



Julio 2019 - ISSN: 2254-7630

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PREVIO A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SEGURO DE SALUD PRIVADO CON UNA COBERTURA EXTENDIDA

**Autora e información del artículo:
Pincay Yáñez Arminda del Rocío**

arpy6@yahoo.com

Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil

Estudiante egresada de la Facultad de Administración de Empresas

Abg. Julio René Pérez Peñafiel, MSc.

Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil

Docente de la Facultad de Administración de Empresas

jperezp@ulvr.edu.ec

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Pincay Yáñez Arminda del Rocío y Julio René Pérez Peñafiel (2019): "Estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (julio 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/implementacion-seguro-salud.html>

RESUMEN:

El presente artículo describe el proceso por medio del cual se analizó la factibilidad de Mercado, Organizacional, Legal y Financiera de implementar un beneficio adicional como complemento de un Seguro de Salud Privado Tradicional, el mismo, consiste en una cobertura extendida que la empresa BMI Iguales Médicas del Ecuador desea desarrollar con la finalidad de recuperar el índice de persistencia en los contratos de sus clientes, el cual ha presentado una tasa de disminución en los últimos tres años en la ciudad de Guayaquil, debido al ingreso de nueva competencia o por factores que influyen en el interés del cliente al renovar sus contratos. Se inició con un análisis de captación de los nuevos clientes desde el año 2015 hasta el año 2018 y sus respectivas renovaciones de contrato hasta la actualidad, estos datos dieron como resultado una pérdida importante de ingresos por no renovaciones en el segmento Medio Típico de la cartera de la empresa, posteriormente se realizó una proyección de ventas para recuperar este mercado y con base a la experiencia empírica y a una encuesta realizada al segmento potencial de este producto, se evaluaron los factores que generan el problema y se confirmó la necesidad de incorporar este plus al plan médico tradicional para lograr la renovación de contratos y la captación de nuevos clientes, se determinó que el tipo de cobertura que debía desarrollarse sería la protección gratuita sobre accidentes a los hijos menores de edad no afiliados de padres de familia de la Clase Social Media Típica de la ciudad de Guayaquil que contraten el Seguro Médico como nuevo cliente o como renovante. Por medio de un análisis de costo-beneficio, se determinó la factibilidad de su implementación y la capacidad de recuperación del índice de persistencia. Se concluyó que, para lograr la estabilidad o incremento de ventas en este tipo de productos, es necesario además de tener una ventaja competitiva y un buen producto que se comercialice con las mejores estrategias de marketing, hacer un vínculo emocional con el cliente que genere fidelidad y gratitud.

PALABRAS CLAVES: Seguro Privado, Cobertura Extendida, Factibilidad.

ABSTRACT:

This article describes the process by means of which the feasibility of Market, Organizational, Legal and Financial was analyzed of implementing an additional benefit as a complement of a Traditional Private Health Insurance, the same, consists of an extended coverage that the company BMI Iguales Médicas del Ecuador wishes to develop with the purpose of recovering the persistence index in the contracts of its clients, which has presented a rate of decrease in the last three years in the city of Guayaquil, due to the entry of new competition or factors that they influence the client's interest when renewing their contracts. It began with an analysis of new customers from 2015 until 2018 and their respective contract renewals to date, these data resulted in a significant loss of revenue due to non-renewals in the Typical Middle segment of the portfolio of the company, then a sales projection was made to recover this market and based on empirical experience and a survey of the potential segment of this product, the factors that generate the problem were evaluated and the need to incorporate this plus was confirmed to the traditional medical plan to achieve the renewal of contracts and the recruitment of new clients, it was determined that the type of coverage that should be developed would be the free protection against accidents to unaccompanied minor children of parents of the Social Media Class Typical of the city of Guayaquil that hire the Medical Insurance as a new client or as a novante By means of a cost-benefit analysis, the feasibility of its implementation and the ability to recover the persistence index were determined. It was concluded that, in order to achieve stability or increase sales in this type of products, it is also necessary to have a competitive advantage and a good product that is marketed with the best marketing strategies, making an emotional bond with the customer that generates loyalty. and gratitude.

KEYWORDS: Private Insurance, Extended Coverage, Feasibility.

INTRODUCCIÓN

Los seguros de gastos médicos, son la mejor opción para contar con los recursos económicos suficientes en el momento en el que aparecen enfermedades, accidentes, embarazos y otros problemas de salud ya que en caso de no contar con estas protecciones, se generan enormes desembolsos de dinero de la economía familiar, incluso ahora mismo existen las coberturas para enfermedades preexistentes, aunque tienen un periodo de carencia y un monto máximo de cobertura determinado por la Ley.

