 *Inspección y control de Seguros* Esta ley expedida en 1938, fijo cambios con respecto al régimen de liquidación de estas empresas, otorgando la autonomía a los seguros para poder ceder su cartera en el caso. Se establece además que las compañías de seguros tienen la obligación de pagar al asegurado por los siniestros comprobados y sin objeción por parte de las empresas de seguros en un plazo de hasta sesenta días contados a partir de la fecha en la cual se presenta la reclamación, en el caso de que existiere alguna objeción de la compañía y una vez que se la ley se haya visto a favor del asegurado; la compañía tendrá un plazo de treinta días para la cancelación de los valores respectivos y de no cumplirse con esta disposición la empresa entraría en liquidación.

2.5.7 *Legislación sobre el contrato del Seguro* En 1963, se determina mediante decreto supremo la legislación sobre el contrato del seguro que se agrega dentro del Código de Comercio

2.5.8 *Ley General de Compañías de Seguros 1965* Con esta ley se prohíbe la celebración de contratos de seguros con compañías que no estén legalmente establecidas en el país. (Ley General de Compañías de Seguros, Art 5)

Entre otros puntos importantes implementados en esta ley, se establecen normas orgánicas para el comportamiento de los reaseguros y también para los corredores y para los ajustadores de siniestros. También se tratan aspectos modificatorios a la legislación anterior en cuanto a la sección de liquidación, en lo correspondiente a liquidaciones voluntarias y por quiebra.

2.5.9 *Ley General de Seguros 1998* Dentro de esta ley se regula la constitución, organización, actividades, funcionamiento y extinción de las personas naturales y jurídicas que integran el sistema de seguro privado, las cuales están sujetas a la vigilancia y control de la Superintendencia de Bancos. (Ley General de Seguros, Art. 1)

En esta ley se cambia la denominación a la Superintendencia de Bancos a Superintendencia de Bancos y Seguros. Se conforma un sistema de seguros donde sus principales actores son las empresas que realizan operaciones de seguros, los reaseguros, intermediarios, peritos y los asesores productores de seguros.

Con la creación de esta ley también se determina que a pesar de que el seguro se constituye como una empresa de carácter privado, es de interés público por lo que se busca proteger al asegurado para de esta manera garantizar que se cumplan los derechos contraídos al adquirir una póliza.

2.5.10 *Legislación de Seguros Actual* Hasta el año de estudio, se han realizado modificaciones en cuanto a diferentes aspectos de la Ley General de Seguros, uno de los cambios más importantes es la separación de los seguros del control de la Superintendencia de bancos y la incorporación de este ámbito a la Superintendencia ahora denominada como de Compañías, Valores y Seguros.

Paulatinamente, se otorga las facultades a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para controlar, fiscalizar y suspender a las empresas que formen parte del sistema de seguros privados en el Ecuador. Más allá de esta reforma sustancial, se dispone la creación del Fondo de Seguros privado, cuyo fin será el cubrir a los asegurados ante el riesgo de que un siniestro no fuese pagado por alguna empresa que incurriere en liquidación forzosa, de acuerdo a lo mencionado por la ley vigente.

Es importante destacar que los recursos económicos que alimentan al fondo de seguros privados está compuesto por el dinero recaudado correspondiente al 1,5% del valor de las primas netas de seguros. La vigencia de este nuevo proceso rige a partir del año 2006 y sus efectos se ven reflejados en los resultados financieros de las empresas de seguros que se estudiarán en otro apartado de esta investigación.

2.6 Implementación de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica

Para poder entender el impacto financiero de las empresas como consecuencia de la implementación de la ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, es importante considerar detalladamente lo que la misma señala. En adelante, se definirá cada punto considerado como relevante para análisis con el fin de entender

el contexto en el que se dan los cambios incluidos en la legislación actual para las empresas que se encuentran dentro de la clasificación del sistema de seguros definida por la ley.

2.6.1 *Principios Legales* De acuerdo al Art. 3 de la Ley Orgánica de Medicina Prepagada, los principios rectores que se aplican a estas empresas son legalidad, juridicidad, inclusión, equidad, precaución, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, bioética, gradualidad, suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez, libre competencia, responsabilidad y participación.

Es una gran responsabilidad para las empresas de este sector regirse bajo los principios establecidos que buscan generar una industria sana, donde prevalezca la justicia y la equidad sin dejar de lado la búsqueda de los objetivos financieros de cada empresa.

2.6.2 *Derechos* En el Art. 4 de la Ley en mención, se definen básicamente los derechos de las partes interesadas, entre los cuales se menciona el derecho a la vida, salud, no discriminación, atención integral, libre asociación, libre empresa, debido proceso y finalmente derechos a los consumidores.

2.6.3 *Constitución* En esta ley también se define que las empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que ofrezcan coberturas de seguros de asistencia médica se incluirán dentro del sistema nacional de salud y deberán ser constituidas como sociedades anónimas.

De acuerdo a esta ley, se establece que las empresas que brinden servicios de seguros serán constituidas como sociedades anónimas y su único objeto será el de financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada.

2.6.4 *Capital Mínimo* Para poder constituirse este tipo de compañías requieren que el capital mínimo suscrito y pagado para esta creación será de un millón de dólares. Es potestad de la Superintendencia de Compañías incrementar este monto en virtud de las características financieras de la empresa.

2.6.5 *Regímenes de solvencia, patrimonio, reservas técnicas y provisiones***.** Según el Art. 10 de la ley en mención las aseguradoras deberán contar con solvencia y deberán contar con reservas para posibles reclamaciones de sus asegurados.

Para cumplir con el requerimiento de ley mencionado en este artículo es importante destacar que las empresas deberán realizar estudios estadísticos y analíticos que les permita pronosticar los posibles ingresos y egresos con el objetivo de construir un respaldo financiero en base a la información histórica recolectada.

2.6.6 *Prestación de servicios***.** Con respecto a este punto en la ley se señala claramente que los servicios prestados por las empresas que financien servicios de atención prepagada o que acepten en una parte o en la totalidad los riesgos derivados de esta actividad, solo podrán ser prestados por terceros prestadores de las actividades comerciales anteriormente mencionadas, llamados intermediarios.

2.6.7 *Planes y programas.* La sección cuarta de la ley mencionada engloba a los planes, programas y modalidades que pueden otorgar las empresas que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica.

En primera instancia, dentro del contrato de seguro se deberán indicar las coberturas, exclusiones, alcances y límites con las que cuenta la póliza. Este documento deberá también garantizar a los usuarios la prestación de los servicios médicos de acuerdo a factores como la condición de salud del asegurado, género, edad, plan seleccionado, entre otros.

La cobertura en razón de las personas, significa que en los contratos seguros pueden intervenir varias figuras como los titulares quien es la persona que contrata la póliza y asume el pago de la prima. La otra figura que puede existir son los beneficiarios, quienes son personas relacionadas con el solicitante, ya sea por una relación laboral, conyugal o familiar hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

2.6.8 *Requisitos formales***.** Los programas que se ofrecen por las empresas de seguros deberán ser claros y no dar espacios para confusiones o ambigüedades. Cada plan deberá ser redactado en idioma castellano y podrá ser difundido en otros idiomas por su relación intercultural.

2.6.9 *Modalidades.* De acuerdo al artículo 22 de esta ley existen tres diferentes modalidades que se pueden ofertar a los asegurados que son las siguientes:

2.6.9.1 *Modalidad Abierta* Es aquella a través de la cual los usuarios pueden elegir recibir servicios de atención sanitaria a través de terceros prestadores no relacionados con las compañías ofertantes.

2.6.9.2 *Modalidad Cerrada* Con esta modalidad el usuario puede recibir atención solamente por parte de prestadores de servicio de salud relacionados con las compañías ofertantes, ya sea en el ámbito comercial o de integración societaria.

2.6.9.3 *Modalidad Mixta* Con esta modalidad el usuario podrá seleccionar una combinación de las dos modalidades anteriores de acuerdo a su beneficio.

2.6.10 *Condiciones generales* Los contratos que se celebren de acuerdo a esta ley deberán contener las condiciones generales que se establecen en el Artículo 26. Entre estas condiciones

esté el responder a normas de igualdad y equidad entre las partes contratantes; inclusión de cláusulas relativas a la solución de controversias y los señalamientos con respecto a documentaciones y causales de terminación anticipada del contrato: además de otras condiciones que determine el organismo de control.

2.6.11 *Condiciones de carácter sanitario* El Art. 27 de esta ley señala tres puntos que se deberán incluir en estas condiciones. El primer punto trata de que se deberá basar su contenido en las prestaciones sanitarias establecidas por la Ley Orgánica de Salud; el segundo punto se trata de las exclusiones y no coberturas y el tercero trata de la prohibición de limitar las obligaciones contractuales.

Un aspecto importante a acotar en este artículo, es la obligatoriedad de las aseguradoras de otorgar cobertura de salud y asistencia médica sin excluir a las enfermedades preexistentes. En este aspecto no se podrá negar la emisión de una póliza ya sea nueva o renovación por este motivo, lo que implica un alto riesgo para las empresas de incrementar sus índices de siniestralidad.

2.6.12 *Plazo* La ley establece que los plazos de vigencia de las pólizas de salud no podrán ser menor a un año.

2.6.13 *Precio* Los precios de estas pólizas deberán ser estipulados de acuerdo a valores estipulados en cálculos actuariales y debidamente aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Adicional, no se podrá aumentar las primas en renovaciones basándose en la siniestralidad individual de cada asegurado y las primas de pólizas corporativas deberán fijarse en mutuo acuerdo entre el contratante y la aseguradora.

Basándose en la premisa de que las aseguradoras no podrán subir sus tasas para las renovaciones de pólizas con mayor siniestralidad ni quitar la cobertura, se puede deducir que

las empresas de seguros de medicina prepagada se verán económicamente afectadas y tendrán que realizar nuevos presupuestos analizando el porcentaje de su cartera con siniestros y el porcentaje que podría considerarse presenta una buena siniestralidad y por lo tanto genera mayor rentabilidad.

2.6.14 *Cláusulas Contractuales Obligatorias***.** El Art. 30 de la ley Orgánica de Medicina Prepagada determina las siguientes cláusulas que deberán mantener sus pólizas:

- Se prohíben incrementos en tarifas o primas a causa de enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación y de negar la renovación de los contratos por dichas causas.

- Cubrir hasta el monto de la cobertura contratada las atenciones para emergencias médicas y en cualquier establecimiento de salud.

- Los afiliados y asegurados tendrán prestaciones primarias con tarifa cero que se incluirán obligatoriamente según la disposición de la autoridad sanitaria Nacional.

- De frente a estos cambios, los asegurados pueden tener amplios beneficios a los cuales anteriormente no tenían derecho; no obstante, para las empresas dedicadas a ofrecer este la ley s de servicios resulta costoso cumplir con las exigencias que estipula la ley.

2.6.15 *Terminación Anticipada y restablecimiento de vigencia de los contratos***.** En esta ley se estipula que las compañías de medicina prepagada no podrán terminar el contrato de seguro anticipadamente por decisión unilateral. Únicamente si los asegurados no pagan su seguro durante tres meses consecutivos se podrá cancelar la cobertura siempre y cuando esto sea notificado. En adición,

Si bien es cierto, con esta ley se respalda a las aseguradoras en caso de falta de pago pero también se debe exponer que la suspensión de estos servicios no aplica para casos de asistencias por emergencia médica los cuales deberán realizarse hasta cuando se produzca el pago de las cuotas faltantes.

Con respecto a la terminación anticipada también cabe resaltar que la ley dispone que en casos de fallecimiento del titular del contrato o de disolución en caso de seguros corporativos, no serán causa de terminación anticipada.

En el caso de personal naturales, el seguro seguirá brindando cobertura a los beneficiarios sin ninguna prestación a cambio y en caso de personas jurídicas se mantendrá el seguro si al menos el ochenta y cinco por ciento de usuarios desean seguir con cobertura y aceptan seguir cumpliendo con las obligaciones económicas derivadas.

El restablecimiento de vigencia, podrá darse por una sola ocasión y deberá ser solicitado hasta tres meses de la terminación, siempre que se cumpla con las contraprestaciones correspondientes y exista el acuerdo para que se produzca este restablecimiento.

2.6.16 *Prohibiciones expresas***.** El Art. 33 de la ley de seguros de medicina prepagada remarca factores que conciben un gran impacto para las empresas dedicadas a estos servicios ya que dispone lo siguiente:

- Se prohíbe rehusarse a celebrar o renovar contratos de seguros por motivo de enfermedades preexistentes

- Se prohíbe modificar los términos y condiciones de una póliza que haya tenido continuidad previa de cinco años por el hecho de que los asegurados hayan cumplido cierta edad.

- Se prohíbe establecer periodos de carencia superiores a sesenta días, en contratos individuales que tengan cobertura de atención por maternidad. Se entiende por periodo de carencia el lapso de tiempo entre el día en que entra en vigor el contrato y el día en el que el asegurado puede disfrutar algunas garantías.

Estas prohibiciones conforman uno de los puntos más críticos al analizar esta ley, debido a que se impone a las aseguradoras a hacer frente a obligaciones que antes preferían aludir con estrategias como subir las tasas o modificar condiciones cuando un asegurado llegaba a cierta edad más propensa de acuerdo a estadísticas, además las empresas preferían no tomar riesgos al tratarse de enfermedades preexistentes que predecían un incremento en los gastos.

2.6.17 *Preexistencias***.** Se puede considerar a las enfermedades preexistentes a aquellas que fueron diagnosticadas con anterioridad a la contratación del seguro. En estos casos la ley establece que en los contratos individuales en los que se incluyan enfermedades preexistentes se deberá otorgar una cobertura correspondiente a veinte salarios básicos unificados que será aplicada luego de un periodo de carencia de veinticuatro meses, contados a partir de la suscripción del contrato.

Por otro lado, es necesario que los miembros que se encuentren con cobertura declaren si tienen enfermedades preexistentes a la hora de suscribir su contrato, ya que de otro modo la compañía podrá presentar un reclamo administrativo a la autoridad competente indicando que se ocultó la verdad.

2.6.18 *Obligaciones comunes de las compañías* De acuerdo al artículo 35 de la ley Orgánica de Medicina Prepagada, las siguientes son sus obligaciones generales para las compañías que se encuentren en este giro del negocio.

- Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas.

- Otorgar el financiamiento, para la cobertura de todas las prestaciones previstas en los planes contratados, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados.

- Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de la cobertura.

- Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, beneficiarios, usuarios, dependientes o asegurados, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura.

- No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos.

- Garantizar los derechos de los afiliados, usuarios, dependientes, beneficiarios o asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley.

- Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley.

- En la modalidad mixta, en la parte que corresponda, velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

- Implementar tecnologías de la información y comunicación, para facilitar la relación interactiva entre las compañías, los prestadores de servicios de salud y los usuarios, principalmente en materia de tramitación administrativa de las prestaciones y contraprestaciones económicas de los contratos, reembolsos, etc.

Para las compañías dedicadas a la prestación de servicios de medicina prepagada, el hecho de cumplir con estas obligaciones implica además de un gran compromiso, el hecho de implementar nuevas herramientas tecnológicas que mantengan la información de sus servicios y su portafolio de clientes al día otorgando facilidades para que los asegurados puedan conocer ampliamente sus coberturas y así mismo auto gestionar varios trámites en línea.

2.6.19 *Prestación de servicios de salud y sus usuarios* El capítulo quinto de esta ley, trata acerca de la prestación de servicios de salud y sus usuarios, de esta manera se establece tanto la responsabilidad de las compañías como de los usuarios frente al contrato firmado.

2.6.20 *Reclamos* En esta sección se especifica los procedimientos a seguir en caso de existir reclamos administrativos por parte de las partes en caso de incumplimiento de lo estipulado en el respectivo acuerdo y el recurso de apelación en caso de decidir impugnar ante una resolución.

2.6.21 *Competencia, Faltas Administrativas y Régimen Sancionatorio* La sección siete de la ley se refiere a la competencia de cada una de las autoridades que de distinta manera controlan a las compañías de seguros para que cumplan con lo dispuesto. La autoridad sanitaria por su parte se encargará de determinar y sancionar los temas en materia sanitaria, mientras que la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros actuará como autoridad en primera instancia como ente de control.

En torno al análisis del marco legal en el cual se desempeñan las empresas de seguros de asistencia médica y medicina prepagada, se puede determinar varios factores que afectan a los estados financieros de este tipo de organizaciones y que implican cambios a fondo en su administración. Para continuar siendo rentables, lo primero que deberán tener en cuenta estas empresas será llevar un buen manejo financiero y contable que cuente con análisis fidedignos e integrales, es decir, que tomen en cuenta cada punto de la ley y lo reflejen en políticas de manejo para cumplir con lo requerido y seguir teniendo la liquidez esperada.

No está de más aclarar que los cambios siempre pueden ser vistos como amenazas, así como también oportunidades para aventajarse de la competencia y conseguir sacar provecho a las circunstancias que determinan los factores externos tales como los factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos.

3. ANÁLISIS FINANCIERO DE LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA

Conocer el impacto financiero de las compañías en general implica un análisis exhaustivo de las partidas contables presentadas en los estados financieros, determinar las variables significativas que puedan presentarse de un año a otro y sobretodo recabar las razones por las cuales han existido estas diferenciaciones.

De acuerdo a (Molina, Ramírez, Bautista, & Lama, 2015) , la información financiera es indispensable para una racional toma de decisiones. El carácter histórico de la información financiera y el tratamiento de la incertidumbre introduce matices en su interpretación de cara a la proyección de la entidad en el futuro, por lo que el análisis de los estados financieros, lejos de ser una ciencia exacta, se convierte en un ejercicio de criterio profesional.

El análisis financiero es una herramienta para obtener indicadores confiables acerca de la situación de las diferentes áreas que integran una empresa, los cuales, mediante una adecuada interpretación, repercuten en una toma de decisiones óptima. Si dichos indicadores son de un solo periodo contable, facultan para detectar cómo se encuentra la empresa en ese periodo y, con base en ello, optar por las acciones más apropiadas. Si se analizan varios períodos, la historia escrita de la compañía permite observar cómo ha avanzado, si se está logrando las metas planeadas y si las acciones han sido las más convenientes o se pueden optimizar. (Arias Anaya, 2009, pág. 11)

3.1 Principales Políticas Contables

Mediante Registro Oficial No. 835, la SCVS determinó que las compañías intermediarias de reaseguros, peritos de seguros y asesoras productoras de seguros, deberán aplicar de forma

obligatoria las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) emitidas por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB) a partir del 01 de Enero del 2017. De esta forma, los estados financieros deberán ser expresados de acuerdo a su moneda funcional, es decir la moneda del entorno económico principal en la que opera la entidad. En este caso, se registrará el dólar de los Estados Unidos de América en la contabilidad, ya que es la moneda de circulación del país.