BMI Iguales Médicas del Ecuador, es una empresa aseguradora que tiene años de trayectoria ofreciendo bienestar y confianza a la familia ecuatoriana en este tipo de productos, en un estudio realizado sobre los resultados de ventas en los últimos tres años de la Ciudad de Guayaquil se identificó una pérdida acumulada del 24% de sus renovaciones en contratos de clientes nuevos, por esto, se decidió implementar una estrategia para lograr la recuperación de estos clientes y analizar su factibilidad por medio de esta investigación que contará con los siguientes elementos:

Capítulo 1, se procedió a realizar el planteamiento del problema de investigación como base de este proyecto, con los objetivos: General y Específicos, la determinación de las variables e idea a defender.

Capítulo 2, en el Marco Teórico nos apoyamos para la selección de las herramientas que utilizamos para el análisis de la información y planteamiento de una solución al problema de reducción de ventas y su evaluación comercial y financiera.

Capítulo 3, se determinó el método de la investigación, las herramientas para la recolección de datos y la población a quien va destinada el producto.

Capítulo 4, se diseñó la propuesta de acuerdo a la información obtenida en el análisis de información, se evaluó la oportunidad de la propuesta, se determinaron las conclusiones del estudio y las respectivas recomendaciones para la implementación del plan comercial.

Capítulo 5, Información Final de la síntesis de este proyecto y sus alcances.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación se desarrolló con el propósito de evaluar si la implementación de un servicio de cobertura extendida añadida a un Seguro Médico tradicional logrará incrementar el interés de los potenciales usuarios de Seguros Médico Privado, incentivando:

- Al potencial cliente a tomar la decisión de contratar un Seguro Médico Privado.
- Al usuario actual a mantener su póliza vigente.
- Recuperar al cliente que no la ha renovado.

Con el análisis de esta propuesta y la confirmación de su viabilidad, se podrán beneficiar los diferentes grupos de interés en este entorno como son, los usuarios del producto ya que contarán con la tranquilidad de la protección económica de un Seguro Médico con mayor alcance de cubrir sus necesidades, los agentes intermediarios, los prestadores de servicios médicos, los laboratorios de medicina, la sociedad, el país entero ya que todos forman parte del desarrollo en esta industria como integrantes de una economía en común que necesita su constante crecimiento.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un estudio de factibilidad previo a la implementación de un seguro de salud privado que ofrezca una cobertura extendida con la finalidad de lograr un incremento de la captación de nuevos clientes y tener adicionalmente un incentivo para lograr la renovación del 2do año.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar las especificaciones y estructura de la cobertura extendida
- Estimar el tamaño de mercado potencial para este producto.
- Identificar el costo-beneficio

IDEA A DEFENDER

La implementación de un seguro de salud privado con una cobertura extendida motivará la permanencia de aquellos usuarios cuyas pólizas de salud no han sido utilizadas de manera personal y atraerá a quienes deseen contratar un seguro médico o cambiarlo por uno con servicios de mayor alcance.

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Estudio de Factibilidad: Es un instrumento que sirve para orientar la toma de decisiones en la evaluación de un proyecto y corresponde a la última fase de la etapa pre operativa o de formulación dentro del ciclo del proyecto, investigar y descubrir si la idea de negocio o mejora es viable por medio de una revisión y redefinición en base a un estudio, ajustar el modelo o la idea y las estrategias para ponerlo en marcha, valorar cualitativa y cuantitativamente las ventajas y desventajas de destinar recursos a una idea o beneficio adicional a un producto, de esta correcta evaluación dependerá la contribución al desarrollo y bienestar de la empresa y de sus clientes.

Estudios Básicos: El análisis de factibilidad es la primera fase del ciclo para evaluar un proyecto, un estudio ejecutable es aquel que aprueba cinco estudios básicos:

Factibilidad de Producto o Servicio: Evaluar si los beneficios serán valorados por el mercado meta, pedir la opinión de los clientes potenciales que cumplan con las características del mercado al que va dirigido, describiendo el producto o servicio y definiendo los beneficios y después de recopilada la información deben ponderarse si el resultado es positivo y adicionalmente podría complementarse con resultados de un grupo focal o una entrevista con un experto en la industria que valide la información.

Factibilidad de Mercado: Aquí se debe entender la estructura de la industria y evaluar el poder de cada uno de los elementos y sus barreras, con estos resultados definir su plan estratégico.