Existen diferentes pautas que deben ser aplicadas a la hora de llevar la contabilidad de empresas pertenecientes al sector asegurador que se desarrolla con un alto nivel de complejidad por el motivo de que su actividad económica depende en un alto grado a circunstancias con un nivel alto de incertidumbre y que introducen conceptos nuevos aplicables particularmente a este tipo de entidades como son los factores de riesgo, grados de siniestralidad, entre otros.

A continuación se describen algunas de las normas que son de utilidad a la hora de realizar e interpretar la información financiera correspondiente a las compañías de seguros.

3.1.1 *NIIF 4 "Contratos del Seguro"* Una de las normas aplicables para el sector asegurador es la NIIF 4 denominada "Contratos del Seguro" que se estableció por la IASB como la primera fase del proyecto para la generación de una nueva normativa contable integral para las empresas de seguros. Es importante resaltar que esta NIIF es una disposición transitoria hasta la culminación de la tercera fase del proyecto donde la misma será reemplazada por la NIIF 17 que se pretende ser una herramienta útil para proporcionar información relevante que represente los derechos y obligaciones provenientes de los contratos de seguro que emite de manera fidedigna.

Dentro de la NIIF 4 se define al contrato de seguro como aquel por el cual una de las partes (aseguradora) acepta un riesgo de seguro significativo de la otra parte (tomador), acordando compensar en caso de existir un acontecimiento futuro e incierto que afecte en forma adversa al tomador del seguro.

El riesgo de seguro significativo, del cual se menciona es el que el tomador transfiere al emisor y que es distinto al riesgo financiero, ya que no se consideran los cambios en variables tale como tipo de interés, precio del instrumento financiero, precio de la prima, tipo de cambio o índice de precios o intereses.

En este contexto, se explica también el concepto de incertidumbre que hace referencia a eventos en los cuales se desconoce el hecho futuro, el tiempo en el que se ejecutará el evento y también se desconoce el importe a pagar. Otro concepto ligado a esta definición es el de los derivados implícitos que son aquellos instrumentos financieros en los cuales su valor varía dependiendo de los tipos de cambio, tasas de interés, cotizaciones que modifican al flujo de efectivo de un contrato ya que dependen de una medición subyacente.

Por otro lado, los componentes de depósitos son aquellos que no se encuentran asociados a un componente de riesgo significativo, por lo cual se conocen a estos contratos como seguros y reaseguros financieros. En esto casos la norma requiere que estos componentes sean valorados de forma separada para poder analizarlos cuando las primas recibidas como depósitos no se reconozcan como ingresos sino como pasivos y cuando una parte de los costos iniciales se incorporen como componente de depósito.

En esta norma se establece que las aseguradoras están en su capacidad de cambiar las políticas contables relacionadas a los contratos de seguros solamente cuando a consecuencia de ello sus estados financieros se presentan de manera más relevante y con el mismo grado de fiabilidad. En añadidura se establece que no se podrán realizar provisiones para posibles contratos que no existieren al momento de presentar los estados financieros; se requiere una prueba del ajuste de los pasivos por seguros que se han reconocido y del deterioro de activos por contratos de reaseguro; asimismo que se mantengan los pasivos por contratos de seguro en el balance hasta que sean liquidados, cancelados o que hayan caducado.

Es importante destacar que todos los instrumentos derivados de los contratos de seguros deberán ser medidos por su valor razonable, es decir, por el valor que recibirá por la venta de un activo o se pagará por la transferencia de un pasivo en una transacción ordenada entre participantes del mercado en la fecha de transacción.

3.1.2 *NIIF 15 "Ingresos de Actividades Ordinarias Procedentes de Contratos con los clientes"* Esta norma establece un modelo extenso y detallado para el correcto registro y reconocimiento procedente de contratos con los clientes que corresponde a cinco pasos que se describen en la Figura 15

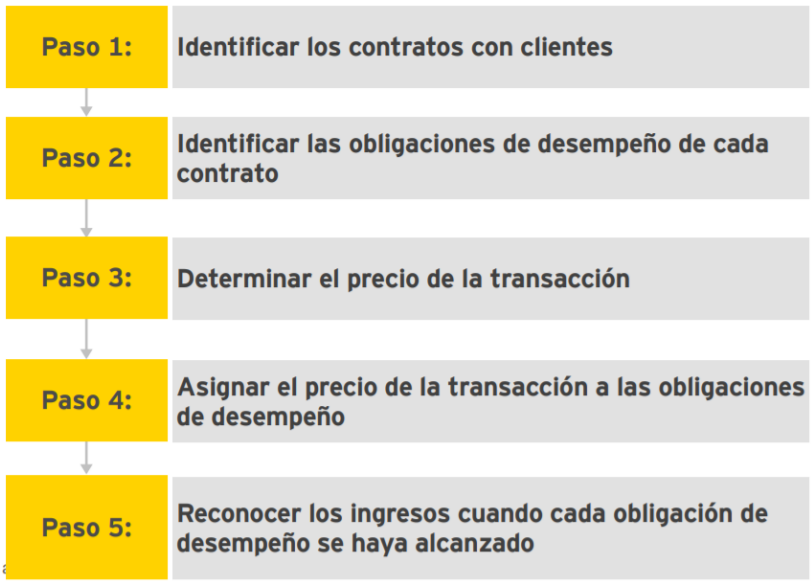


Figura 15 - Pasos para el Reconocimiento de Ingresos Tomado de: www.ey.com

Paso 1: Identificación del Contrato Para que las entidades puedan contabilizar un contrato se deberán cumplir los siguientes criterios:

- Las partes aprueban el contrato y se comprometen a cumplir sus obligaciones
- Se pueden identificar los derechos y obligaciones de cada parte

- Se pueden identificar las condiciones de pago
- Existe un fundamento comercial
- Es probable que la entidad recaude la contraprestación

Paso 2: Identificación de las Obligaciones de Desempeño En esta fase las entidades valorarán los servicios comprometidos en el contrato y se identificará si el cliente puede beneficiarse del servicio por sí mismo o utilizarlo en combinación de otros recursos disponibles. Además se verificará si el servicio es distinto al contexto del contrato, en el caso de que no dependa en gran medida o no modifica trascendentalmente otros bienes o servicios comprometidos en el contrato.

Paso 3: Determinación del Precio Este valor se da dependiendo del tipo de contraprestación que puede ser fija o variable (descuentos, incentivos, bonos, penalizaciones, reembolsos, etc.).

Paso 4: Asignación del Precio Esta asignación estará basada en los precios de venta independientes (PVI) que es el precio al cual la entidad vendería un bien o servicio de forma separada a un cliente, en circunstancias similares y a clientes parecidos. (EY, 2017)

Paso 5: Reconocimiento de Ingresos Bajo esta norma el ingreso es reconocido a medida que se satisface la obligación de desempeño mediante la transferencia del control al cliente.

3.1.3 *NIC 37 "Provisiones, Pasivos Contingentes y Activos Contingentes"* Esta norma es de aplicación a las provisiones, pasivos contingentes y activos contingentes de las entidades aseguradoras. Es la misma se establecen conceptos fundamentales para la contabilización de este tipo de empresas.

- **Provisión** Una provisión es un pasivo en el que existe incertidumbre acerca de su cuantía o vencimiento. (IFRS Foundation). En otras palabras, una provisión es un abastecimiento que las empresas realizan para cuando lo requieran poder hacer frente a sus obligaciones futuras sin la necesidad de endeudarse.

- **Activo Contingente** Es un activo, surgido a raíz de sucesos pasados, cuya existencia ha de ser confirmada sólo por la ocurrencia o la no ocurrencia, de eventos inciertos en el futuro y que no están enteramente bajo el control de la entidad.

- **Pasivo Contingente** Es una posible obligación surgida a raíz de a raíz de sucesos pasados, cuya existencia ha de ser confirmada sólo por la ocurrencia o la no ocurrencia, de eventos inciertos en el futuro y que no están enteramente bajo el control de la entidad.

3.2 Determinación de la muestra de estudio

Para determinar la muestra de una población finita objeto del estudio se aplicará la ecuación para la determinación de poblaciones finitas, que es la siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^{2} p * q}{d^{2} * (N-1) + Z_{\alpha}^{2} * p * q}$$

Donde:

Tabla 5 *Descripción de variables para determinación de una muestra finita*

Variables	Descripción	Valor de la variable
N	Total de la población	18
Z	Nivel de confianza	1,28
P	Proporción esperada	0.5
Q	Probabilidad de fracaso	0.95
D	Precisión - margen de error permitido	0.25
n	Tamaño de la muestra	3

Elaboración Propia

Como resultado de la aplicación de la fórmula se obtiene que se deberán analizar a cuatro empresas para tener un nivel de confiabilidad del 80%y una posibilidad de error de un 30% que se aceptará como tolerable.

El tipo de muestreo seleccionado para la investigación es el intencional o discrecional, ya que se ha escogido a las empresas que son actualmente las más representativas del país por sus resultados obtenidos. Cabe recalcar que para este estudio se ha tomado en consideración únicamente a las compañías que prestan servicios de medicina prepagada sin contar a los seguros que ofrecen coberturas de asistencia médica. Si bien es cierto la ley Orgánica de Medicina Prepagada afectó a las dos partes, también se debe considerar que la magnitud de la afectación implicará un menor riesgo para los seguros debido a que estos no solo se enfocan en brindar este servicio, sino que tienen una amplia gama productos que ofertan en el mercado.

De tal manera, se han seleccionado a tres compañías consideradas como las más representativas en base a los ingresos que percibieron al año 2017, que es el año crítico de estudio. Es importante recalcar que para el presente análisis no se ha tomado en consideración a la compañía Ecuasanitas, ya que a pesar de estar en tercera posición a la fecha no ha presentado la información financiera correspondiente al último año fiscal a la SCVS.

Tabla 6 *Ranking Compañías de Medicina Prepagada 2017*

Posición (ventas)	Empresa	Ingresos	Utilidad	Utilidad / Ingresos
1	SALUD S.A.	$151.821.624,00	$19.637.668,00	12,93%
2	BMI Igualas Medicas del Ecuador S.A.	$ 87.891.897,00	$ 1.199.750,00	1,37%
3	Ecuasanitas	$ 58.204.300,00	$ 4.480.232,00	7,70%
4	HUMANA S.A.	$ 39.300.028,00	$ 716.296,00	1,82%
5	Best Doctors S.A	$ 31.035.011,00		0,00%

Fuente: www.ekosnegocios.com

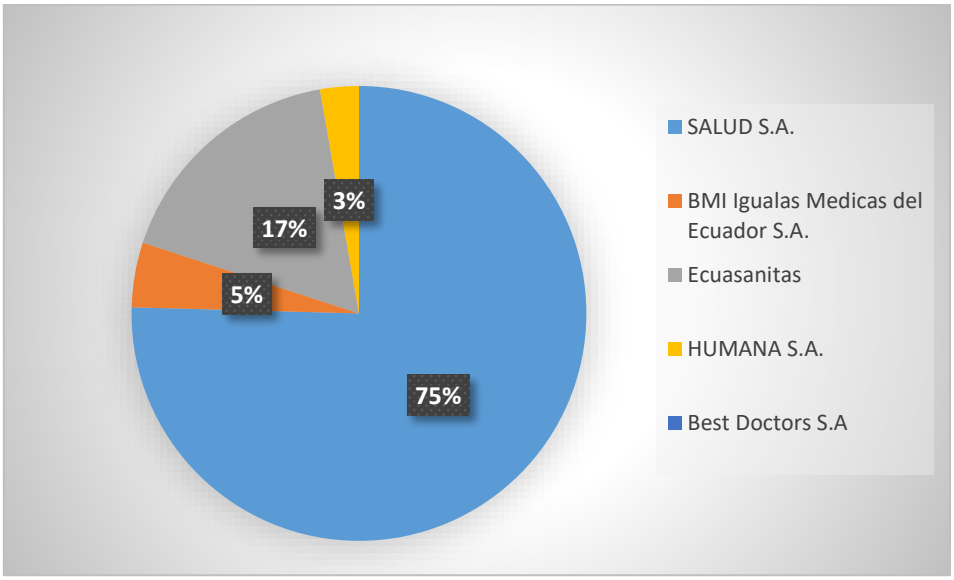


Figura 16- Top 5 de Compañías de Medicina Prepagada 2017 Fuente: www.ekosnegocios.com Elaboración Propia

El punto de partida, será el análisis de estas empresas seleccionadas en tres diferentes momentos, el primero será en el año 2015, es decir, el año previo a la implementación de la ley orgánica de medicina prepagada; el segundo escenario será en el año 2016, tomando en consideración que la normativa fue implementada a partir de Octubre y el tercer escenario que

corresponde al año 2017, donde la ley ya fue puesta en marcha y las empresas han empezado a tomar medidas para protegerse ante los cambios establecidos.

3.3 Salud S.A

Salud Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A es una sociedad anónima constituida el 27 de Septiembre de 1993 y se dedica a la comercialización de planes de medicina prepagada. Esta compañía, subsidiaria de Medisystem Holding S.A se encuentra domiciliada en la Avenida República del Salvador y Naciones Unidas.

Esta empresa líder en el mercado por estar ubicada en primer lugar dentro del ranking de las compañías de medicina prepagada en cuanto a ventas, cambió a raíz de la ley de medicina prepagada sus planes, ya que dejó de comercializar planes corporativos lo que conllevó a la terminación de alrededor de 170 mil contratos y en términos monetarios representa 64 millones de dólares anuales menos de ingresos para esta empresa, según datos proporcionados en el artículo "Firma de medicina prepagada Salud S.A dejará a sus clientes corporativos", publicado por el Diario el Comercio el 7 de Octubre del 2016.

En la actualidad esta empresa se dedica a ofrecer planes individuales y familiares que otorgan coberturas de hospitalización, medicinas, consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagen entre otras dependiendo del plan elegido por el cliente.

3.3.1.1 *Indicadores Financieros* A continuación se presenta la *Indicadores de Liquidez* Este indicador representa la facilidad o la dificultad de la empresa para poder hacer frente a sus obligaciones a corto plazo.

3.3.2 Tabla 7 con los principales indicadores financieros de la compañía desde el año 2015 al año 2017 con el fin de poder interpretar sus principales variaciones e interpretarlas.

3.3.2.1 *Indicadores de Liquidez* Este indicador representa la facilidad o la dificultad de la empresa para poder hacer frente a sus obligaciones a corto plazo.

Tabla 7Indicadores Financieros de Liquidez Salud S.A

INDICADORES DE LIQUIDEZ					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
% KT	**KT / Activo total**	Porcentaje del activo corriente sobre el activo total de la empresa	66.82 %	71.65%	73.34 %
KTN - Capital de trabajo neto	**Activo corriente - pasivo corriente**	Determina cuánto pesa el capital de trabajo neto sobre el total de activo corriente	5,438	9,933	9,515
% KTN	**KTN / KT**	Margen de seguridad de la empresa para cumplir sus compromisos de corto plazo.	24.01 %	40.75%	38.39 %
Razón corriente - Razón circulante -	**Activo corriente / pasivo corriente**	Capacidad de la empresa para atender las deudas a corto plazo con sus recursos corrientes. Por cada peso de deuda cuanto tiene la empresa de respaldo.	1.32	1.69	1.62

Fuente: Elaboración Propia

Para Salud S.A el activo corriente ha ido evolucionando y tomando una mayor participación dentro del total de activos de la empresa, lo cual implica que la empresa tiene una mayor liquidez para poder cancelar sus obligaciones a corto plazo pero que puede estar corriendo el riesgo de tener dinero ocioso.

Desglosando las cuentas correspondientes al activo de la empresa se puede observar de mejor manera la distribución de los mismos con el fin de evaluar su estructura.

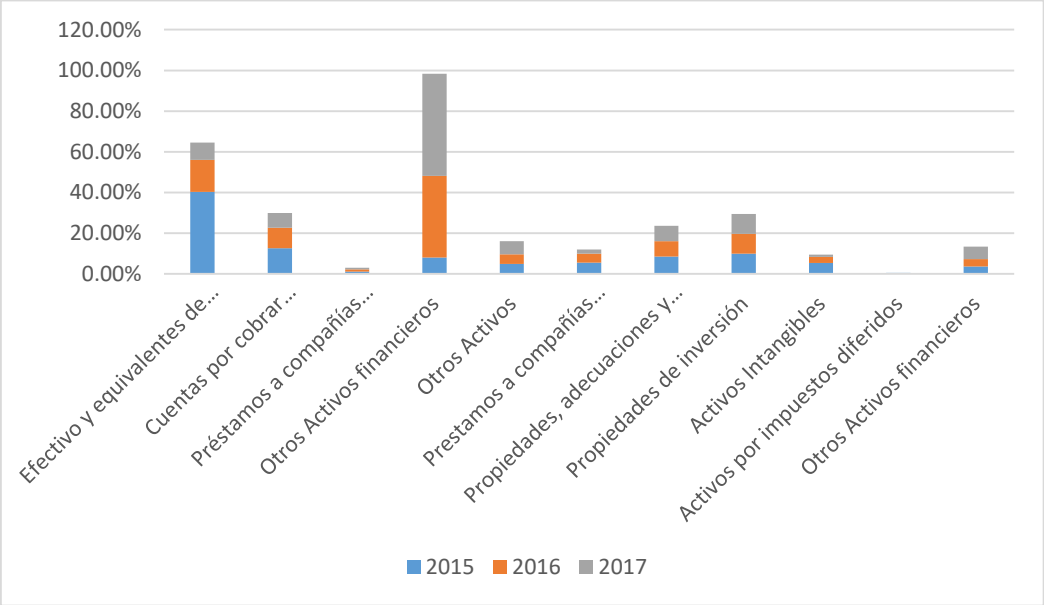


Figura 17 - Estructura del Activo Salud S.A 2015-2017 Elaboración Propia

En la figura anterior se puede observar que desde el 2015 ha existido una disminución significativa en la cuenta efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo al (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) para el año 2015 la cuenta representaba un 60,30% del total de activos mientras que en el 2015 representaba el 21,93% y finalmente en el 2017 representó solamente un 11,60%. Por otra parte, se encuentra que la cuenta otros activos financieros a incrementado de 11,94% en el 2015 a 55,99% en el 2016 y para el 2017 llegó a representar el 68,43% del total de los activos.