Factibilidad Organizacional: Evaluar si las destrezas y habilidades del equipo organizacional son las necesarias y suficientes para implementar la idea o buscar nuevos integrantes, valorarlos y que sean compatibles con el negocio

Factibilidad Legal: Determina la existencia de obstáculos legales para la implementación de la idea o proyecto fuera y dentro de la empresa.

Factibilidad Financiera: Aquí no se realiza un plan financiero completo, el objetivo es detallar el monto de inversión antes de operar la idea, establecer el costo-beneficio de la operación.

Todas estas fases deben ser complementarias y estrictamente viables, ninguna puede ser excluida o el proyecto no será factible.

MARCO LEGAL

Constitución del Ecuador:

La Constitución presenta los siguientes aspectos legales relacionados al sector de la salud donde señala:

“Que, el Art. 3 de la Constitución de la República establece como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes;

Que, el Art. 32 de la Constitución consagra a la salud como un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos;

Que, para el ejercicio del derecho a la salud el mismo artículo establece que el Estado dictará políticas públicas en los ámbitos económico, social, cultural, educativo y ambiental; y garantizará el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva;

Que, conforme el inciso segundo del artículo 32 de la Constitución, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Legales, 2015)

Ley Orgánica de Medicina Prepagada

Esta ley 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, indica lo siguiente:

“Artículo 1.- Objeto.- La presente Ley tiene como objeto normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica; así como determinar la competencia para la aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias.”

“Artículo 2.- Ámbito de aplicación. - La presente ley es aplicable a todas las actividades que desarrollen, en cumplimiento de su objeto social, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; y a las inherentes a la cobertura de seguros de asistencia médica.”

“Artículo 5.- Pertenencia al Sistema Nacional de Salud. - Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y las de seguros que ofrezcan seguros con cobertura de asistencia médica, formarán parte del sistema nacional de salud, a cuyas políticas públicas estarán sometidas obligatoriamente.”

“Artículo 17.- Regulación, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros. - La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros tendrá las siguientes facultades de vigilancia y control respecto de las compañías que financien

servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica:

3.- Regulación y aprobación, en forma previa a su comercialización, de los planes, programas y modalidades para la prestación de los servicios de atención integral de salud prepagada y de cobertura de seguros de asistencia médica, incluidos los que se oferten en el país para coberturas internacionales, así como para la modificación de aquellos;”

De existir alguna modificación o en el caso de este estudio de factibilidad, una cobertura extendida en los contratos del seguro médico, esta Ley se encarga de aprobarla antes de su implementación.

“Artículo 28.- Plazo. - El plazo de los contratos para el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada, no podrá ser menor a un año calendario renovable.”

El anexo o cobertura adicional en el plan también tendrá una vigencia mínima de un año para ser utilizada.

“Artículo 29.- Precio. - El precio que se fije en los contratos guardará conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con el soporte técnico de la Autoridad Sanitaria Nacional.”

“Tanto las notas técnicas, cuanto los estudios actuariales serán elaborados por actuarios independientes de las compañías controladas, debidamente calificados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

El precio previsto en el contrato será pactado en moneda de curso legal y su revisión se sujetará a lo que establezca la correspondiente nota técnica aprobada, tomando en consideración la totalidad de afiliados de cada plan y el grupo etario al que pertenezcan. En ningún caso la revisión o el incremento del precio podrá basarse en siniestralidad individual. En los planes empresariales, grupales y corporativos, la revisión del precio se realizará de común acuerdo entre las partes.

Se prohíbe expresamente a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, o de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, efectuar incrementos del precio de manera unilateral mientras transcurra el plazo estipulado en el contrato.”

La cobertura extendida será un plus que el cliente obtendrá sólo en la renovación después de que el periodo de vigencia del contrato termine y dependiendo de las condiciones y características del cliente y del contrato, éste será gratuito u ofrecido con un valor cómodo comparado con la tarifa real del mercado.