Dentro de la cuenta otros activos financieros encontramos que la empresa contabiliza a los certificados de depósito mantenidos en instituciones financieras, obligaciones emitidas por compañías locales, fondos de inversión, titularizaciones y a los activos financieros disponibles para la venta. La composición de estas partidas contables se ha encontrado dispuesta de la siguiente manera:

Tabla 8 Composición de la Cuenta Otros Activos Financieros

	31-12-2015	31.12-2016	31.12-2017
Activos financieros medidos al costo amortizado:			
Certificados de Depósito	3670	13310	16421
Titularizaciones	7		
Obligaciones			1566
Fondos de Inversión		1311	800
Subtotal	**3677**	**14621**	**18787**
Activos financieros disponibles para la venta:			
Instrumentos de Patrimonio y subtotal	251	251	251
Total	**3928**	**14872**	**19038**
Clasificación Activos financieros Disponibles para la Venta			
Corriente	2704	13648	16959
No corriente	1224	1224	2079
	3928	**14872**	**19038**

Fuente: Notas a los Estados Financieros Salud S.A Elaboración Propia

Un activo financiero es un instrumento financiero que otorga a su comprador el derecho a recibir ingresos futuros por parte del vendedor, es decir, es un derecho sobre los activos reales del emisor y el efectivo que generen. (Economipedia, 2015)

Haciendo referencia a los certificados de depósito, se puede denotar el incremento significativo en esta cuenta, lo que quiere decir que la empresa ha decidido invertir en instituciones bancarias con calificaciones de riesgo elevadas lo que brinda a la compañía una alta tranquilidad. Una ventaja de esta decisión es que el dinero que se tenía guardado en el banco está generando rentabilidad a causa de los intereses que se generen que varían dependiendo del plazo.

Explicando la cuenta de otros activos, que se ha mantenido básicamente en los mismos niveles, se entiende que la misma engloba los anticipos a proveedores y comisiones pagadas por anticipado ligadas a las ventas de la organización.

Las cuentas por cobrar por su lado, han tenido un decremento en el último año como efecto a que ha existido una mayor eficiencia en la gestión de cobro de la compañía y por otro lado por la eliminación de los planes corporativos que representaban un porcentaje significativo de la cartera de clientes.

Como parte del activo no corriente, se encuentran las cuentas por pagar a entidades relacionadas se ha reducido debido al pago correspondiente a un préstamo con Veris para el aumento de la red de prestación médica ambulatoria y de laboratorios. Para la propiedad, planta y equipo no se encontró mayor variación y la calculada se desprende de las depreciaciones y amortizaciones correspondientes a cada año.

La NIC 12 Impuesto a las Ganancias establece lo siguiente:

"Tras el reconocimiento, por parte de la entidad que informa, de cualquier activo o pasivo, está inherente la expectativa de que recuperará el primero o liquidará el segundo, por los valores en libros que figuran en las correspondientes partidas. Cuando sea probable que la recuperación o liquidación de los valores contabilizados vaya a dar lugar a pagos fiscales futuros mayores (menores) de los que se tendrían si tal recuperación o liquidación no tuviera consecuencias fiscales, la presente Norma exige que la entidad reconozca un pasivo (activo) por el impuesto diferido, con algunas excepciones muy limitadas."

A pesar lo citado en el párrafo anterior, el Servicio de Rentas Internas (SRI) ha dispuesto que los impuestos diferidos sean reconocidos y registrados en los resultados del período por lo cual ha desaparecido el importe del estado de situación financiera de la empresa para el año 2017.

En cuanto al capital de trabajo neto, que son los recursos de corto plazo que tiene la empresa para poder operar, se puede expresar que el indicador de razón corriente muestra que en todos

los años de análisis ha sido superior a uno, representando que la empresa tiene una fuerte liquidez y podrá realizar los pagos debidos a sus clientes en caso de siniestros a tiempo.

3.3.2.2 *Indicadores de Actividad* Este indicador establece la eficiencia con la que la empresa maneja sus recursos y la recuperación de estos.

Tabla 9 Indicadores Financieros de Actividad Salud S.A

INDICADORES DE ACTIVIDAD					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Rotación de Cartera	**ventas / cuentas por cobrar**	A mayor rotación de clientes resulta más beneficioso para la empresa, pues puede reutilizar en el proceso productivo el margen obtenido en cada venta.	35.29	44.24	51.06
Rotación de Activo Fijo	**ventas / activo fijo**	Miden cuántas veces al año la empresa realiza ventas entre sus clientes por un valor igual a la inversión realizada en activos fijos.	13.33	15.64	14.12
Rotación de Ventas	**ventas / activo total**	Mide el número de veces al año que la empresa realiza ventas por un importe igual al total de sus activos. Proporciona una idea general sobre la actividad en ventas de la empresa.	4.42	4.43	3.76

Fuente: Elaboración Propia

La rotación de cartera de la compañía se ha acrecentado de año a año, lo cual es positivo debido a que significa que la empresa tiene mayor facilidad para recuperar su cartera. Al contrario sucede con la rotación de activo fijo y la rotación de ventas que han sufrido un leve decremento en el último año, lo que implica que por cada dólar invertido genera retornos de 14,12 veces de su activo fijo y 2,76 veces de du activo total.

3.3.2.3 *Indicadores de Endeudamiento* Tiene como objeto medir el nivel de financiamiento que maneja la empresa y de esta manera saber si los recursos han sido empleados adecuadamente.

Tabla 10 Indicadores Financieros de Endeudamiento Salud S.A

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Razón de independencia financiera	**Patrimonio / activo total**	Cuanto de los recursos de la empresa están financiados con participación de los propietarios	36.02 %	41.17%	38.00%
Endeudamiento total	**Pasivo total / activo total**	Determina el grado de apalancamiento de acreedores en los activos de la empresa	63.98 %	58.83%	62.00%
Endeudamiento a corto plazo	**Pasivo corriente / pasivo total**	Establece cual es el porcentaje del total de deudas que deben ser canceladas en el corto plazo.	79.37 %	72.16%	72.88%
Apalancamiento a largo plazo	**Pasivo a largo plazo / pasivo total**	Determina del total de deudas, cuanto está financiado a largo plazo.	20.63 %	27.84%	27.12%
Financiación con proveedores	**Proveedores / pasivo total**	Determina cuanto de los recursos financiados con terceros están comprometidos con los proveedores	31.13 %	32.15%	28.20%

Fuente: Elaboración Propia

Existen varios tipos de indicadores para interpretar la salud de la compañía, entre estos uno de los más importantes es la razón de independencia financiera que en este caso representa que los activos totales de la empresa están comprometidos en un 38% con el patrimonio, valor que puede considerarse como razonable, ya que la empresa conserva su independencia.

El endeudamiento total por su parte simboliza que la empresa se ha desarrollado en estos tres años consecutivos con un 74% dependiendo de fondos proporcionados por sus acreedores, lo

que involucra que tiene una gran dependencia de los mismos, tal como se muestra en la Figura 18.

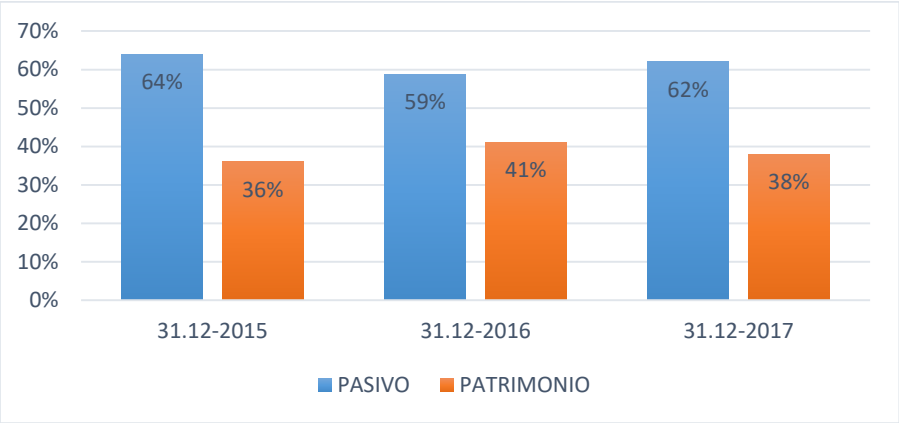


Figura 18 Composición Pasivos y Patrimonio Salud S.A Elaboración Propia

De esta relación, se denota que el principal componente se encuentra en el endeudamiento de corto plazo que corresponde a un poco más del 70% del endeudamiento total. Además en apalancamiento a largo plazo también ha subido lo que no es una buena señal para la compañía.

En cuanto al apalancamiento se determinó que ha existido en los dos últimos años de estudio un incremento en el porcentaje de la deuda que se encuentra financiado a largo plazo.

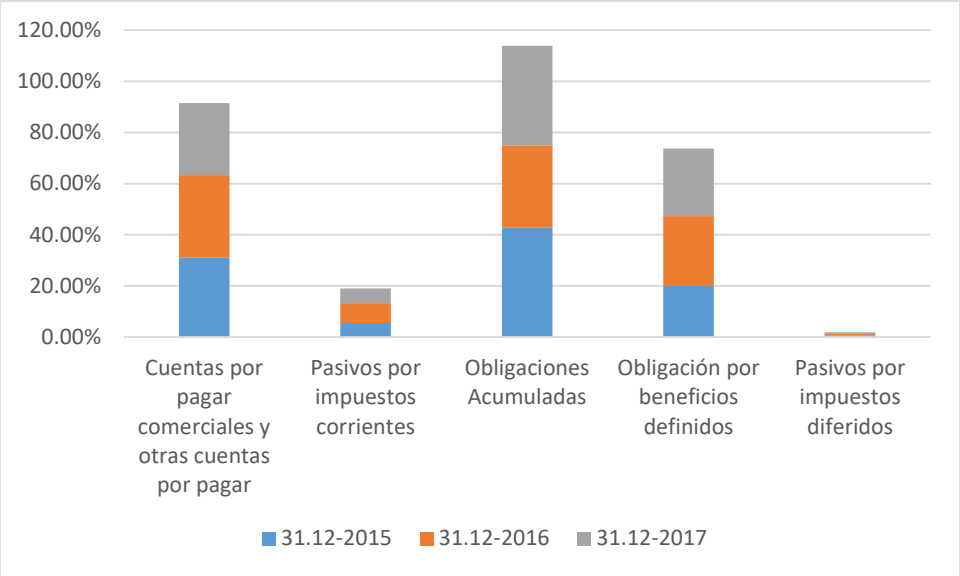


Figura 19- Composición del Pasivo SALUD S.A Elaboración Propia

La composición del pasivo para la compañía de medicina prepagada se encuentra estable en los años de análisis y se puede notar claramente que el mayor rubro se encuentra en obligaciones acumuladas donde la empresa registra la participación a trabajadores, beneficios sociales, reservas técnicas y otras cuentas por pagar.

Tabla 11 Composición de la Cuenta Obligaciones Acumuladas

	31/12/2015	**31/12/2016**	**31/12/2017**
Participación a trabajadores	2940	2946	2505
Beneficios Sociales	1881	1978	2130
Reservas Técnicas			
Servicios en curso de los contratos en curso			3033
Siniestros Ocurridos y no reportados	4413	1282	248
Siniestros Ocurridos y reportados		168	191
Otras cuentas por pagar	53	65	59
Total	**9287**	**6439**	**8166**

Fuente: Elaboración Propia

La partida reservas técnicas se constituye como una de las más importantes ya que deberá ser constituida de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Medicina Prepagada. En esta parte, se consideran a los servicios de servicios prestados y no reportados y a las reservas en

curso de contratos vigentes que generaron cambios en la elaboración de la información contable.

A causa de la regulación de ley con respecto a los reembolsos a la red pública de salud y considerando los posibles efectos de esta, la compañía decidió discontinuar el ofrecimiento de planes corporativos. Debido a las medidas cautelares tomadas por el gobierno prohibiendo las terminaciones unilaterales de los contratos corporativos y la prohibición temporal de 180 días para terminación de contratos, la empresa decidió esperar a que los contratos de sus clientes terminen su vigencia y no renovar estas pólizas.

Para el año 2017, la empresa resolvió constituir su reserva para todos sus planes en el plazo establecido por la ley de noventa días para realizar ajustes contables y tres años para provisionar reservas. Esta normativa contempla que para el cálculo de reservas deberá tomarse en cuenta la totalidad de los servicios los que hayan sido prestados pero no reportados y su liquidación con el objetivo de conocer el gasto total que se pueda incurrir, para lo cual la empresa aplica el método nombrado "Triángulo de Siniestralidad".

> Para lograr que tanto el asegurador como el reasegurador estén en capacidad de cumplir con sus compromisos de siniestros, sin registrar abruptas oscilaciones en sus estados financieros, es preciso contar con un adecuado sistema de reservas, que analizado retrospectiva y prospectivamente permita concluir que en todo momento en el pasivo del afianzador se incluya el monto real de sus potenciales de pérdidas. Por otra parte, no se puede perder de vista que en estas apropiaciones no es sano incurrir en excesos ni en defectos, pues en el primer evento, la empresa podría llegar a comprometer la estabilidad y solvencia requerida para atender sus obligaciones, y en el segundo será probable afectar de manera desigual el derecho de los accionistas a obtener un adecuado retorno de su inversión. (Galvanis)

En este caso el triángulo de siniestralidad o también conocido como Chain Ladder, es un método que permite estimar los siniestros en la proporción de un año a otro, para esto las

empresas utilizan los datos del IBNR (incurred but not reported), que son los siniestros que sucedieron en un determinado tiempo dentro de la vigencia de la póliza pero no pudieron haberse reportado en el mismo año de ocurrencia por motivos como aviso tardío, tramitaciones extemporáneas, reconocimiento atrasado o por sentencias judiciales.

Esta técnica es implementada por cálculos actuariales mediante la información histórica de al menos cinco años atrás utiliza la tabla representada posteriormente:

Tabla 12 Triángulo de Siniestralidad

	Pago de Siniestros						
	Desfase						
Ocurrencia	0	1	2	3	4	...	*n*
Período 1	P_{10}	P_{11}	P_{12}	P_{13}	P_{14}	$P_{1...}$	P_{1n}
Período 2	P_{20}	P_{21}	P_{22}	P_{23}	P_{24}	$P_{2...}$	
Período 3	P_{30}	P_{21}	P_{31}	P_{33}	P_{34}		
Período 4	P_{40}	P_{41}	P_{42}	P_{43}			
Período 5	P_{50}	P_{51}	P_{52}				
Período ...	$P_{...0}$	$P_{...1}$					
Período *n*	P_{n0}						

Fuente: https://es.slideshare.net/CarlosCuestaparera/clculo-ibnr-cl-vs-bf

Referente a la reserva por servicios prestados y reportados, la empresa utiliza un análisis por cada expediente con la información disponible, mientras que en el caso de la reserva de servicios en curso de los contratos vigentes que corresponden a contratos anuales de asistencia médica sin considerar los beneficios otorgados por cobertura de seguros de vida y planes exequiales. Según las notas a los estados financieros al 2017 de Salud S.A, el porcentaje registrado desde Octubre del 2017 fue de 2,5% sobre las cuotas anualizadas y llegará hasta el 10% al finalizar el 2019.

Asimismo, mediante resolución fue establecido que a partir del mes de Enero del 2018, el porcentaje de reservas de servicios en curso deberían se constituidos con un incremento

mensual de 0,25% hasta alcanzar el 5% y para Enero del 2019 se realizará un incremento del 0,5% hasta llegar al 10%.

3.3.2.4 *Indicadores de Rentabilidad* Su finalidad es medir la capacidad que la empresa tiene para obtener beneficios y de esta manera conocer su situación financiera y poder conocer la efectividad de parte de la administración.

Tabla 13 Indicadores Financieros de Endeudamiento Salud S.A

INDICADORES DE RENTABILIDAD					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Margen Bruto -	**Utilidad bruta / ventas**	Determina la capacidad de ventas para generar utilidad bruta, es decir para cubrir los costos de ventas.	40.89 %	40.21%	42.07 %
Margen neto - Rentabilidad neta - Productividad marginal	**Utilidad neta / ventas**	Por cada dólar en ventas cuanto se obtiene de utilidad neta incluyendo operación y no operacional.	7.37%	7.34%	7.40%
ROA - Rentabilidad Sobre Activos	**Utilidad neta / activos totales**	Rendimiento del total de activos durante el período por la generación de utilidad neta	32.58 %	32.52%	27.84 %
% ROE - Return on Equity Rentabilidad sobre patrimonio	**UAI / patrimonio promedio**	Determina el rendimiento obtenido antes de impuestos sobre la inversión realizada por los propietarios	90.44 %	79.00%	73.27 %

Fuente: Elaboración Propia

En primera instancia, se ve reflejado que el margen bruto de la empresa se ha mantenido constante a través del tiempo, ya que no ha tenido variaciones muy significativas lo que puede descifrarse señalando que el porcentaje de utilidad que queda una vez descontado su costo de

ventas es de un promedio del 40%. De la misma forma, el margen neto indica que por cada dólar de ingreso se obtiene una utilidad neta del 7,4% para el 2017.

La rentabilidad sobre activos de la empresa estudiada ha presentado una constante disminución a partir del año 2015, lo que conlleva a interpretar que su rendimiento sobre activos se ha visto afectado. Desde otro punto de vista, el ROE ha tenido una fluctuación promedio en los dos últimos años del 10%, en este contexto también se explica que la rentabilidad que la empresa puede tener a través de sus fondos propios es del 73%.

Comparando el ROA con el ROE, se encuentra el efecto apalancamiento que en este caso es positivo, lo que conlleva a explicar que el costo medio de la deuda es menor a su rentabilidad. En otras palabras, la empresa se encuentra en la capacidad de contratar deuda y financiar una parte del activo.

3.4 BMI Igualas Médicas S.A

La compañía de BMI Igualas Médicas del Ecuador S.A, se constituyó el 11 de marzo del 2004, pertenece al grupo BMI Companies y se encuentra domiciliada la Avenida de los Shyris y Suecia. Actualmente la empresa de medicina prepagada, mantiene operaciones en Quito y Guayaquil como sucursal pero al ser una compañía internacional tiene su sede en Estados Unidos

Dentro de sus servicios principales servicios se encuentran los planes individuales y corporativos. Entre los planes individuales se otorgan coberturas como gastos médicos por incapacidades, enfermedades como SIDA, atención ambulatoria y hospitalaria, atención en el embarazo, trasplante de órganos, prótesis, lesiones, entre otras que varían dependiendo de los planes elegidos. Para los planes corporativos, también se ofrecen las coberturas adaptadas a las necesidades de sus clientes.

3.4.1 *Indicadores Financieros* A continuación se presentan los principales indicadores financieros de los últimos tres años para la compañía BMI Igualas Médicas:

3.4.1.1 *Indicadores de Liquidez* Para BMI Igualas Médicas S.A el año 2017 ha sido muy invariable y ha contenido grandes altibajos desde el ámbito político hasta las finanzas empresariales que influyen para importantes decisiones dentro de económico.