“Artículo 52.- Faltas graves. - Serán consideradas faltas graves las siguientes:

1.- Establecer unilateralmente valores adicionales a los contratados;

- 2.- Realizar valoraciones médicas con fines de exclusión para las prestaciones de salud;
- 3.- En las modalidades cerrada y mixta, en la parte que corresponda, no exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas y/o licenciamiento, según corresponda;
- 4.- Ofertar o comercializar planes de cobertura sanitaria no autorizados por el organismo competente;
- 5.- No remitir información que solicite la Autoridad Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en esta Ley; 6.- Ofrecer exclusivamente planes en modalidad cerrada;
- 7.- No observar las disposiciones de esta Ley para la fijación de precios de los contratos;
- 8.- Modificar de modo unilateral y sin autorización de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, las estipulaciones contractuales;
- 9.- Emplear publicidad engañosa o abusiva en la oferta de planes y programas para la cobertura de prestaciones de salud, sin perjuicio de lo previsto en otras leyes respecto de la suspensión y rectificación de contenidos;
- 10.- No cumplir con el reembolso, o no pagar el seguro contratado, no impugnados u objetados, en los plazos previstos en la Ley; y,
- 11.- Para efectos de aplicación de esta Ley, no remitir la información que solicite la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el ejercicio de sus obligaciones de supervisión y control;

El cometimiento de faltas graves será sancionado con multa de cuarenta salarios básicos unificados del trabajador en general.” (Cosede.com.ec, 2008)

Reglamento a la Ley General de Seguros del Ecuador

Art. 1.- La Ley General de Seguros 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 Compañías Valores y Seguros.

La actividad aseguradora regulada por este reglamento, es de naturaleza privada; no obstante, ésta tiene el carácter de interés público.

Art. 2.- El sistema de seguro privado en el Ecuador está integrado por:

- a) Las empresas que realicen operaciones de seguros; b) Las compañías de reaseguros;
- c) Los intermediarios de reaseguros; d) Los peritos de seguros; y, e) Los asesores productores de seguros.

Art. 75.- Las empresas de seguros que ofrezcan al público directamente o por medio de asesores productores de seguros, coberturas que no puedan incluirse en los respectivos contratos o concedan comisiones a los asegurados o realicen en general actos de competencia desleal serán sancionadas con multa, en función de la cuantía del daño causado por la infracción.

La cobertura extendida se incluirá como un anexo a los contratos sólo en el momento de la renovación. (Lexis.com, 2010)

ACCESS

(Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada)

El Estado Ecuatoriano a través de la Función Ejecutiva, crea el ACCESS como un organismo técnico administrativo, con autonomía administrativa y financiera adscrito al Ministerio de Salud Pública con la finalidad de cumplir con la mejora continua de la calidad de la atención en salud y seguridad al paciente de la población ecuatoriana, garantizando establecimientos de salud que brinden servicios eficaces, eficientes y efectivos, de acuerdo a las exigencias de nuestra Constitución de la República e implementándose paulatinamente con ello una "Cultura de la Atención en Salud y Seguridad del Paciente". (Calidadsalud.com.ec, 2015)

MARCO CONCEPTUAL

Seguros de Salud: Es un contrato que brinda a los beneficiarios cobertura de los costos por atención médica y medicinas.

Póliza: Documento escrito que contiene los términos del contrato entre la compañía de seguros y el contratante de la póliza.

Primas de seguros: En el ámbito de los seguros, la prima es el costo del seguro o aportación económica que ha de pagar un asegurado o contratante a una compañía aseguradora por la transferencia del riesgo bajo las coberturas que esta última ofrece a sus clientes durante un determinado período de tiempo.

Preexistencias: Condición, lesión o enfermedad que se manifestó por primera vez antes de la emisión de la póliza.

Factor de riesgo: Cualquier aspecto de la salud, ocupación o actividad del asegurado que podría incrementar la mortalidad o padecimiento de enfermedad.

Carencia: Tiempo de espera definido posterior a la emisión de la póliza durante el cual los gastos médicos en los que incurra el asegurado no tendrá cobertura por la póliza.

Persistencia: La medida de cuánto tiempo una póliza permanece vigente.

Reclamo: solicitud de pago o reembolso bajo los términos de la póliza.

Siniestralidad: Es la expresión numérica y porcentual de la relación existente entre el costo de los accidentes o daños indemnizados por la aseguradora y las primas pagadas.

Cobertura: Es el monto económico que la compañía de seguros estaría dispuesta a asumir en favor del asegurado de presentarse el riesgo cubierto.

Indemnización: Es el importe que está obligado a pagar contractualmente el asegurador en caso de producirse un siniestro, es decir la reposición económica en el patrimonio del asegurado que es afectado por un siniestro.

Estudio de Factibilidad: Análisis para orientar la decisión de continuar o abandonar una idea o proyecto en la parte pre operativa del ciclo. (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros).