Tabla 14 Indicadores Financieros de Liquidez BMI S.A

INDICADORES DE LIQUIDEZ					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
% KT	**KT / Activo total**	Porcentaje del activo corriente sobre el activo total de la empresa	92.41%	91.64%	95.49%
KTN - Capital de trabajo neto	**Activo corriente - pasivo corriente**	Determina cuánto pesa el capital de trabajo neto sobre el total de activo corriente	1,824,571	1,476,080	5,557,405
% KTN	**KTN / KT**	Margen de seguridad de la empresa para cumplir sus compromisos de corto plazo.	13.45%	12.09%	29.71%
Razón corriente -	**Activo corriente / pasivo corriente**	Capacidad de la empresa para atender las deudas a corto plazo con sus recursos corrientes	1.16	1.14	1.42

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla anterior se representa cómo el porcentaje del activo de la empresa ha ido disminuyendo en relación al total de activos de la empresa, lo cual es un índice peligroso

a que implica que la empresa ha ido perdiendo su liquidez. Dentro de estas partidas, tal como se muestra en el (
Anexo III - ESF BMI**),** la composición del activo para BMI Igualas Médicas es la siguiente:

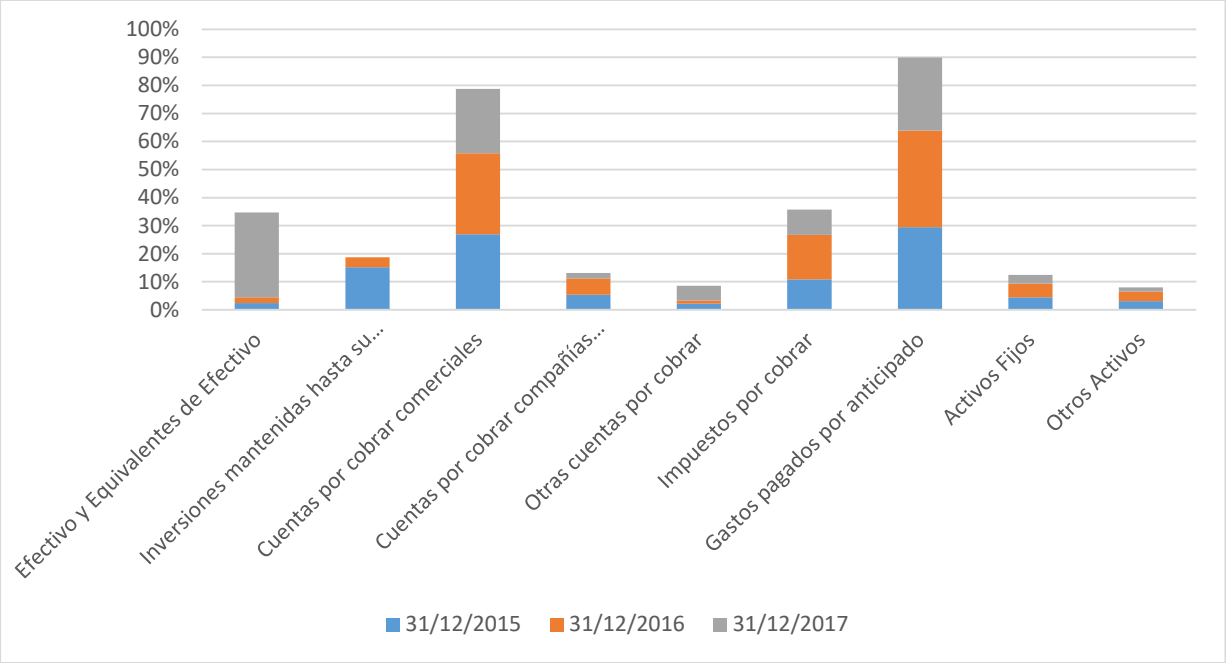


Figura 20 - Composición del Pasivo BMI Fuente: Elaboración Propia

La partida efectivo y equivalente de efectivo ha tenido un incremento sustancial en el último año, lo que visto desde el panorama de liquidez significa que la empresa se encuentra en un buen estado para hacer frente a sus obligaciones a corto plazo y en relación a su competidor más grande que es Salud S.A se encuentra a la par.

En año 2015 la empresa mantenía inversiones correspondientes a certificados de depósito que eran equivalentes al 15,19% del total de los activos; para el 2016 este porcentaje representó únicamente al 3,51% y para el 2017 esta cuenta desapareció en su totalidad. Esta cuenta en el flujo de efectivo de la empresa para a ser parte del efectivo y sus equivalentes.

Con respecto a las cuentas por cobrar se puede decir que en el último año de análisis se han reducido en un promedio del 6%, debido a la gestión de cobranza realizada para ajustarse al presupuesto. En el caso de cartera vencida de clientes individuales se consiguió llegar a la meta establecida pero en el caso de cartera corporativa y cartera vencida por medio de servicios de copago no se consiguió el objetivo.

Tabla 15 Porcentaje de Cartera Vencida 2017 BMI

PORCENTAJE DE CARTERA VENCIDA	META	PROMEDIO ANUAL
Cartera Vencida Corporativa	29%	35%
Cartera Vencida Individual Quito	15%	14%
Cartera Vencida Individual Guayaquil	23%	18%
Cartera Vencida Copago	64,42%	68,32%

Fuente: Informe de Gerencia BMI 2017 Elaboración: Propia

En relación a los gastos pagados por anticipado, cabe acotar que los mismos corresponden a comisiones pagadas a intermediarios de contratos de medicina prepagada que se reconocen de acuerdo a la vigencia del contrato y pertenecen al valor que todavía no ha sido devengado de las mismas. Cuando el ingreso por las ventas se registra, esta cuenta se recategoriza dentro del estado de resultados.

Dentro del activo no corriente, se encuentran los activos fijos que no ha tendido variaciones relevantes para el estudio y también otros activos en donde la empresa registra las licencias de herramientas de software y sistemas que se amortizan y las mejoras en los edificios.

El capital de trabajo neto de la empresa a pesar de haber tenido una disminución en el año 2016 en relación al 2017 mostró un aumento de más del doble de su valor lo que quiere decir que la compañía cuenta con los recursos necesarios para continuar con sus operaciones normales del giro del negocio.

La razón corriente de la empresa nos indica que por cada dólar que la empresa debe tiene 1,42 dólares para respaldar su deuda lo cual representa que la empresa tiene los suficientes recursos para disponer en casos de contingencias.

3.4.1.2 *Indicadores de Actividad* Este indicador establece la eficiencia con la que la empresa maneja sus recursos y la recuperación de estos.

Tabla 16 Indicadores Financieros de Actividad BMI S.A

INDICADORES DE ACTIVIDAD					
Indicador	**Formula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Rotación de Cartera	**ventas / cuentas por cobrar**	A mayor rotación de clientes resulta más beneficioso para la empresa, pues puede reutilizar en el proceso productivo el margen obtenido en cada venta.	16.07	18.32	16.28
Rotación de Activo Fijo	**ventas / activo fijo**	Miden cuántas veces al año la empresa realiza ventas entre sus clientes por un valor igual a la inversión realizada en activos fijos.	73.07	78.41	108.93
Rotación de Ventas	**ventas / activo total**	Mide el número de veces al año que la empresa realiza ventas por un importe igual al total de sus activos. Proporciona una idea general sobre la actividad en ventas de la empresa.	5.55	6.56	4.91

Fuente: Elaboración Propia

La rotación de cartera de la empresa comenzó a subir para el 2016 lo que significaba que la empresa estaba consiguiendo más fácilmente recuperar su cartera, sin embargo para el 2017 tuvo nuevamente un descenso de aproximadamente un punto porcentual.

El índice de rotación de activo fijo por su parte ha mostrado un incremento lo que significa que la empresa ha manejado de manera eficiente sus activos fijos en los que se encuentran las instalaciones, muebles y equipos. La rotación de ventas indica que mientras mayor volumen de ventas que se realice con una inversión determinada más eficiente es la administración de la

empresa, en este caso este indicador disminuyó el último año y se interpreta que por cada dólar que la empresa posee gana $4,91 pero antes ganaba $6,56.

3.4.1.3 *Indicadores de Endeudamiento* Tiene como objeto medir el nivel de financiamiento que maneja la empresa y de esta manera saber si los recursos han sido empleados adecuadamente.

Tabla 17 Indicadores Financieros de Endeudamiento BMI S.A

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO					
Indicador	**Formula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Razón de independencia financiera	**Patrimonio / activo total**	Cuanto de los recursos de la empresa están financiados con participación de los propietarios	19.14%	17.12%	30.98%
Endeudamiento total	**Pasivo total / activo total**	Determina el grado de apalancamiento de acreedores en los activos de la empresa	81.21%	82.88%	69.02%
Endeudamiento a corto plazo	**Pasivo corriente / pasivo total**	Establece cual es el porcentaje del total de deudas que deben ser canceladas en el corto plazo.	98.49%	97.20%	97.24%
Apalancamiento a largo plazo	**Pasivo a largo plazo / pasivo total**	Determina del total de deudas, cuanto está financiado a largo plazo.	1.51%	2.80%	2.76%
Financiación con proveedores	**Proveedores / pasivo total**	Determina cuanto de los recursos financiados con terceros están comprometidos con los proveedores	33.23%	15.09%	15.74%
Financiación con obligaciones financieras	**Obligaciones financieras totales / pasivo total**	Determina del total de pasivos cuanto es financiado con obligaciones financieras	11.90%	7.87%	0.00%

Tabla 17 (Continuación)

Financiación con impuestos	**Impuestos por pagar / pasivo total**	Determina cuanto de los recursos financiados con terceros corresponden a impuestos por pagar	4.99%	3.04%	2.99%
Carga financiera	**Gastos financieros / Ventas**	Porcentaje de las ventas que son dedicadas a cubrir la carga financiera	0.63%	0.77%	1.00%

Fuente: Elaboración Propia

Para la compañía de medicina prepagada BMI es de suma importancia evaluar hasta qué punto una empresa depende de sus acreedores y que parte corresponde al patrimonio de la misma. Se comenzará analizando la razón de independencia financiera que ha aumentado el 13,86% para el año 2017 a comparación del 2016 lo que se traduce como una fuerte capacidad de solvencia.

En cuestión del endeudamiento total ha existido un aumento relevante desde el 2015 al 2017, lo cual determina que el grado de apalancamiento de los activos de la empresa con sus acreedores actualmente es del 69%. La mayor parte de deudas se encuentran a corto plazo que representan el 97% del total, mientras que a largo plazo alcanza apenas el 3%

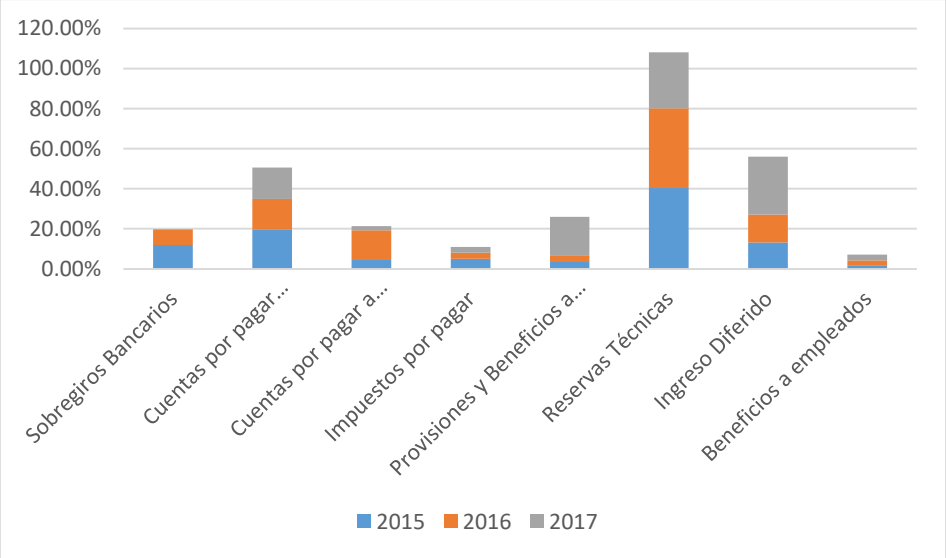


Figura 21 - Composición del Pasivo BMI Fuente: Elaboración Propia

En la parte de sobregiros bancarios para el año 2015 representaban el 11,9% del activo, el 2016 representaron el 7,87% y para el último año no fueron registrados.

De las cuentas por pagar comerciales se encuentran proveedores, intermediarios, cuentas por pagar clientes y otras cuentas por pagar. El rubro más grande que la empresa tiene que afrontar dentro de este grupo corresponde a los intermediarios en las ventas de contratos de medicina prepagada que ya han sido efectuados. En términos monetarios estas ventas han ido incrementando de año a año conforme con el incremento en ventas.

En cuanto a los impuestos por pagar se puede decir que se han mantenido estables, sin embargo las provisiones y beneficios a empleados para el año 2017 han subido en un promedio del 10% con relación a su año anterior, lo que podría indicar que existió mayor contratación de personal.

Las reservas técnicas y el ingreso diferido son los pasivos que mayor peso dentro del total pasivos representan. En el primer caso, este rubro significó en el 2015 el 40,36% del pasivo y para el 2017 el valor fue de 28,03%. Este importe es fijado de acuerdo a un estudio estadístico que mide la tendencia en el desarrollo de los pagos diferidos de los reembolsos.

En el segundo caso, se puede decir que los ingresos diferidos corresponden son aquellos provenientes de prestación de servicios de medicina prepagada que representan pagos recibidos por los clientes de transacciones que serán otorgados en el futuro. Este valor ha ganado una mayor representatividad en el último con aproximadamente un 14,85% más que en el 2016 y un, 15,68% adicional con respecto al 2015.

3.4.1.4 *Indicadores de Rentabilidad* A continuación se presentará un resumen de la interpretación de los principales indicadores para la medición de la efectividad de la administración de la compañía

Tabla 18 Indicadores Financieros de Rentabilidad BMI S.A

INDICADORES DE RENTABILIDAD					
Indicador	**Formula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Margen Bruto - Rentabilidad bruta	**Utilidad bruta / ventas**	Determina la capacidad de ventas para generar utilidad bruta, es decir para cubrir los costos de ventas.	27.15 %	26.09%	26.09%
Margen neto - Rentabilidad neta	**Utilidad neta / ventas**	Por cada peso en ventas cuanto se obtiene de utilidad neta incluyendo operación y no operacional.	1.25%	0.56 %	3.92%
ROA - Rentabilidad Sobre Activos	**Utilidad neta / activos totales**	Rendimiento del total de activos durante el período por la generación de utilidad neta	6.93%	3.67 %	19.23%
% ROE - Return on Equity Rentabilidad sobre patrimonio	**UAI / patrimonio promedio**	Determina el rendimiento obtenido antes de impuestos sobre la inversión realizada por los propietarios	57.25 %	44.50%	81.00%

Fuente: Elaboración Propia

El margen bruto o también conocido como rentabilidad bruta, nos indica que la empresa ha mantenido en estos dos últimos años la misma capacidad para generar utilidades. Este indicador quiere decir que por cada dólar de ventas, la empresa tiene la capacidad de generar el 26,09% de utilidad bruta. Comparando con su primer competidor Salud S.A, esta compañía mantiene un indicador mucho más elevado. Asimismo, el margen neto, indica que ha existido un aumento paulatino año tras año lo que da resultados positivos en relación a la administración de la empresa.

El ROA, por su parte muestra una buena señal para el último año ya que ha incrementado más del 15%, lo que significa para la empresa que la empresa tiene la capacidad de generar más dinero con menor inversión en activos y que de esta manera está siendo eficiente con la

utilización de sus recursos. Adicionalmente, el ROE es una pieza importante para el análisis financiero, ya que en este caso su resultado se traduce que el retorno de los accionistas es el adecuado ya que a medida que los mismos invierten, generan un nivel de utilidad de un 81%.

3.5 Medicina para el Ecuador Mediecuador-Humana S.A

Humana S.A es una compañía constituida el 27 de octubre de 1994 y se dedica al financiamiento de los servicios de atención integral de salud prepagada. Con 24 años en el mercado, esta empresa cuenta actualmente con alrededor de 200 mil afiliados y forma parte del grupo de prestaciones médicas Conclina C.A, junto con el hospital Metropolitano y Metroambulat. Se encuentra domiciliada en la Avenida Atahualpa y 10 de Agosto y en cuanto a sus productos ofrece un diversificado portafolio para clientes individuales, familiares y corporativos.

Entre los principales servicios que brindan sus pólizas se encuentran médico a domicilio, ambulancia terrestre, beneficios farmacéuticos, asistencia exequial y asistencia de viajes, cobertura para maternidad, asesoría personalizada. Además de estos beneficios se otorgan coberturas específicas como evaluaciones y limpiezas dentales, cobertura frente al cáncer y planes especiales en el caso de riesgos deportivos.

Cabe acotar que la red humana cuenta con hospitales, clínicas y centros de atención médica a nivel nacional con más de dos mil médicos y cerca de cien hospitales.

3.5.1 *Indicadores Financieros* En el siguiente apartado se representan los índices que a consideración del autor son los más importantes para interpretar la situación financiera actual de la organización

3.5.1.1 *Indicadores de Liquidez* Dentro de los índices pertenecientes a este grupo se buscará evaluar la capacidad de la empresa para hacer frente a sus obligaciones a corto plazo.

Tabla 19 Indicadores Financieros de Liquidez Humana S.A

INDICADORES DE LIQUIDEZ					
Indicador	**Formula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
% KT	**KT / Activo total**	Porcentaje del activo corriente sobre el activo total de la empresa	66.46%	72.04%	78.62%
KTN - Capital de trabajo neto	**Activo corriente - pasivo corriente**	Determina cuánto pesa el capital de trabajo neto sobre el total de activo corriente	-425,847	-33,915	2,314,806
% KTN	**KTN / KT**	Margen de seguridad de la empresa para cumplir sus compromisos de corto plazo.	-4.68%	-0.39%	20.88%
Razón corriente	**Activo corriente / pasivo corriente**	Capacidad de la empresa para atender las deudas a corto plazo con sus recursos corrientes. Por cada peso de deuda cuanto tiene la empresa de respaldo.	0.75	0.84	1.13

Fuente: Elaboración Propia

El porcentaje del activo corriente sobre el activo total ha ido incrementando paulatinamente año tras año, lo que puede traducirse como una mayor liquidez para que la empresa pueda hacer frente a sus obligaciones a corto plazo. En relación al capital de trabajo neto que son los recursos necesarios para que la empresa pueda operar, también se muestra una variación positiva, es decir que el capital que se dispone para trabajar es mayor lo cual es favorable para el sector donde se desarrolla la empresa en donde necesariamente debe existir un nivel elevado de fluidez económica.

En la Figura 22, se representa la composición del activo con el fin de entender las cuentas más importantes para la configuración del análisis financiero de la compañía.

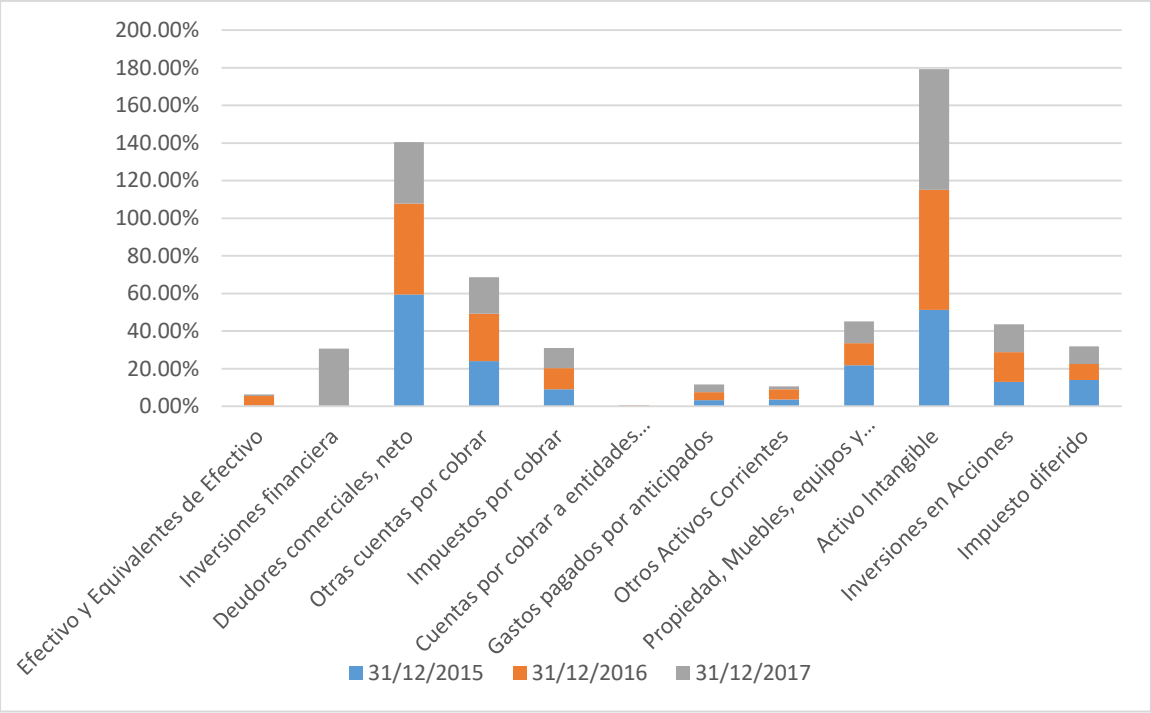


Figura 22- Composición Activos Humana S.A Fuente: Elaboración Propia

En este caso, es evidente que la cuenta efectivo y equivalente de efectivo representa un mínimo porcentaje en relación a otros activos de la empresa lo que no se significa en este caso que la compañía no tenga liquidez puesto a que sus indicadores muestran lo contrario pero si quiere decir que los recursos de la compañía están siendo invertidos para generar rentabilidades futuras. Se puede corroborar esta interpretación evaluando que para el 2017 la empresa realizó inversiones financieras por un monto de 3.4 MM que representado porcentualmente es el 30,8% de sus activos totales.

Una cuenta de importancia en este análisis por su alta participación dentro de los activos son los deudores comerciales o dicho en otras palabras sus cuentas por cobrar que en la actualidad representan el 32.57% de sus activos, sin embargo este porcentaje ha disminuido relativamente en comparación al 2015 y 2016 donde este porcentaje fluctuaba entre el 48% y 60%. Es importante aclarar en este aspecto que la compañía cumple con las disposiciones para provisión de cuentas incobrables y se basa en políticas y metodologías para analizar su cartera. Mediante este análisis la empresa $1.313,917 correspondientes a cartera vencida.

Dentro de otras cuentas por cobrar la compañía considera a los anticipos entregados a proveedores, las cuentas por cobrar a empleados y a los recursos de servicios por honorarios, comisiones, rembolsos de gastos, entre otras cuentas que por su poca representatividad no fueron señaladas separadamente, sino que se mencionan como otros activos.

En la cuenta propiedad, planta y equipo, la empresa categoriza los activos no corrientes que la empresa posee y que se espera tenerlos durante más de un período económico. Dentro de esta categoría se puede decir que la empresa ha decidido realizar inversión en muebles de oficina y equipos de cómputo y que las disminuciones relativas a este calor corresponden a la depreciación de sus activos, pero en términos generales el año 2017 se ha mantenido casi a la par que el 2016.

Para Humana S.A el activo intangible tiene el más alto porcentaje de participación con respecto al total de activos y ha mantenido un crecimiento año tras año. Esta cuenta está constituida por sistemas operativos y software cuyo costo es amortizado de acuerdo a la mejor estimación de vida útil de acuerdo al método de línea recta que es de quince años.

La compañía también ha mantenido acciones en el Grupo Conclina S.A, al 31 de diciembre del 2017 la empresa tuvo 78 acciones preferentes con un valor de mercado a la fecha de 5700 lo que corresponde en términos monetarios a $444.600,00.

En el pasivo por impuestos diferidos se reconocen las diferencias temporales determinadas a causa de cálculos imponibles que son medidos empleando tasas fiscales, en la medida que se proyecte que la compañía generará bases gravables para el cálculo del impuesto a la renta.

3.5.1.2 *Indicadores de Actividad* Este indicador establece la eficiencia con la que la empresa maneja sus recursos y la recuperación de estos.

Tabla 20 Indicadores Financieros de Actividad Humana S.A

INDICADORES DE ACTIVIDAD					
Indicador	**Formula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Rotación de Cartera	**ventas / cuentas por cobrar**	A mayor rotación de clientes resulta más beneficioso para la empresa, pues puede reutilizar en el proceso productivo el margen obtenido en cada venta.	15.97	17.72	28.69
Rotación de Activo Fijo	**ventas / activo fijo**	Miden cuántas veces al año la empresa realiza ventas entre sus clientes por un valor igual a la inversión realizada en activos fijos.	10.54	15.37	27.02
Rotación de Ventas	**ventas / activo total**	Mide el número de veces al año que la empresa realiza ventas por un importe igual al total de sus activos. Proporciona una idea general sobre la actividad en ventas de la empresa.	2.585	3.249	4.380

Fuente: Elaboración Propia

La rotación de la cartera de la compañía muestra eficiencia en el proceso productivo realizado para la recuperación de la cartera por sus variaciones positivas en los tres últimos años, significando que actualmente mantiene una rotación de 17,05 veces en el año que los cobros se realizan cada 21 días aproximadamente.

En cuanto a la rotación del activo fijo, también se ha mostrado un incremento significativo desde el año 2015, llegando en el 2017 a una rotación de 20,48 veces. Este indicador representa

que Humana S.A mantiene ganancias por cada dólar invertido en sus activos por lo cual está empleando sus recursos de manera óptima.

La rotación de las ventas para la organización ha tenido un ligero incremento de año a año lo cual refleja que por cada dólar invertido en sus activos totales, ha generado una ganancia de $4,38 que se da a consecuencia de que las ventas han crecido en el 2017 en casi 23 millones de dólares.

Los resultados de la empresa muestran que la misma ha generado ingresos mensuales promedio de 5.1MM, generando una utilidad neta de 2,5MM a pesar de tener una siniestralidad del 60,83% lo que indica que la situación financiera actual de la entidad se ha mantenido he incluso ha logrado crecer a pesar de la inestabilidad que se generó a través de las nuevas reformas.

3.5.1.3 *Indicadores de Endeudamiento* Los siguientes indicadores señalan el nivel de endeudamiento que maneja la compañía de medicina prepagada.

Tabla 21 Indicadores Financieros de Endeudamiento Humana S.A

INDICADORES DE ENDEUDAMIENTO					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Razón de independencia financiera	**Patrimonio / activo total**	Cuanto de los recursos de la empresa están financiados con participación de los propietarios	11.83%	13.87%	30.56%
Endeudamiento total	**Pasivo total / activo total**	Determina el grado de apalancamiento de acreedores en los activos de la empresa	88.17%	86.13%	69.44%
Endeudamiento a corto plazo	**Pasivo corriente / pasivo total**	Establece cual es el porcentaje del total de deudas que deben ser canceladas en el corto plazo.	78.91%	83.97%	89.58%

Apalancamiento a largo plazo	**Pasivo a largo plazo / pasivo total**	Determina del total de deudas, cuanto está financiado a largo plazo.	21.09%	16.03%	10.42%

Tabla 20 (Continuación)

Financiación con proveedores	**Proveedores / pasivo total**	Determina cuanto de los recursos financiados con terceros están comprometidos con los proveedores	5.91%	25.74%	23.36%
Financiación con obligaciones financieras	**Obligaciones financieras totales / pasivo total**	Determina del total de pasivos cuanto es financiado con obligaciones financieras	43.06%	36.24%	21.37%
Financiación con impuestos	**Impuestos por pagar / pasivo total**	Determina cuanto de los recursos financiados con terceros corresponden a impuestos por pagar	1.42%	1.40%	2.04%
Carga financiera	**Gastos financieros / Ventas**	Porcentaje de las ventas que son dedicadas a cubrir la carga financiera	3.11%	2.79%	1.40%

Fuente: Elaboración Propia

Para Humana S.A desde el año 2015 al 2017 ha existido un incremento en el porcentaje de razón de independencia financiera lo que es una señal de mayor capacidad de solvencia con recursos propios, sin embargo, el porcentaje de endeudamiento aún es el más elevado, es decir, que la compañía los recursos de la compañía depende la mayor parte de recursos de terceros.

Por otro lado, la mayor parte del endeudamiento de la entidad corresponde a deudas que se mantienen a corto plazo, mientras que las deudas a largo plazo han ido disminuyendo de un año a otro. Desde el punto de vista financiero se puede considerar que es preferible contar con deudas a corto plazo ya que las mismas no generan tanto interés con relación a deudas a largo plazo que aparte de comprometer sus recursos por un lapso extendido de tiempo, generan que se tenga que desembolsar mayor cantidad de dinero para hacerlas frente.

La financiación con proveedores registrada en acreedores comerciales se presenta en un 23,36% para el 2017 que es mayor a las cifras presentadas en los dos años anteriores. Este tipo de financiación relacionado con la bancaria tiene la ventaja de no tener costo para el cliente y además si es manejada adecuadamente puede ayudar a afianzar las relaciones con estos.

Por otro lado, las obligaciones financieras que tiene la entidad ha disminuido significativamente lo cual representa que la organización ha puesto su interés en reducir las deudas con y que solo utiliza este tipo de financiación como alternativa para diversificar sus fuentes de financiamiento. Adicional se puede decir que de los recursos financiados una mínima parte corresponden a impuestos por pagar que no llegan ni al 3%

Del total de las ventas los gastos financieros en el 2015 representaban el 3,11%; en el 2016 representaban el 2,79% y para el 2017 solo representó 1,40% que ha bajado en concordancia con la financiación de las obligaciones financieras.

3.5.1.4 *Indicadores de Rentabilidad* A continuación se presentará un resumen de la interpretación de los principales indicadores para la medición de la efectividad de la administración de la compañía

Tabla 22 Indicadores Financieros de Rentabilidad Humana S.A

INDICADORES DE RENTABILIDAD					
Indicador	**Fórmula**	**Interpretación**	**2015**	**2016**	**2017**
Margen Bruto - Rentabilidad bruta	**Utilidad bruta / ventas**	Determina la capacidad de ventas para generar utilidad bruta, es decir para cubrir los costos de ventas.	3.72%	1.57%	4.98%
Margen neto - Rentabilidad neta	**Utilidad neta / ventas**	Por cada dólar en ventas cuanto se obtiene de utilidad neta incluyendo operación y no operacional.	2.80%	0.06%	4.08%

Tabla 21 (Continuación)

ROA - Rentabilidad Sobre Activos	**Utilidad neta / activos totales**	Rendimiento del total de activos durante el período por la generación de utilidad neta	7.25%	0.20%	17.87%
% ROE - Return on Equity	**UAI / patrimonio promedio**	Determina el rendimiento obtenido antes de impuestos sobre la inversión realizada por los propietarios	81.36 %	36.71%	71.34%

Fuente: Elaboración Propia

El margen bruto de Humana S.A tuvo un declive en el año 2016 pero para el 2017 volvió a crecer indicando que la capacidad de la empresa para generar utilidades por cada dólar de ventas es de 4,98%. Sin embargo este ratio a comparación a los porcentajes de las otras empresas del sector analizadas es inferior, lo que para la empresa simboliza que debe existir un mayor esfuerzo por parte de la administración para generar mayores utilidades operacionales.

El margen neto en esta empresa indica que las ventas para el año 2015, 2016 y 2017 generaron el 2,8%, 0,06% y 4,08% de utilidad respectivamente, lo que se traduce en efectividad por parte de las acciones tomadas por la administración para alcanzar los objetivos establecidos.

La rentabilidad sobre activos para el año 2017 se ha mantenido demasiado inestable en los últimos tres años, pero finalmente para el 2017 ha tenido un aumento relevante y positivo ya que implica que el rendimiento de los activos totales es del 17,87%. En el caso del ROE, se define que el rendimiento sobre la inversión para el último año es de 71,34%, es decir que ha tenido una variación porcentual de 34,63.

3.6 Análisis Consolidado de los Indicadores Financieros del Sector

En esta sección se mostrará el promedio de los principales indicadores financieros de liquidez, actividad, endeudamiento y rentabilidad para las empresas analizadas y de esta manera se podrá deducir la situación actual del sector.

3.6.1 *Indicadores de Liquidez* En la Tabla 23 se presenta en primera estancia que el peso del activo corriente sobre el total de los activos ha ido ganando territorio de un año a otro, lo que implica que la empresa es capaz de hacer frente a sus obligaciones a corto plazo. Adicional se puede observar que el capital de trabajo neto de trabajo también ha incrementado y que la razón corriente es mayor a uno lo que es una muestra de que las empresas se han presentado con una mayor liquidez.

Tabla 23 Indicadores de Liquidez Consolidados

COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA	%KT			CAPITAL DE TRABAJO NETO			% KTN			RAZÓN CORRIENTE		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S. A	66,82%	71,65%	78,15%	5.438.000	9.933.000	9.515.000	24,01%	40,75%	38,39%	1,32	1,69	1,62
BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A	92,41%	91,64%	95,49%	1.824.571	1.476.080	5.557.405	13,45%	12,09%	29,71%	1,16	1,14	1,42
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S. A	66,46%	72,04%	78,62%	-425.847	-33.915	2.314.806	-4,68%	-0,39%	20,88%	0,75	0,84	1,13
PROMEDIO DEL SECTOR	**75,23%**	**78,44%**	**84,08%**	**2278908,00**	**3791721,67**	**5795737,00**	**10,92%**	**17,48%**	**29,66%**	**1,07**	**1,22**	**1,39**

Fuente: Elaboración Propia

3.6.2 *Indicadores de Actividad* En la siguiente tabla se puede observar que los indicadores de actividad en general han subido en promedio desde el 2015 al 2017, lo cual significa que la eficiencia con la cual las empresas se han desarrollado y han utilizado sus recursos ha ido mejorando.

Tabla 24 Indicadores de Actividad Consolidados

COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA	ROTACIÓN DE CARTERA			ROTACIÓN DE ACTIVO FIJO			ROTACIÓN DE VENTAS		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S. A	35,29	44,24	51,06	13,33	15,64	18,35	4,42	4,43	4,01
BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A	16,07	18,32	16,28	73,07	78,41	108,93	5,55	6,56	4,91
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S. A	15,97	17,72	28,69	10,54	15,37	27,02	2,58	3,25	4,38
PROMEDIO DEL SECTOR	**22,44**	**26,76**	**32,01**	**32,31**	**36,47**	**51,43**	**4,18**	**4,75**	**4,43**

Fuente: Elaboración Propia

3.6.3 *Indicadores de Endeudamiento* El promedio de la razón de independencia financiera ha subido porcentualmente de año a año lo cual quiere decir que la mayor parte de recursos de la empresa están financiados a través de los propietarios. Por otra parte, el endeudamiento total ha aumentado siendo la mayor parte de este a corto plazo y la financiación a través de proveedores se ha mantenido estable en el transcurso del tiempo.

Tabla 25 Indicadores de Endeudamiento Consolidado

COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA	Razón de independencia financiera			Endeudamiento total			Endeudamiento a corto plazo			Apalancamiento a largo plazo			Financiación con Proveedores		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S. A	36,02%	41,17%	40,49%	63,98%	58,83%	66,06%	79,37%	72,16%	72,88%	20,63%	27,84%	27,12%	31,13%	32,15%	28,20%
BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A	19,14%	17,12%	30,98%	81,21%	82,88%	69,02%	98,49%	97,20%	97,24%	1,51%	2,80%	2,76%	33,23%	15,09%	15,74%
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S. A	11,83%	13,87%	30,56%	88,17%	86,13%	69,44%	78,91%	83,97%	89,58%	21,09%	16,03%	10,42%	5,91%	25,74%	23,36%
PROMEDIO DEL SECTOR	**22,33%**	**24,05%**	**34,01%**	**77,78%**	**75,95%**	**68,17%**	**85,59%**	**84,44%**	**86,57%**	**14,41%**	**15,56%**	**13,43%**	**23,43%**	**24,33%**	**22,43%**

Fuente: Elaboración Propia

3.6.4 *Indicadores de Rentabilidad* Para las compañías del sector se puede sacar como primera conclusión que la rentabilidad bruta ha decrementado en términos porcentuales lo cual afecta negativamente sin embargo el margen neto aumenta existieron otras fuentes de ingresos para las compañías que les permitieron mantener sus utilidades netas. Adicional se muestra que tanto la rentabilidad sobre activos como la rentabilidad sobre patrimonio han subido

significativamente lo cual indica que las empresas están obteniendo mejores rendimientos de sus activos y sobre la inversión realizada por los propietarios.

Tabla 26 Indicadores de Rentabilidad Consolidado

COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA	RENTABILIDAD BRUTA			RENTABILIDAD NETA			ROA			ROE		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S. A	40,89%	40,21%	42,07%	7,37%	7,34%	7,40%	32,58%	32,52%	29,67%	90,44%	79,00%	73,27%
BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A	27,15%	26,09%	26,09%	1,25%	0,56%	3,92%	6,93%	3,67%	19,23%	57,25%	44,50%	81,00%
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S. A	40,08%	37,93%	34,30%	2,80%	0,06%	4,08%	7,25%	0,20%	17,87%	61,24%	1,43%	58,47%
PROMEDIO DEL SECTOR	**36,04%**	**34,74%**	**34,15%**	**3,81%**	**2,65%**	**5,13%**	**15,58%**	**12,13%**	**22,26%**	**69,64%**	**41,64%**	**70,91%**

Fuente: Elaboración Propia

4. IMPACTO FINANCIERO DE LA LEY ORGÁNICA DE MEDICINA PREPAGADA

La ley de Medicina Prepagada, se creó en consecuencia al estudio actuarial del IESS que aseguraba que las compañías de medicina prepagada y asistencia médica ganaban más de 200 millones de dólares en utilidades, mientras que se logró comprobar que la utilidad real de estas empresas era de alrededor de 15 millones.