Prima Devengada: Parte de la prima que corresponde al periodo de la póliza que ha transcurrido. (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros)

Prima Neta: Primas emitidas por la aseguradora en la que no están incluidos los impuestos. (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros)

MÉTODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación

La investigación de este tema será descriptiva-analítica y de campo, se desarrollará una descripción de las variables que originan el problema, se analizarán las consecuencias para los involucrados se realizará investigación de campo por medio de recolección de información a través de herramientas como encuestas. Se desarrollará el estudio de factibilidad para comprobar la idea a defender de que se pueda implementar una cobertura extendida como estrategia para evitar el problema actual o reducirlo en el futuro.

Enfoque de la Investigación

El enfoque de esta investigación es mixto, cualitativo-cuantitativo, se hará una interpretación de tipo documental tomando en cuenta los antecedentes de clientes que están ligados al problema, análisis de opiniones y recomendaciones de los mismos para que el investigador con estas bases emita su criterio de acuerdo a su percepción y la observación activa por partir de un conocimiento empírico por estar en contacto con las partes afectadas por ser agente de seguros.

Técnicas de Investigación

Se utilizará para esta investigación la técnica de observación activa porque la investigadora forma parte de los integrantes del mercado objeto de este estudio por ser Agente Asesor de Seguros, se utilizará también la técnica de entrevistas y encuestas, la primera se empleará para conocer la opinión de los intermediarios en la comercialización de los Seguros Privados y Medicina Prepagada, la de los directivos de estas empresas con respecto a aprobar la inclusión de una ventaja competitiva que se implemente en conjunto con un Seguro Privado común y la segunda se realizará a los usuarios para saber cuál debería ser la estrategia que mejorará la cobertura en cuanto a extensión de beneficios a usuarios activos o potenciales y que impulse la emisión de primas para beneficio de todos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Para el cálculo de la muestra, fue necesario hacer una segmentación socioeconómica de la población en la ciudad de Guayaquil, agrupando al mercado por estratos sociales e identificando a los grupos objetivos potenciales para la adquisición de este tipo de productos, se determinó que el estudio debía ser enfocado a la Clase Social Media y Alta para la recolección de datos para el análisis del problema y las opiniones sobre cuál sería la opción de la mejor estrategia para recuperar y captar los clientes necesarios para lograr el objetivo de la empresa.

ENCUESTA

Análisis de la Problemática en clientes de Seguro Médico Privado activos y no activos en la Clase Social Media y Alta de la ciudad de Guayaquil.

1.- ***¿De qué condición Socioeconómica se considera usted?***

Media

Alta

2.- ***¿En relación al Seguro de Salud Privado, en qué estatus se encuentra?***

Asegurado Individual

Asegurado Familiar

Nunca Asegurado

Estuvo Asegurado

3.- ***¿Por cuál de las siguientes razones usted nunca ha contratado un Seguro Médico?***

Incapacidad de Pago

Cree no tener riesgo

Se conforma con el Seguro del IESS

No tiene tiempo de analizar un plan

4.- ***¿Por cuál de las siguientes razones usted abandonó su Seguro Médico Privado?***

Incapacidad de Pago

Falta de Siniestralidad

Servicio Ineficiente

Incremento de la Prima

Cobertura Insatisfactoria

5.- ***¿Usted contrataría un Seguro Médico Privado o cambiaría el que tiene actualmente por cuál de los siguientes beneficios?***

Cobertura Dental Completa

Mayor cobertura económica

Atención Preventiva Total

Mejor Servicio

Cobertura a otro familiar no afiliado

INFORME FINAL Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En la recolección de datos, fue evidente que hay un grupo de clientes potenciales, sobre todo porque pertenecen a un prospecto interesante y casi seguro de captar debido a su estrato social, después del análisis a cada una de las preguntas de la encuesta, se determinó que las razones por las que este grupo de estudio no tiene aún una cobertura

médica privada o dejó de tenerla, es debido a la falta de servicio oportuno y eficiente por parte de los agentes e intermediarios de este mercado, falta de seguimiento, de persistencia y de asesoría por parte de la fuerza de ventas, pero sobre todo, falta de información sobre la importancia de contar con una protección para su salud.

La pregunta final de la encuesta se la realizó con la finalidad de que aún a pesar de las diferentes razones por las que el encuestado mantiene o no un Seguro Privado, entendamos qué necesidades adicionales no han sido satisfechas, cuáles son las que motivarían a cambiar o contratar un plan médico y de este modo redireccionar la propuesta y hacer una sinergia entre estas variables para ofrecer un producto que satisfaga por completo al cliente.