El aspecto qué más polémica generó de esta ley es el reembolso que deben realizar las empresas que brindan cobertura de asistencia médica a las instituciones públicas de salud incluyendo IESS, ISFA, ISPOL y Ministerio de Salud Pública por las atenciones que sus asegurados reciban en las mismas. De acuerdo al reglamento de ser otorgó 120 días de plazo a partir del 17 de abril del presente año para que el Ministerio de Salud determine los montos del reembolso que aplicarán a cada organización que se fijarán con un criterio de progresividad y de acuerdo a la capacidad de pago.

Según se analizó en el capítulo anterior algunas empresas ya han tomado decisiones a partir de octubre del 2016 cuando se expide la ley, como Salud S.A que dejó el mercado corporativo para no tener que proceder a reembolsar dinero al sistema de salud público. Como hipótesis se puede decir que es evidente que para las compañías de medicina prepagada este requerimiento será difícil de afrontar y causará un impacto negativo a los indicadores financieros para este último año.

Según Roberto Aspiazu, director ejecutivo del Comité Empresarial Ecuatoriano el promedio ponderado de utilidades del sector fue de cerca de 12 millones durante los últimos cinco años, y explica que en la ejecución del informe del IESS se tomaron en cuenta a los ingresos como utilidades por que que no se consideró que existen costos y gastos que las empresas asumen y disminuyen los resultados, lo que determinó que los cálculos estuviesen errados.

Al momento, se han presentado dos demandas de inconstitucionalidad alegando que la constitución no estipula que el IESS pueda tener ingresos sobre el régimen de copago, sino que solo puede tener ingresos derivados a contribuciones del estado, de los afiliados y de los empresarios. Adicionalmente, cabe mencionar que las compañías aún no están realizando reembolsos hasta que la ley sea aprobada por la Normativa de Sanidad Nacional, pese a esto las facturas empiezan a sumarse y las empresas deberán prever la disponibilidad de sus recursos para no quedar en la banca rota.

4.1 Premisas de la Investigación

Para evaluar las secuelas de la implementación de nueva ley nos enfocaremos a evaluar su impacto desde el punto de vista de los reembolsos para las compañías de medicina prepagada a consecuencia de esta nueva ley se proyectarán tres escenarios distintos que serán el optimista, el pesimista y el realista.

4.1.1 *Escenario Realista* En el escenario realista se ha utilizado información recolectada de diferentes fuentes de información que justifican los fundamentos de obtención de las mismas

- Existen 8.4 millones afiliados al IESS según informó el presidente del Directorio del Consejo Directivo del IESS, Hugo Villacrés, durante el programa de radio "Habla Ecuador"

- Existen alrededor de 1 millón de afiliados a la medicina prepagada privada, información resumida de la entrevista realizada el 8 de noviembre del 2017 a Roberto Aspiazu.

- 25% de los afiliados podrían aplicar al régimen de copago, es decir que teniendo atención en la red pública derivarían alguna factura a las empresas privadas. (Aspiazu, 2017)

- El costo del siniestro por las atenciones será en promedio de $800 ya que se asume que los asegurados privados irán al IESS únicamente en casos de intervenciones quirúrgicas o tratamientos de mayor especialización.

- Las ventas para el 2018 incrementarán en un 4%

- Los demás ingresos, costos y gastos se mantendrán iguales

4.1.2 *Escenario Optimista* Para el escenario optimista se considerarán las siguientes variables:

- El porcentaje de afiliados que acudirán al sistema de salud pública a atenderse se reducirá en un 5%

- El costo del siniestro por las atenciones será en promedio de $500

- Las ventas incrementarán en 20%

4.1.3 *Escenario Pesimista* Para el escenario pesimista se considerarán las siguientes variables:

- El porcentaje de afiliados que acudirán al sistema de salud pública a atenderse se incrementará en un 5%

- El costo del siniestro por las atenciones será en promedio de $1000

- Las ventas disminuirán un 10%

4.2 Aplicación de Resultados

En el siguiente apartado se realizará un análisis del estado de resultados integral al 2018 basados en las hipótesis presentadas para cada una de las empresas analizadas del sector.

4.2.1 *Salud S.A* Para la compañía de medicina prepagada Salud S.A los cambios relativos a los reembolsos no se verán reflejados dentro de sus costos debido a la decisión de la empresa de no dar cobertura a los clientes corporativos por lo cual no se corre el riesgo de tener afiliados con doble seguro, pero el hecho de discontinuar el servicio ha generado un impacto negativo en los ingresos del último año.

Con estos antecedentes se tomará en consideración únicamente la variable de los ingresos dejados de percibir por la discontinuidad del producto corporativo de la siguiente manera:

Tabla 27 Variables a Considerar para la empresa Salud S.A

DATOS	ESCENARIO REALISTA	ESCENARIO OPTIMISTA	ESCENARIO PESIMISTA
Ingresos Salud S.A	$157.464.300,00	$ 179.959.200,00	$ 149.966.000,00

(-) Ingresos que deja de percibir por clientes corporativos	$ 32.000.000,00	$ 19.200.000,00	$ 64.000.000,00
Ingresos 2018	**$125.464.300,00**	**$ 160.759.200,00**	**$ 85.966.000,00**

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 28 Estado de Resultados Proyectado Salud S.A

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A			
ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL AL 31 DICIEMBRE DEL 2018			
EXPRESADO EN U.S DÓLARES			
	ESCENARIO REALISTA	**ESCENARIO OPTIMISTA**	**ESCENARIO PESIMISTA**
Ingresos por servicios de medicina prepagada	125.464.300,00	153.260.900,00	85.966.000,00
(-)Costo de Ventas			
Servicios de otros prestadores médicos	23.814.000,00	21.429.000,00	21.429.000,00
Servicios hospitalarios y ambulatorios	64.827.000,00	68.769.000,00	68.769.000,00
Total costo de ventas	88.641.000,00	90.198.000,00	90.198.000,00
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	**36.823.300,00**	**63.062.900,00**	**-4.232.000,00**
GASTOS OPERACIONALES			
Gastos por beneficios a los empleados	21.800.000,00	21.800.000,00	21.800.000,00
Gasto por comisiones a terceros	11.216.000,00	11.216.000,00	11.216.000,00
Gastos de Arrendamiento	819.000,00	819.000,00	819.000,00
Gastos por depreciación y amortización	2.017.000,00	2.017.000,00	2.017.000,00
Gastos Administrativos	7.503.000,00	7.503.000,00	7.503.000,00
Gastos publicidad	1.329.000,00	1.329.000,00	1.329.000,00
Total Gastos Operacionales (administrativos y de ventas)	**44.684.000,00**	**44.684.000,00**	**44.684.000,00**
UTILIDAD OPERACIONAL	**-7.860.700,00**	**18.378.900,00**	**-48.916.000,00**
(+) Otros Ingresos			
Ingreso por inversiones	647.000,00	647.000,00	647.000,00
Otras ganancias	384.000,00	384.000,00	384.000,00
Total otros ingresos	**1.031.000,00**	**1.031.000,00**	**1.031.000,00**

GASTOS NO OPERACIONALES			
Costos financieros	1.012.000,00	1.012.000,00	1.012.000,00
Otros Gastos	-	-	-
Total Gastos No Operacionales	**1.012.000,00**	**1.012.000,00**	**1.012.000,00**
UTILIDAD / PÉRDIDA ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**-7.841.700,00**	**18.397.900,00**	**-48.897.000,00**
22% Impuesto a la renta		4.047.538,00	
UTILIDAD ANTES DE PARTICIPACIÓN TRABAJADORES		**14.350.362,00**	
15% Participación trabajadores		2.152.554,30	
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO		12.197.807,70	
(+) Otros Resultados Integrales		320.000,00	
TOTAL RESULTADO INTEGRAL		**11.877.807,70**	

Fuente: Elaboración Propia

Para la determinación de los ingresos de la compañía se consideró la afirmación del artículo ya citado anteriormente "Firma de medicina prepagada Salud S.A dejará a sus clientes corporativos" del diario El Comercio que explica que en términos monetarios el dejar de ofrecer productos a clientes corporativos la disminución en ingresos correspondería a 64 millones de dólares anuales. Bajo este enfoque pesimista, se sitúa el contexto pesimista de la empresa donde se concederá que la pérdida corresponderá al 100% de lo afirmado.

En el enfoque realista se considera que la empresa podrá incrementar sus ventas en un 5% el próximo año y que los ingresos que dejará de percibir por clientes corporativos únicamente corresponderán al 50% de lo afirmado que viene a ser 32 millones. Inclusive con esta perspectiva se puede pronosticar que la empresa tendrá una pérdida de alrededor de 7 millones lo que significa que la empresa deberá tomar cartas rápidamente en el asusto para no verse en problemas financieros.

En el enfoque optimista se consideró que las ventas podrían incrementar en un 15% y que los ingresos que se dejaría de percibir por clientes corporativos serían del 30% de lo anteriormente establecido. Como consecuencia la empresa podría generar una utilidad de cerca a los 12 millones lo cual le permitiría continuar en el mercado.

4.2.2 *BMI* Para la compañía BMI Igualas Médicas se consideró que la afectación económica a raíz de la ley irá proporcionalmente relacionada con su participación en el mercado, es decir que si el valor a reembolsar al IESS al sector asegurador es de 200 millones, el valor que reembolsará BMI será del 20% en el caso del escenario realista. A continuación, se detallan las variables consideradas para el análisis del impacto financiero de la compañía.

Tabla 29 Variables a Considerar para la empresa BMI Igualas Médicas

DATOS	ESCENARIO REALISTA	ESCENARIO OPTIMISTA	ESCENARIO PESIMISTA
afiliados al IESS	8400000	8400000	8400000
afiliados empresas de medicina prepagada	1000000	1000000	1000000
porcentaje de los afiliados que acudirán al Sist. Público	25%	20%	30%
monto de la atención promedio	800	500	1000
# DE AFILIADOS QUE SOLICITARÁ REEMBOLSO	250000	200000	300000
VALOR A REEMBOLSAR SECTOR	**$200.000.000,00**	**$100.000.000,00**	**$300.000.000,00**
PARTICIPAC. EN EL MERCADO	20%	20%	20%
VALOR A REEMBOLSAR BMI	**40000000**	**20000000**	**60000000**
INCREMENTO EN LOS INGRESOS	**105,00%**	**120,00%**	**90,00%**

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 30 Estado de Resultados Proyectado BMI Igualas Médicas S.A

BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A			
ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL PROYECTADO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2018			
EXPRESADO EN U.S AMERICANOS			
	ESCENARIO REALISTA	**ESCENARIO OPTIMISTA**	**ESCENARIO PESIMISTA**
Ingresos por servicios de medicina prepagada	100.980.477,00	115.406.260,00	86.554.695,00
Costo de Prestación de Servicios	65.263.750,00	65.263.750,00	65.263.750,00
Reembolsos Sistema de Salud Pública	40.000.000,00	20.000.000,00	60.000.000,00
Utilidad Bruta	**-4.283.273,00**	**30.142.510,00**	**-38.709.055,00**
Gastos de Ventas	18.042.903,00	18.042.903,00	18.042.903,00
Gastos de Administración	7.603.067,00	7.603.067,00	7.603.067,00
Utilidad de Operación	**-29.929.243,00**	**4.496.540,00**	**-64.355.025,00**
Otros Ingresos, Neto	611.010,00	611.010,00	611.010,00
Gastos Financieros, Neto	958.415,00	958.415,00	958.415,00
UTILIDAD/ PÉRDIDA ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**-30.276.648,00**	**4.149.135,00**	**-64.702.430,00**
Impuesto a la Renta		1.148.749,00	
Total		**1.148.749,00**	
UTILIDAD DEL AÑO		**3.000.386,00**	
OTRO RESULTADO INTEGRAL:			
Utilidades (pérdida) actuarial de los planes de beneficios diferidos		19.750,00	
TOTAL RESULTADO INTEGRAL DEL AÑO		**3.020.136,00**	

Fuente: Elaboración Propia

Para BMI al igual que para las demás compañías de medicina prepagada existirá un alto impacto en lo referente a los costos por reembolsos al IESS, se refleja que la empresa no podrá

afrontar los pagos al sistema de salud pública debido a que los mismos en un escenario realista implicarían una pérdida de 30 millones de dólares y los costos por reembolsos significarían el 40% de los ingresos.

Con el escenario optimista que sería si la empresa crece en un 20% y si el porcentaje de afiliados que acuden al IESS fuese del 20% y los costos por reembolsos fueran de un promedio de $500 por atención, se obtiene como resultado una utilidad aproximada de 3 millones, es decir, se mantendría casi igual que la utilidad obtenida el año 2017.

4.2.3 *Humana S.A* En el caso de Humana se considera que al ser su participación del 9% del mercado los efectos de la ley serán inferiores, pero de igual manera tendrán una gran relevancia en sus resultados. En el siguiente recuadro se representan las variables consideradas para esta organización.

Tabla 31 Variables a considerar Humana S.A

DATOS	ESCENARIO REALISTA	ESCENARIO OPTIMISTA	ESCENARIO PESIMISTA
afiliados al IESS	8400000	8400000	8400000
afiliados empresas de medicina prepagada	1000000	1000000	1000000
porcentaje de los afiliados que acudirán al Sist. Público	25%	20%	30%
monto de la atención promedio	800	500	1000
# DE AFILIADOS QUE SOLICITARÁ REEMBOLSO	250000	200000	300000
VALOR A REEMBOLSAR SECTOR	**$200.000.000,00**	**$100.000.000,00**	**$300.000.000,00**
PARTICIPAC. EN EL MERCADO	9%	9%	9%
VALOR A REEMBOLSAR HUMANA	**18000000**	**9000000**	**27000000**
INCREMENTO EN LOS INGRESOS	**105,00%**	**120,00%**	**90,00%**

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 32 Estado de Resultados Proyectado Humana S.A

MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL PROYECTADO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2018

EXPRESADO EN U.S AMERICANOS			
	ESCENARIO REALISTA	**ESCENARIO OPTIMISTA**	**ESCENARIO PESIMISTA**
Ingresos por servicios de medicina prepagada	64850959	74115382	55586536
Costos y Gastos			
Reembolsos por atenciones médicas	37411746	37411746	37411746
Reservas técnicas por siniestros ocurridos y no reportados	2911048	2911048	2911048
Costo por cobertura de riesgos	255481	255481	255481
Reembolsos Sistema de Salud Pública	18000000	9000000	27000000
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	**6272684**	**24537107**	**-11991739**
Gastos Administrativos	10396393	10396393	10396393
Gastos de Ventas	7165480	7165480	7165480
Otros Ingresos	317436	317436	317436
UTILIDAD OPERACIONAL	**-10971753**	**7292670**	
Gastos Financieros Neto	865675	865675	
UTILIDAD / PÉRDIDA ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**-11837428**	**6426995**	
Impuesto a la Renta		554602	
UTILIDAD NETA		**5872393**	
OTRO RESULTADO INTEGRAL:			
Ganancia Actuarial		68037	
Resultados Integrales del año		**5940430**	
Utilidad básica por acción y diluida		1,89	
TOTAL RESULTADO INTEGRAL DEL AÑO		**11.812.823**	

Fuente: Elaboración Propia

Como se observa en la tabla anterior, los resultados para BMI serán desfavorables tanto en un escenario realista basado en datos proporcionados de distintas fuentes de información y aún más en el escenario pesimista en el que se considera que el valor a reembolsar al sistema público será más elevado y por lo tanto las compañías tendrán que afrontas fuertes pagos que darán la vuelta 365 grados a la situación financiera de la compañía.

En un escenario positivo, se proyecta que la empresa podría llegar a generar 11 millones que sigue siendo un resultado inferior en comparación con el año 2016 donde la empresa recibió alrededor de 14 millones de dólares.

4.3 Impacto del Sector de Medicina Prepagada

Se puede evidenciar que la situación actual del sector se ha mantenido estable y las grandes compañías han logrado sobrellevar muchos de los cambios de la ley como por ejemplo cumplir con las obligaciones provenientes de la ley en cuanto a lo que son reservas, provisiones y sobretodo en exigencias correspondientes a coberturas.

Desde el enfoque financiero se puede denotar que el costo de ventas determinado por concepto de reembolsos al sector público representa una gran parte de los ingresos de las compañías, por cuanto es importante que el ente regulador controle que los valores a reembolsar tomen en cuenta ciertos criterios como la capacidad de pago de las compañías.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Dentro del análisis previamente establecido se puede establecer que la consecuencia que mayor impacto puede tener dentro del sector de las compañías de medicina prepagada y los seguros de asistencia médica es el tema de reembolsos al sistema de salud pública ya que se afectan directamente a los costos de las empresas y de esta manera las mismas pueden llegar a tener menor rentabilidad e incluso presentar pérdidas o liquidar en un futuro cercano.

Se debe considerar que las amenazas que representan las nuevas regulaciones pueden también traer oportunidades al sector. Un ejemplo de esto es la oportunidad de las empresas que siguieron ofertando seguros a clientes corporativos de captar la cartera que tenía Salud S.A y por otro lado aprovechas que la ley brinda mayores coberturas a los asegurados que posiblemente buscarán tener una póliza de asistencia médica para adquirir los nuevos beneficios implementados.

En el siguiente apartado se representan las diferentes medidas que las compañías han optado para hacer frente a los cambios que se acercan y que serán las herramientas y sobre todo el soporte para mantener una ventaja competitiva.

5.1.1 *Estrategias Salud S.A* Ante los posibles efectos de la ley de medicina prepagada, la empresa Salud S.A tomó decisiones firmes que la permitieron aumentar sus ingresos en otras líneas de negocios y seguir manteniéndose como la pionera del mercado. Algunas de sus decisiones fueron:

- A causa de los reembolsos que deberán realizar las compañías de medicina prepagada y asistencia médica al IESS por las atenciones de clientes que mantengan seguro tanto medico como privado, la compañía decidió descontinuar el segmento corporativo.

- La empresa tomó la decisión de enfocarse en clientes individuales, para lo cual lanzó un nuevo portafolio de productos ofreciendo beneficios como Salud SA Homecare y Salud SA Fitness (Anexo VII Productos SALUD S.A)

- En el año 2016 se organizaron campañas con el objetivo de conseguir una mayor presencia de la marca. De igual manera se tuvieron iniciativas de marketing digital a través de redes sociales, videos promocionales, chat en línea y sobretodo con su nueva guía médica Dr. Saludsa. (Anexo VIII Guía Médica SALUD S.A)

- En cuanto al talento humano de la organización, en el 2017 se triplicó el porcentaje de capacitaciones y se crearon diferentes programas con el fin de fortalecer el clima organizacional como iniciativas de espacios colaborativos y de entretenimiento para los trabajadores y sus familiares.