De acuerdo al análisis final, la variable más importante para el encuestado en el momento de decidir contratar una póliza, sería en la clase media: *La cobertura a otro familiar no afiliado* con un 50% de respaldo y en la clase alta: *La cobertura dental total* con el 52% de preferencia.

Esta información confirma la necesidad de implementar una estrategia en el plan tradicional de salud, que beneficie tanto al cliente en su requerimiento y la necesidad de incrementar las ventas en este grupo objetivo, tomando en cuenta que se debe escoger como primera alternativa al grupo más numeroso y con la opción de beneficio más conveniente para la empresa, por lo tanto, de acuerdo con este perfil de necesidades, se determinó que, la opción más viable para el desarrollo de la propuesta del estudio de este proyecto es la de Cobertura a otro familiar no asegurado, esta conclusión es debido a las siguientes conclusiones:

- Es la opción con mayor porcentaje de preferencia.
- La segunda opción más escogida (Cobertura Dental Total) es compleja y de alto costo para la empresa.
- Con la cobertura y límites adecuados, será un producto fácil de diseñar.
- Es la opción con mayor preferencia en la clase social con más expectativas.

La clase social elegida para ser nuestro cliente objetivo de este estudio de factibilidad es la clase media, por las siguientes conclusiones:

- Es el grupo objetivo más numeroso de la muestra.
- Tiene el perfil económico adecuado para el producto.
- La mayor parte de su población no cuenta aún con el producto.
- La población que ya cuenta con el producto, es individual y no familiar.

LA PROPUESTA

Implementación de una cobertura extendida para hijos menores de edad no afiliados, en el plan de seguro de salud SIGMA.

COBERTURA EXTENDIDA EN UN PLAN MÉDICO

Introducción

La Cobertura extendida se define como su nombre lo indica, a una “extensión” en la protección que le brinda una póliza común al usuario, esta cobertura se caracteriza por la inclusión de cobertura para hijos no afiliados sin ningún costo adicional al de la prima cotizada normalmente.

Después de un análisis para identificar la mejor propuesta tanto para el usuario como para la empresa, se determinó que el rango de edades de los hijos beneficiarios de los titulares

de póliza deberían ser menores de edad en un rango de entre 4 y 17 años, ya que, según las estadísticas de fuentes propias de la empresa, los niños de estas edades tienen un bajo índice de siniestralidad con respecto a accidentes y no representaría un costo importante para la empresa si el índice se mantiene, por lo tanto, es una alternativa excelente para que el usuario se beneficie con este plus que actualmente ninguna compañía lo tiene y por lo tanto nos proporciona una ventaja competitiva.

Alcance

Este producto está dirigido a los padres de familia de la clase social media típica de la ciudad de Guayaquil, económicamente activo, que aspire a un seguro médico privado.

Objetivo

Diseñar una cobertura extendida adjunto a un plan médico básico que despierte el interés del padre de familia de la clase social media típica de la ciudad de Guayaquil, que genere la cultura de protección médica como necesidad primordial del hogar y finalmente incrementar los ingresos por captación de clientes en este mercado.