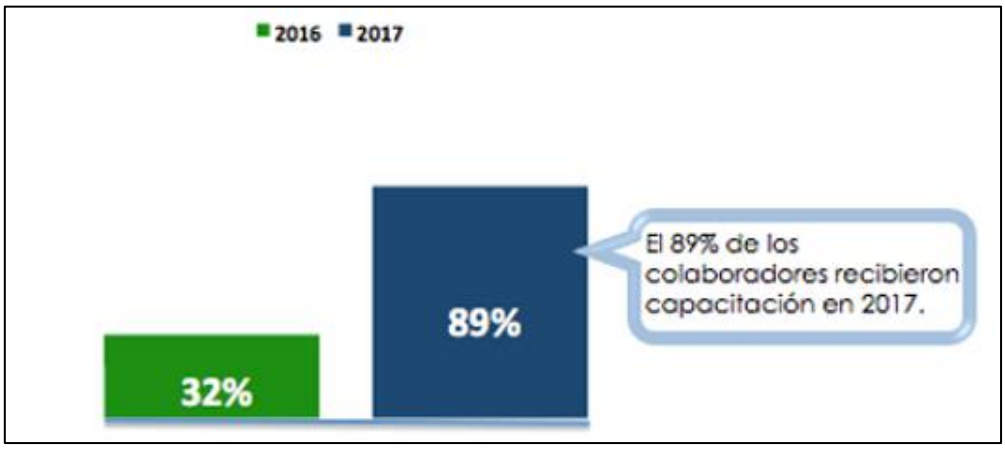


Figura 23 - Porcentaje de Capacitaciones 2016 – 2017 Salud S.A

A pesar de la vertiginosidad en los aspectos políticos, sociales, económicos y tecnológicos del mercado asegurador; la compañía ha conseguido un incremento en sus ingresos tal como se representan en la siguiente tabla:

Tabla 33 Evolución Ingresos por Segmento de Mercado SALUD S.A

	2015	2016	2017	VARIACIÓN 2015-2016		VARIACIÓN 2016-2017	
Individual	1785825	2038460	2316073	252635	14.15%	277613	13.62%
Pool	229043	241472	399831	12429	5.43%	158359	65.58%
Corporativo	474209	252473	0	-221736	-46.76%	-252473	-100.00%
Oncocare	322217	223379	299758	-98838	-30.67%	76379	34.19%
PCA	268037	473255	402629	205218	76.56%	-70626	-14.92%
TOTAL	**3079331**	**3229039**	**3418291**				

Fuente: Informe de Gerencia 2017 SALUD S.A

En concordancia a este incremento de ingresos, el patrimonio de la empresa ha crecido en 1,8 millones en utilidades las cuales fueron dispuestas luego de las deducciones de ley a la cuenta utilidades retenidas para posteriores reparticiones.

5.1.2 *Estrategias BMI* Ante los posibles efectos de la ley de medicina prepagada, la empresa Salud BMI ha decidido tomar acciones firmes que puedan aumentar su entrada de dinero y seguir ganando participación en el mercado. Sus decisiones fueron las siguientes:

- Considerando la respuesta de los clientes que solicitaron una reducción de tarifas para no perder el programa, BMI ha desarrollado opciones acordes a la necesidad de los clientes enfocado a tarifas técnicas para seguir respaldando la cobertura.

- La empresa redujo su efectividad de un 8% a un 3% por lo que se implementó un mayor tiempo de negociación, también la facturación promedio se redujo en tiempo para dar respuesta a la caída del índice de efectividad

- La demanda de seguros médicos tiene como objetivo la clase media que son los adquirientes más destacados, la estrategia se enfoca en este mercado con planes económicos que cubran las necesidades médicas.

- Un objetivo trazado a partir de los problemas que ha cursado el país desde el año 2016 son los planes médicos colectivos que tienen una gran competencia, pero las utilidades que generan son dignas de perseguir.

- Una estrategia plasmada dentro de BMI es fidelizar a la cartera de clientes de varios años con planes estratégicos de acuerdo a la necesidad del cliente corporativo,

- La empresa BMI ha tenido un incremento en la participación del mercado bastante considerable y esto se refleja en sus utilidades del año 2017 con relación al año 2016 que tiene un claro incremento del 708.40%, esto es gracias a sus grandes campañas de marketing y a su interacción con el mercado, esta socialización no fue bien aplicada años atrás por lo que la empresa sufrió pérdidas económicas.

En cuanto a resultados, la empresa BMI enfrento grandes barreras políticas con consecuencias económicas y organizacionales en valores considerables, a pesar de eso BMI busco estrategias precisas para poder combatir lo mencionado, en la siguiente tabla veremos el claro reflejo de su crecimiento.

COMPARATIVO SINIESTRALIDAD DEVENGADA QUITO 2017 VS 2016:

Siniestralidad Devengada QT 2017			
Cliente	**Facturación**	**Siniestros**	**Siniestralidad**
Corporativo 2017	41,926,901.60	26,753,217.13	**63.81%**
Individual 2017	22,780,886.62	13,371,351.93	**58.70%**
Auto administrados 2017	10,478,928.54	8,637,321.02	**82.43%**
Total	**75,186,716.76**	**48,761,890.08**	**64.85%**

Siniestralidad Devengada QT 2016			
Cliente	**Facturación**	**Siniestros**	**Siniestralidad**
Corporativo 2016	41,645,541.20	28,547,563.63	**68.55%**
Individual 2016	16,811,378.03	9,536,577.17	**56.73%**
Auto administrados 2016	9,280,401.50	7,582,535.01	**81.70%**
Total	**67,737,320.73**	**45,666,675.81**	**67.42%**

Figura 24 - Siniestralidad Devengada Quito 2016-2017 Fuente: Informe de gerencia 2017BMI

En el cuadro podemos apreciar el incremento en todos los aspectos en la empresa BMI por lo que sus utilidades fueron robustas y tienen grandes bases para tener un crecimiento bastante grande en el mercado ecuatoriano.

5.1.3 *Estrategias Humana* La ley de medicina prepagada causo una gran conmoción a las empresas de seguros como fue el caso de HUMANA, esta empresa tuve una fuerte lucha para permanecer en el mercado ecuatoriano y también para renovar estrategias de ventas, las estrategias generales fueron las siguientes:

- La empresa Humana ha planteado estrategia integral que involucra productos competitivos, una innovadora estrategia es un crédito directo a sus afiliados por concepto de prestaciones ambularías y hospitalización, siendo esto un referente en empresas de salud por el plus que ofertan.

- Los productos creados por humana s.a tuvieron base en las necesidades de su mercado por lo que destaca la cobertura del servicio a madres embarazados y a niños con enfermedades preexistentes hasta 5 años.

- Las fuerzas de venta radican en 3 canales bien establecidos, el primero se enfoca en individuos, medianas y grandes empresas. El segundo canal son los brokers que distribuyen los planes al mercado. El tercer canal son ventas masivas a un mercado extenso y difusión masiva.

- El mercado meta de humana S.A esta dividido en personas con más de 25 años, de clase A, B y C+.

- Las campañas de marketing fueron lanzadas a través de: revistas, radio, impresos y online. Enfocando los productos renovados de la empresa.

- Surge una evidente mejora en la comunicación de procesos dentro de la empresa que permite su eficiencia a sus clientes.

La empresa Humana S.A ha respondido a la crisis económica y política que enfrento el país en el año 2016, con el decremento en sus ventas fue muy notorio y los despidos del personal llevaron a un límite a la empresa que tuvo que tomar decisiones radicales frente a la situación presentada.

Los resultados son muy claros y las utilidades los reflejan claramente, del año 2016 al 2017 su incremento en utilidad fue de alrededor de 5 millones, que puede traducirse en que han existido cambios significativos y concisos en la administración de la empresa.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a las compañías del sector armar tanto un plan de acción como un presupuesto para proyectarse a futuro considerando las variables de la nueva legislación.

- Continuar con proyectos en busca de mediación apoyándose en el Comité Empresarial Ecuatoriano con propuestas de reformas a la ley en base a cálculos actuariales con un alto nivel de confiabilidad.

- Mantener innovación continua y ofrecer servicios diferenciados con el fin de incrementar sus ventas y aprovechar de los beneficios que la nueva ley otorga a los usuarios para captar más ingresos de nuevos afiliados.

- Apegarse a las normas internacionales de la contabilidad para el registro e interpretación de los resultados. Asimismo dar importancia a las observaciones registradas en las auditorías anuales.

- Elaborar informes financieros detallados por periodos, utilizando los índices financieros más relevantes según las necesidades para la correcta interpretación de resultados y toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Arias Anaya, R. M. (2009). *Análisis e Interpretación de los Estados Financieros.* México, D.F.: Editorial Trillas.

Calero, B. (Noviembre de 2016). *Estudio de Mercado Resumen Ejecutivo.* Obtenido de El mercado de seguros y reaseguros en Ecuador: file:///C:/Users/Andre/Downloads/DOC2016681350%20(1).pdf

Chubb. (Octubre de 2015). *El Seguro: ¿Qué es, cómo funciona y por qué se necesita?* Obtenido de Educación de Seguros: https://www2.chubb.com/EC-ES/_Assets/documents/Preguntas-Frecuentes.pdf

Economipedia. (2015). *Economipedia*. Obtenido de Activo Financiero: http://economipedia.com/definiciones/activo-financiero.html

EKOS. (2012). Historia de la Medicina . *Salud y Bienestar* .

EKOS NEGOCIOS. (Septiembre de 2017). *Ranking Medicina Prepagada y Seguros de Salud*. Obtenido de Ekos Negocios: http://www.ekosnegocios.com/empresas/rankingecuador.aspx

El Comercio. (31 de Octubre de 2017). Siete firmas de salud prepagada ya se liquidaron, según gremios. *El Comercio*. Obtenido de http://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-medicina-prepagada-liquidacion-iess.html

EY. (5 de Julio de 2017). *Tratamiento Contable de la NIIF 15.* Obtenido de https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-presentacion-desayuno-ejecutivo-niif-15/$FILE/EY-presentacion-desayuno-ejecutivo-niif-15.pdf

Galvanis, S. (s.f.). *Las Reservas de IBNR y de Siniestros Catastróficos* . Obtenido de http://www.mercadoasegurador.com.ar/backup/adetail.asp?id=328

IFRS Foundation. (s.f.). *Norma Internacional de Contabilidad 37.* Obtenido de Provisiones, Pasivos Contingentes y Activos: https://www.mef.gob.pe/contenidos/conta_publ/con_nor_co/no_oficializ/nor_internac/ES_GVT_IAS37_2013.pdf

INEC. (Junio de 2018). *Ecuador en Cifras.* Obtenido de Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2017: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-

inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2017/Presentacion_CEH_2017.pdf

LINDES. (2016). *¿Qué son las Condiciones Particulares, Generales y Especiales de una póliza?*

Molina, H., Ramírez, J., Bautista, R., & Lama, M. (2015). *Análisis de Estados Financieros para la toma de decisiones.* Madrid: Delta Publicaciones.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+*. Obtenido de Resumen: panorama regional y perfiles del país: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf

Oriente Seguros. (2018). *Principios del Seguro*. Obtenido de https://www.orienteseguros.com/principios-del-seguro/

Oxford Dictionaries. (2018). *Diccionario* . Obtenido de https://es.oxforddictionaries.com/definicion/contrato

Reyes, A. (9 de Julio de 2012). *LAS NIIFs NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACION FINANCIERA EN EL ECUADOR* . Obtenido de http://www.contadoresguayas.org/boletines/Boletin%20NIIF%204.pdf

ANEXOS

Anexo I ESF SALUD S.A

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA COMPARATIVO EXPRESADO EN MILES DE U.S DÓLARES										
	31/12/2015	AN. VERTICAL	31/12/2016	AN. VERTICAL	31/12/2017	AN. VERTICAL	ANÁLISIS HORIZONTAL			
ACTIVOS							**2015-2016**	**%**	**2016-2017**	**%**
ACTIVOS CORRIENTES:										
Efectivo y bancos	13659000	60,30%	5345000	21,93%	2874000	11,60%	-8314000,00	-60,87%	-2471000,00	-46,23%
Cuentas por cobrar comerciales y otras cuentas por cobrar	4250000	18,76%	3410000	13,99%	2491000	10,05%	-840000,00	-19,76%	-919000,00	-26,95%
Préstamos a compañías relacionadas	379000	1,67%	377000	1,55%	267000	1,08%	-2000,00	-0,53%	-110000,00	-29,18%
Otros Activos financieros	2704000	11,94%	13648000	55,99%	16959000	68,43%	10944000,00	404,73%	3311000,00	24,26%
Otros Activos	1661000	7,33%	1597000	6,55%	2193000	8,85%	-64000,00	-3,85%	596000,00	37,32%
Total Activos Corrientes	**22653000**	**100%**	**24377000**	**100%**	**24784000**	**100%**	1724000,00	7,61%	407000,00	1,67%
% Activos Corrientes Vs. Total Activos		**66,82%**		**71,65%**		**78,15%**				
ACTIVOS NO CORRIENTES:										
Prestamos a compañías relacionadas	1867000	16,60%	1491000	15,46%	682000	9,84%	-376000,00	-20,14%	-809000,00	-54,26%
Propiedades, adecuaciones y equipo	2894000	25,72%	2559000	26,53%	2553000	36,83%	-335000,00	-11,58%	-6000,00	-0,23%
Propiedades de inversión	3330000	29,60%	3330000	34,52%	3330000	48,04%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Activos Intangibles	1792000	15,93%	1043000	10,81%	364000	5,25%	-749000,00	-41,80%	-679000,00	-65,10%
Activos por impuestos diferidos	143000	1,27%	0	0,00%	0	0,00%	-143000,00	-100,00%	0,00	0,00%
Otros Activos financieros	1224000	10,88%	1224000	12,69%	2079	0,03%	0,00	0,00%	-1221921,00	-99,83%
Total Activos No Corrientes	**11250000**	**100%**	**9647000**	**100%**	**6931079**	**100%**	-1603000,00	-14,25%	-2715921,00	-28,15%
% Activos No Corrientes Vs. Total Activos		**33,18%**		**28,35%**		**21,85%**				
TOTAL ACTIVOS	**33903000**	**100%**	**34024000**	**100%**	**31715079**	**100%**	**121000,00**	**0,36%**	**-2308921,00**	**-6,79%**
PASIVOS										
PASIVOS CORRIENTES:										
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	6753000	19,92%	6435000	18,91%	5908000	17,48%	-318000,00	-4,71%	-527000,00	-8,19%
Pasivos por impuestos corrientes	1175000	3,47%	1570000	4,61%	1195000	3,54%	395000,00	33,62%	-375000,00	-23,89%
Obligaciones Acumuladas	9287000	27,39%	6439000	18,92%	8166000	24,17%	-2848000,00	-30,67%	1727000,00	26,82%
Total Pasivos Corrientes	**17215000**	50,78%	**14444000**	**42%**	**15269000**	**45%**	-2771000,00	-16,10%	825000,00	5,71%
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos		**79,37%**		**72,16%**		**72,88%**				
PASIVOS NO CORRIENTES:										
Obligación por beneficios definidos	4345000	12,82%	5445000	16,00%	5556000	16,44%	1100000,00	25,32%	111000,00	2,04%
Pasivos por impuestos diferidos	130000	0,38%	128000	0,38%	126000	0,37%	-2000,00	-1,54%	-2000,00	-1,56%
Total Pasivos No Corrientes	**4475000**	13,20%	**5573000**	**16%**	**5682000**	**17%**	1098000,00	24,54%	109000,00	1,96%
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos		**26,40%**		**27,84%**		**27,12%**				
		0,00%								
TOTAL PASIVOS	**21690000**	**64%**	**20017000**	**100%**	**20951000**	**100%**	**-1673000,00**	**-7,71%**	**934000,00**	**4,67%**
PATRIMONIO										
Capital social	243000	0,72%	243000	0,71%	1000000	2,96%	0,00	0,00%	757000,00	311,52%
Reserva Legal	122000	0,36%	122000	0,36%	122000	0,36%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Utilidades retenidas	11848000	34,95%	13642000	40,10%	11719000	34,68%	1794000,00	15,14%	-1923000,00	-14,10%
Total Patrimonio	**12213000**	36,02%	**14007000**	**41%**	**12841000**	**38%**	1794000,00	14,69%	-1166000,00	-8,32%
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	**33903000**		**34024000**		**33792000**		**121000,00**	**0,36%**	**-232000,00**	**-0,68%**

Anexo II – ERI SALUD S.A

SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A										
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL COMPARATIVO										
EXPRESADO EN U.S DÓLARES										
	31/12/2015	AN. VERTICAL	31/12/2016	AN. VERTICAL	31/12/2017	AN. VERTICAL	ANÁLISIS HORIZONTAL			
Ingresos por servicios de medicina prepagada	149.966.000,00	100,00%	150.850.000,00	100,00%	127.189.000,00	100,00%	884000,00	0,59%	-23661000,00	-15,69%
(-)Costo de Ventas										
Servicios de otros prestadores médicos	23.814.000,00	15,88%	21.429.000,00	14,21%	20.976.000,00	16,49%	-2385000,00	-10,02%	-453000,00	-2,11%
Servicios hospitalarios y ambulatorios	64.827.000,00	43,23%	68.769.000,00	45,59%	52.701.000,00	41,44%	3942000,00	6,08%	-16068000,00	-23,37%
Total costo de ventas	88.641.000,00	59,11%	90.198.000,00	59,79%	73.677.000,00	57,93%	1557000,00	1,76%	-16521000,00	-18,32%
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	**61.325.000,00**		**60.652.000,00**		**53.512.000,00**					
GASTOS OPERACIONALES										
Gastos por beneficios a los empleados	21.800.000,00	14,54%	21.659.000,00	14,36%	22.311.000,00	17,54%	-141000,00	-0,65%	652000,00	3,01%
Gasto por comisiones a terceros	11.216.000,00	7,48%	10.746.000,00	7,12%	6.684.000,00	5,26%	-470000,00	-4,19%	-4062000,00	-37,80%
Gastos de Arrendamiento	819.000,00	0,55%	802.000,00	0,53%	847.000,00	0,67%	-17000,00	-2,08%	45000,00	5,61%
Gastos por depreciación y amortización	2.017.000,00	1,34%	1.867.000,00	1,24%	700.000,00	0,55%	-150000,00	-7,44%	-1167000,00	-62,51%
Gastos Adiministrativos	7.503.000,00	5,00%	7.578.000,00	5,02%	7.997.000,00	6,29%	75000,00	1,00%	419000,00	5,53%
Gastos publicidad	1.329.000,00	0,89%	1.007.000,00	0,67%	1.460.000,00	1,15%	-322000,00	-24,23%	453000,00	44,99%
Total Gastos Operacionales (administrativos y de ventas)	**44.684.000,00**		**43.659.000,00**		**39.999.000,00**					
UTILIDAD OPERACIONAL	**16.641.000,00**		**16.993.000,00**		**13.513.000,00**					
(+) Otros Ingresos										
Ingreso por inversiones	647.000,00	0,43%	473.000,00	0,31%	616.000,00	0,48%	-174000,00	-26,89%	143000,00	30,23%
Otras ganancias	384.000,00	0,26%	498.000,00	0,33%	494.000,00	0,39%	114000,00	29,69%	-4000,00	-0,80%
Total otros ingresos	**1.031.000,00**		**971.000,00**		**1.110.000,00**					
GASTOS NO OPERACIONALES										
Costos financieros	1.012.000,00	0,67%	758.000,00	0,50%	432.000,00	0,34%	-254000,00	-25,10%	-326000,00	-43,01%
Otros Gastos	-	0,00%	515.000,00	0,34%	-	0,00%	515000,00	0	-515000,00	-100,00%
Total Gastos No Operacionales	**1.012.000,00**		**1.273.000,00**		**432.000,00**					
UTILIDAD ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**16.660.000,00**		**16.691.000,00**		**14.191.000,00**					
22% Impuesto a la renta	3.665.200,00	2,44%	3.672.020,00	2,43%	3.122.020,00	2,45%	6820,00	0,19%	-550000,00	-14,98%
UTILIDAD ANTES DE PARTICIPACIÓN TRABAJADORES	**12.994.800,00**	8,67%	**13.018.980,00**	8,63%	**11.068.980,00**	8,70%	24180,00	0,19%	-1950000,00	-14,98%
15% Participación trabajadores	1.949.220,00	1,30%	1.952.847,00		1.660.347,00					
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	**11.045.580,00**		**11.066.133,00**		**9.408.633,00**					
(+) Otros Resultados Integrales	320.000,00		326,00	0,00%	59.000,00	0,05%	-319674,00	-99,90%	58674,00	17998,16%
TOTAL RESULTADO INTEGRAL	**10.725.580,00**	7,15%	**11.065.807,00**		**9.349.633,00**					

Anexo III - ESF BMI

BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA COMPARATIVO EXPRESADO EN U.S DÓLARES							ANÁLISIS HORIZONTAL			
ACTIVOS	**31/12/2015**	**AN. VERTICAL**	**31/12/2016**	**AN. VERTICAL**	**31/12/2017**	**AN. VERTICAL**	**2015-2016**	**%**	**2016-2017**	**%**
ACTIVOS CORRIENTES:										
Efectivo y Equivalentes de Efectivo	359783	2,45%	261521	1,96%	5930228	30,28%	-98262,00	-27,31%	5668707,00	2167,59%
Inversiones mantenidas hasta su vencimiento	2.230.038,00	15,19%	467415	3,51%	0	0,00%	-1762623,00	-79,04%	-467415,00	-100,00%
Cuentas por cobrar comerciales	3963277	26,99%	3845076	28,85%	4492562	22,94%	-118201,00	-2,98%	647486,00	16,84%
Cuentas por cobrar compañías relacionadas	783339	5,33%	775025	5,81%	388712	1,98%	-8314,00	-1,06%	-386313,00	-49,85%
Otras cuentas por cobrar	322358	2,20%	151676	1,14%	1025061	5,23%	-170682,00	-52,95%	873385,00	575,82%
Impuestos por cobrar	1586039	10,80%	2117431	15,89%	1781236	9,09%	531392,00	33,50%		
Gastos pagados por anticipado	4325253	29,45%	4595979	34,48%	5085323	25,96%	270726,00	6,26%		
Total Activos Corrientes	**13570087**		**12214123**		**18703122**		-1355964,00	-9,99%	6488999,00	53,13%
% Activos Corrientes Vs. Total Activos		**92,41%**		**91,64%**		**95,49%**				
ACTIVOS NO CORRIENTES:										
Activos Fijos	657366	4,48%	657366	4,93%	596016	3,04%	0,00	0,00%	-61350,00	-9,33%
Otros Activos	457355	3,11%	457355	3,43%	286873	1,46%	0,00	0,00%	-170482,00	-37,28%
Total Activos No Corrientes	**1114721**		**1114721**		**882889**		0,00	0,00%	-231832,00	-20,80%
% Activos No Corrientes Vs. Total Activos		**7,59%**		**8,36%**		**4,51%**				
TOTAL ACTIVOS	**14684808**	**100%**	**13328844**	**100%**	**19586011**	**100%**	**-1355964,00**	**-9,23%**	**6257167,00**	**46,94%**
PASIVOS										
PASIVOS CORRIENTES:										
Sobregiros Bancarios	1419239	11,90%	869666	7,87%	0	0,00%	-549573,00	-38,72%	-869666,00	-100,00%
Cuentas por pagar comerciales y otras cuentas por pagar	2364056	19,82%	1667180	15,09%	2127838	15,74%	-696876,00	-29,48%	460658,00	27,63%
Cuentas por pagar a compañías relacionadas	584244	4,90%	1579447	14,30%	292967	2,17%	995203,00	170,34%	-1286480,00	-81,45%
Impuestos por pagar	594960	4,99%	335497	3,04%	403583	2,99%	984487,00	165,47%	-1175864,00	-74,45%
Provisiones y Beneficios a empleados	401872	3,37%	352001	3,19%	2634457	19,49%	-66375,00	-16,52%	2298960,00	685,24%
Reservas Técnicas	4813312	40,36%	4389421	39,73%	3789510	28,03%	-423891,00	-8,81%	-599911,00	-13,67%
Ingreso Diferido	1567833	13,15%	1544831	13,98%	3897362	28,83%	-23002,00	-1,47%	2352531,00	152,28%
Provisiones y Beneficios a Empleados										
Total Pasivos Corrientes	**11745516**		**10738043**		**13145717**		-1007473,00	-8,58%	2407674,00	22,42%
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**79,71%**		**80,56%**		**67,12%**				
PASIVOS NO CORRIENTES:										
Beneficios a empleados a largo plazo	179799	1,51%	309029	2,80%	372763	2,76%	129230,00	71,87%	63734,00	20,62%
Total Pasivos No Corrientes	**179799**		**309029**		**372763**					
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**1,22%**		**2,32%**		**1,90%**				
TOTAL PASIVOS	**11925315**	**81%**	**11047072**	**83%**	**13518480**	**69%**	**-878243,00**	**-7,36%**	**2471408,00**	**22,37%**
PATRIMONIO										
Capital social	2141717	14,53%	2141717	16,07%	2141717	10,93%	0,00	0,00%	0,00	0,00%
Reserva Legal	236112	1,60%	284994	2,14%	661595	3,38%	48882,00	20,70%	376601,00	132,14%
Utilidades retenidas	432712	2,94%	-144939	-1,09%	3264219	16,67%	-577651,00	-133,50%	3409158,00	-2352,13%
Total Patrimonio	**2810541**		**2281772**		**6067531**		-528769,00	-18,81%	3785759,00	165,91%
% Patrimonio Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**19,07%**		**17,12%**		**30,98%**				
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	**14735856**	**54%**	**13328844**	**56%**	**19586011**	**74%**	**-1407012,00**	**-9,55%**	**6257167,00**	**46,94%**

Anexo IV - ERI BMI

BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A										
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL COMPARATIVO										
EXPRESADO EN U.S DÓLARES										
	31/12/2015	AN. VERTICAL	31/12/2016	AN. VERTICAL	31/12/2017	AN. VERTICAL	ANÁLISIS HORIZONTAL			
							2015-2016	%	2016-2017	%
Ingresos por servicios de medicina prepagada	81.448.840,00	100,00%	87.409.674,00	100,00%	96.171.883,00	100,00%	5960834,00	7,32%	8762209,00	10,02%
Costo de Prestación de Servicios	59.336.005,00	72,85%	64.602.938,00	73,91%	65.263.750,00	67,86%	5266933,00	8,88%	660812,00	1,02%
Utilidad Bruta	**22.112.835,00**	27,15%	**22.806.736,00**	26,09%	**30.908.133,00**	32,14%	693901,00	3,14%	8101397,00	35,52%
Gastos de Ventas	14.736.242,00	18,09%	15.304.274,00	17,51%	18.042.903,00	18,76%	568032,00	3,85%	2738629,00	17,89%
Gastos de Administración	5.569.183,00	6,84%	6.249.339,00	7,15%	7.603.067,00	7,91%	680156,00	12,21%	1353728,00	21,66%
Utilidad de Operación	**1.807.410,00**	2,22%	**1.253.123,00**	1,43%	**5.262.163,00**	5,47%	-554287,00	-30,67%	4009040,00	319,92%
Otros Ingresos, Neto	312.540,00	0,38%	437.049,00	0,50%	611.010,00	0,64%	124509,00	39,84%	173961,00	39,80%
Gastos Financieros, Neto	511.028,00	0,63%	674.868,00	0,77%	958.415,00	1,00%	163840,00	32,06%	283547,00	42,02%
UTILIDAD ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**1.608.922,00**	1,98%	**1.015.304,00**	1,16%	**4.914.758,00**	5,11%	-593618,00	-36,90%	3899454,00	384,07%
Impuesto a la Renta	591.453,00	0,73%	526.488,00	0,60%	1.148.749,00	1,19%	-64965,00	-10,98%	622261,00	118,19%
Total	591.453,00	0,73%	**526.488,00**	0,60%	**1.148.749,00**	1,19%	-64965,00	-10,98%	622261,00	118,19%
UTILIDAD DEL AÑO	**1.017.469,00**	1,25%	**488.816,00**	0,56%	**3.766.009,00**	3,92%	-528653,00	-51,96%	3277193,00	670,43%
OTRO RESULTADO INTEGRAL:										
Utilidades (pérdida) actuarial de los planes de beneficios diferidos	19.146,00	0,02%	20.514,00	0,02%	19.750,00	0,02%	1368,00	7,15%	-764,00	-3,72%
TOTAL RESULTADO INTEGRAL DEL AÑO	**998.323,00**	1,23%	**468.302,00**	0,54%	**3.785.759,00**	4,65%	-530021,00	-53,09%	3317457,00	708,40%

Anexo V - ESF HUMANA S.A

MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.										
ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA COMPARATIVO										
EXPRESADO EN U.S DÓLARES										
							ANÁLISIS HORIZONTAL			
ACTIVOS	**31/12/2015**	**AN. VERTICAL**	**31/12/2016**	**AN. VERTICAL**	**31/12/2017**	**AN. VERTICAL**	**2015-2016**	**%**	**2016-2017**	**%**
ACTIVOS CORRIENTES:										
Efectivo y Equivalentes de Efectivo	40043	0,44%	429743	4,99%	100397	0,91%	389700,00	973,20%	-329346,00	-76,64%
Inversiones financiera	0	0,00%	0	0,00%	3400000	30,67%	0,00		3400000,00	
Deudores comerciales, neto	5399415	59,39%	4166043	48,36%	3621405	32,67%	-1233372,00	-22,84%	-544638,00	-13,07%
Otras cuentas por cobrar	2194690	24,14%	2168233	25,17%	2151139	19,41%	-26457,00	-1,21%	-17094,00	-0,79%
Impuestos por cobrar	818568	9,00%	981493	11,39%	1189430	10,73%	162925,00	19,90%	207937,00	21,19%
Cuentas por cobrar a entidades relacionadas, neto	19743	0,22%	23753	0,28%	1449	0,01%	4010,00	20,31%	-22304,00	-93,90%
Gastos pagados por anticipados	293221	3,23%	366144	4,25%	459898	4,15%	72923,00	24,87%	93754,00	25,61%
Otros Activos Corrientes	325543	3,58%	478656	5,56%	161263	1,45%	153113,00	47,03%	-317393,00	-66,31%
Total Activos Corrientes	**9091223**	**93%**	**8614065**	**100%**	**11084981**	**100%**	-477158,00	-5,25%	2470916,00	28,68%
% Activos Corrientes Vs. Total Activos		**66,46%**		**72,04%**		**78,62%**				
ACTIVOS NO CORRIENTES:										
Propiedad, Muebles, equipos y vehículos, neto	1003274	21,86%	391278	11,70%	351072	11,64%	-611996,00	-61,00%	-40206,00	-10,28%
Activo Intangible	2350807	51,23%	2136288	63,90%	1934717	64,17%	-214519,00	-9,13%	-201571,00	-9,44%
Inversiones en Acciones	595001	12,97%	530720	15,88%	444600	14,75%	-64281,00	-10,80%	-86120,00	-16,23%
Impuesto diferido	639752	13,94%	284744	8,52%	284744	9,44%	-355008,00	-55,49%	0,00	0,00%
Total Activos No Corrientes	**4588834**	**100%**	**3343030**	**100%**	**3015133**	**100%**	-1245804,00	-27,15%	-327897,00	-9,81%
% Activos No Corrientes Vs. Total Activos		**33,54%**		**27,96%**		**21,38%**				
TOTAL ACTIVOS	**13680057**	**100%**	**11957095**	**100%**	**14100114**	**100%**	**-1722962,00**	**-12,59%**	**2143019,00**	**17,92%**
PASIVOS										
PASIVOS CORRIENTES:										
Sobregiro	1481372	10,83%	578108	4,83%	1861394	13,20%	-903264,00	-60,97%	1283286,00	221,98%
Obligaciones Financieras	2216399	16,20%	2540288	21,25%	230427	1,63%	323889,00	14,61%	-2309861,00	-90,93%
Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	712466	5,21%	2650428	22,17%	2286641	16,22%	1937962,00	272,01%	-363787,00	-13,73%
Cuentas por pagar a entidades relacionadas	1932803	14,13%	1386501	11,60%	195065	1,38%	-546302,00	-28,26%	-1191436,00	-85,93%
Beneficios a empleados	449568	3,29%	393187	3,29%	878157	6,23%	-56381,00	-12,54%	484970,00	123,34%
Impuestos por pagar	170824	1,25%	144219	1,21%	199798	1,42%	-26605,00	-15,57%	55579,00	38,54%
Ingreso diferido	735737	5,38%	747604	6,25%	0	0,00%	11867,00	1,61%	-747604,00	-100,00%
Reservas técnicas	1817901	13,29%	207645	1,74%	3118693	22,12%	-1610256,00	-88,58%	2911048,00	1401,94%
Total Pasivos Corrientes	**9517070**		**8647980**		**8770175**		-869090,00	-9,13%	122195,00	1,41%
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**69,57%**		**72,33%**		**62,20%**				
PASIVOS NO CORRIENTES:										
Cuentas por pagar a entidades relacionadas	695047	5,08%	595001	4,98%	495733	3,52%	-100046,00	-14,39%	-99268,00	-16,68%
Beneficios a empleados	353227	2,58%	441248	3,69%	524611	3,72%	88021,00	24,92%	83363,00	18,89%
Obligaciones Financieras	1496024	10,94%	614278	5,14%	0	0,00%	-881746,00	-58,94%	-614278,00	-100,00%
Total Pasivos No Corrientes	**2544298**		**1650527**		**1020344**		-893771,00	-35,13%	-630183,00	-38,18%
% Pasivos Corrientes Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**18,60%**		**13,80%**		**7,24%**				
TOTAL PASIVOS	**12061368**	**88%**	**10298507**	**86%**	**9790519**	**82%**	**-1762861,00**	**-14,62%**	**-507988,00**	**-4,93%**
PATRIMONIO										
Capital emitido	3168611	23,16%	3168611	26,50%	1368000	9,70%	0,00	0,00%	-1800611,00	-56,83%
Reserva Legal	306680	2,24%	398501	3,33%	400873	2,84%	91821,00	29,94%	2372,00	0,60%
Resultados Acumulados	-1856602	-13,57%	-1908524	-15,96%	2540722	18,02%	-51922,00	2,80%	4449246,00	-233,12%
Total Patrimonio	**1618689**		**1658588**		**4309595**		39899,00	2,46%	2651007,00	159,84%
% Patrimonio Vs. Total Pasivos + Patrimonio		**11,83%**		**13,87%**		**30,56%**				
TOTAL PASIVOS + PATRIMONIO	**13680057**	**100%**	**11957095**	**100%**	**14100114**	**100%**	**-1722962,00**	**-12,59%**	**2143019,00**	**17,92%**

Anexo VI - ERI HUMANA S.A

MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.										
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRAL COMPARATIVO										
EXPRESADO EN U.S DÓLARES										
	31/12/2015	AN. VERTICAL	31/12/2016	AN. VERTICAL	31/12/2017	AN. VERTICAL	ANÁLISIS HORIZONTAL			
							2015-2016	%	2016-2017	%
Ingresos por servicios de medicina prepagada	35357406	100,00%	38845456	100,00%	61762818	100,00%	3488050,00	9,87%	22917362,00	59,00%
Costos y Gastos										
Reembolsos por atenciones médicas	20355261	57,57%	23690999	60,99%	37411746	60,57%	3335738,00	16,39%	13720747,00	57,92%
Reservas técnicas por siniestros ocurridos y no reportados	623005	1,76%	207645	0,53%	2911048	4,71%	-415360,00	-66,67%	2703403,00	1301,94%
Costo por cobertura de riesgos	207079	0,59%	211976	0,55%	255481	0,41%	4897,00	2,36%	43505,00	20,52%
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	**14172061**		**14734836**	37,93%	**21184543**					
Gastos Administrativos	8366457	23,66%	8982182	23,12%	10396393	16,83%	615725,00	7,36%	1414211,00	15,74%
Gastos de Ventas	3600957	10,18%	4365219	11,24%	7165480	11,60%	764262,00	21,22%	2800261,00	64,15%
Otros Ingresos	212881	0,60%	306138	0,79%	317436	0,51%	93257,00	43,81%	11298,00	3,69%
UTILIDAD OPERACIONAL	**2417528**	6,84%	**1693573**	**0,043597712**	**3940106**	6,38%	-723955,00	-29,95%	2246533,00	132,65%
Gastos Financieros Neto	1100488	3,11%	1084721	2,79%	865675	1,40%	-15767,00	-1,43%	-219046,00	-20,19%
UTILIDAD ANTES DEL IMPUESTO A LA RENTA	**1317040**	3,72%	**608852**	1,57%	**3074431**	4,98%	-708188,00	-53,77%	2465579,00	404,96%
Impuesto a la Renta	325747	0,92%	585128	1,51%	554602	0,90%				
UTILIDAD NETA	**991293**	2,80%	**23724**	0,06%	**2519829**	4,08%	-967569,00	-97,61%	2496105,00	10521,43%
OTRO RESULTADO INTEGRAL:										
Ganancia Actuarial	20198	0,06%	16175	0,04%	68037	0,11%				
Resultados Integrales del año	**1011491**	2,86%	**39899**	0,10%	**2587866**	4,19%	-971592,00	-96,06%	2547967,00	6386,04%
Utilidad básica por acción y diluida	0,31		0,01		1,89					
TOTAL RESULTADO INTEGRAL DEL AÑO	**2002784**	5,66%	**63623**	0,18%	**5107695**	14,45%	-1939161,00	-96,82%	5044072,00	7928,06%

Anexo VII Productos SALUD S.A



Desarrollamos servicios WEB

★ Construimos todos los servicios que son utilizados por el App y el portal WEB de DrSalud

★ Con estos desarrollos nuestros clientes pueden:



★ Tomar citas médicas en Veris
★ Consultar las características de su plan
★ Generar Ordenes de Atención médica
★ Buscar en la Guía Médica los médicos de nuestra red
★ Acceder a nuestro chat de atención