Detalle del Plan Elegido

Plan de Medicina Prepagada SIGMA

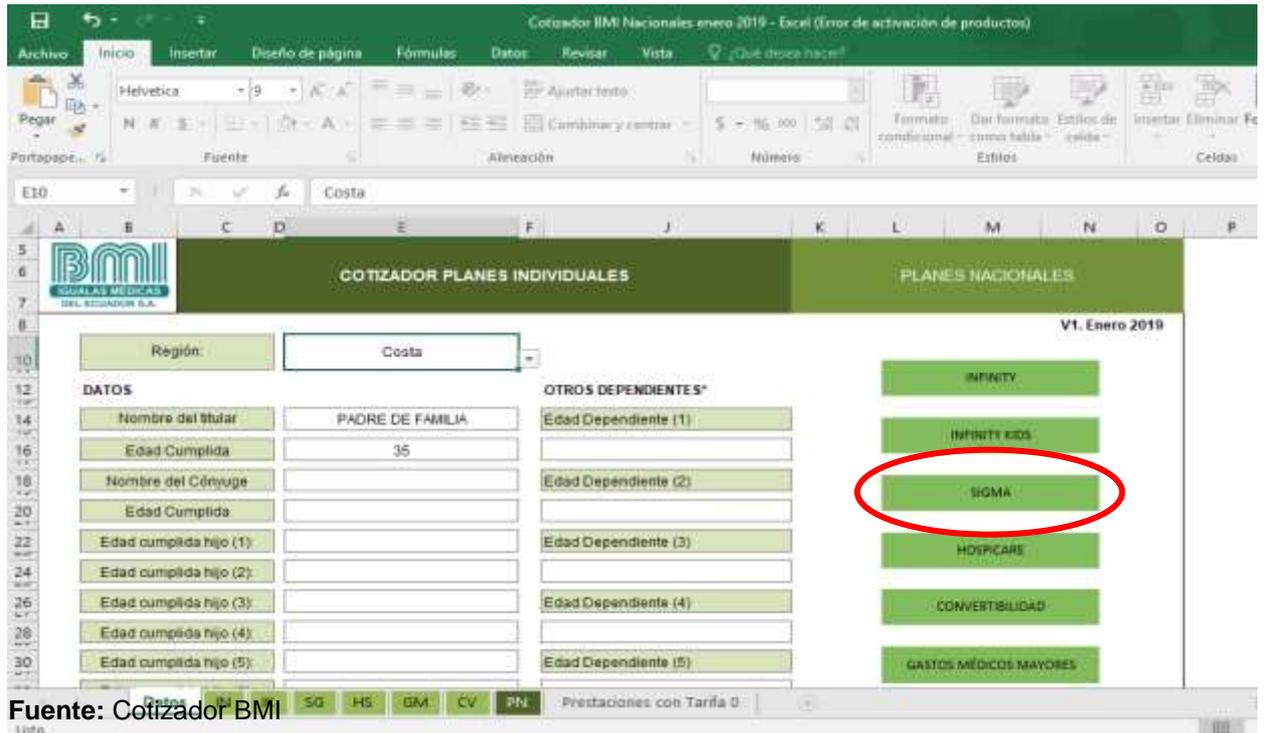
En Ecuador, cada empresa Aseguradora cuenta con un portafolio de planes de seguros médicos, cada uno de ellos con diferentes características, costos y beneficios. El Plan elegido para desarrollar la propuesta de la cobertura extendida es el Plan Médico Privado SIGMA, perteneciente a la compañía BMI, esta compañía se encuentra en nuestro país desde 1997 proporcionando productos de alta calidad, es de origen norteamericano con su oficina principal en Miami, en Guayaquil contamos con su sucursal en el Parque Empresarial Colón.

Entre los planes de BMI en Ecuador tenemos el SIGMA, elegimos este plan para ser complemento del modelo de esta propuesta ya que es el más cotizado y contratado actualmente por ser el más económico y con beneficios que otorgan tranquilidad al cliente debido a su cobertura.

A continuación, exponemos las especificaciones de este plan en una cotización común, para esto sólo necesitamos saber la edad del cliente y el cotizador generará el detalle de la cobertura y los costos para adquirirla, la edad promedio en la que un padre de familia cuenta con capacidad para adquirir un seguro de salud está promediada entre 35 y 45 años, en este caso escogeremos la edad de 35 años, esta empresa no hace diferencias de costos por género en ningún tipo de plan:

El cotizador es un programa en Excel, fácil de manejar y con datos sencillos para registrar como la región, el nombre del cliente y la edad.

Figura 1: Cotizador BMI en Excel.



Fuente: Cotizador BMI

Elaborado: por la Autora

Figura 2: Cotización SIGMA



17 de marzo de 2019

Condiciones del Plan de Atención Integral de Salud Prepagada con cobertura nacional, período de cobertura anual y modalidad abierta:

Titular: PADRE DE FAMILIA 35 años
 Cónyuge:
 Hijos:
 Otros Dependientes:

V1. Enero 2019

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS	COBERTURAS
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	USD 100.000
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras	Como cualquier incapacidad
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	USD 10.000
Periodo de Carencia para atención ambulatoria	30 días
Periodo de Carencia para atención hospitalaria	90 días
Periodo de Carencia para Accidentes, Enfermedades infecciosas, apendicitis y coleditiasis aguda	No Aplica
Periodo de Carencia para Emergencia Médica	24 horas
Periodo de Carencia para Urgencia Médica	24 horas
Periodo de Incapacidad	365 días
Periodo de Acumulación de Cuentas	180 días
Periodo de presentación de siniestros	90 días
Servicio de Ambulancia	USD 100
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Cuarto y Alimento diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 200
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al	100%
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días
Copago por incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Límite de Copago Hospitalario por año por Titular y/o Dependiente	USD 8.000
SERVICIOS AMBULATORIOS	
Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Cobertura en Centros Médicos Ambulatorios con convenio de acuerdo al Anexo de Crédito Ambulatorio y/u hospitalario	100%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de deducible ni copago	USD 1.000
Medicinas al	80%
ATENCIÓN DE EMBARAZO	
Sub límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Aborto no provocado, sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 2.000
Sub límite para Complicaciones de Maternidad	USD 25.000
Sub límite para Complicaciones del Recién Nacido	USD 25.000
Preservación de células madres del cordón umbilical únicamente en proveedores autorizados, sin aplicación de deducible ni Copago	50% de descuento
Periodo de Carencia para inicio de embarazo	60 días
TRASPLANTE DE ORGANOS	
Límite Máximo para Trasplantes de Órganos	USD 50.000
BENEFICIOS ADICIONALES (Luego de período de carencia)	
Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios al	80%
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho al	80%
Anticonceptivos temporales por año contrato por Titular y/o Dependiente	USD 100
Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	USD 120
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera al	80%

CONDICIONES PREEXISTENTES	
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura	
Cobertura para Condiciones Preexistentes declaradas, por persona por año Contrato	
Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas	2 años
Cobertura a partir del 3er año	20 Salarios básicos unificados
Cobertura para condiciones Preexistentes de acuerdo a Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento	
Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.	20 Salarios básicos unificados
Periodo de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad	90 días

Opciones con beneficio de Maternidad				
Deducible por año contrato, por persona	Valor Neto	Contado	Tarjeta de Crédito	Débito mensual
USD 120	\$ 1853 + IMP	\$ 1.700,35	\$ 1.862,33	\$ 155,19
USD 250	\$ 1711 + IMP	\$ 1.570,75	\$ 1.719,77	\$ 143,31
USD 500	\$ 1534 + IMP	\$ 1.408,76	\$ 1.541,58	\$ 128,46

Opciones sin beneficio de Maternidad				
Deducible por año contrato, por persona	Valor Neto	Contado	Tarjeta de Crédito	Débito mensual
USD 1000	\$ 1303 + IMP	\$ 1.198,16	\$ 1.309,93	\$ 109,16
USD 2000	\$ 1055 + IMP	\$ 971,37	\$ 1.060,46	\$ 88,37

Cotización realizada con tarifas Costa.

BENEFICIOS ADICIONALES (Luego de período de carencia)

Se pagará aplicando Deducible y Copago:

1. Vitaminas y alérgenos, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una Incapacidad.
2. Las vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, Sarampión, PVO, Hepatitis A, Hepatitis B, Fiebre Amarilla, Meningitis.
3. Zapatos ortopédicos, una vez por año contrato.
4. Leche Medicada para Dependientes menores de 15 años, siempre y cuando exista un diagnóstico que justifique su prescripción.
5. Plantillas ortopédicas, una vez por año contrato.
6. Medias elásticas, siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.

Se pagará sin aplicar Deducible ni copago:

1. Chequeo ginecológico y un examen de pap test por año contrato, solo para el Titular y/o su Cónyuge o compañero en unión de hecho

PROVEEDORES CON PORCENTAJE DE COBERTURA DIFERENCIADA

PROVEEDORES HOSPITALARIOS	
Copago (Compañía / Titular y/o Dependiente), por Incapacidad hospitalaria: 90%/10%	
QUITO	GUAYAQUIL
Clínica Axxis	Kennedy Alborada
Clínica de especialidades del Sur	Omnihospital
Clínica Pasteur	Clínica Alcívar
Novaclínica	Hospitales de la Junta de Beneficencia
	Clínica San Gabriel
	Clínica Santa María

Fuente: Elaborado por la autora

INCLUSIÓN DE COBERTURA PARA HIJOS NO AFILIADOS

Diseño de la cobertura

La estrategia que se propone como cobertura extendida es la protección en caso de cualquier tipo de accidente que ocasione la necesidad de atención médica, para lo cual podrán solicitar reembolso de gastos médicos y cobertura de gastos hospitalarios con las mismas características del plan contratado por el titular con un límite del 10% del valor de la cobertura de su contrato, es decir, la cobertura original de este plan es de \$100.000 por evento, por año contrato por persona, por lo tanto, la cobertura extendida será de \$10.000 y se extenderá un anexo al contrato del titular con las especificaciones respectivas.

Figura 3 Extensión de cobertura con características iguales a la del contrato del titular.

Periodo de presentación de siniestros	90 días
Servicio de Ambulancia	USD 100
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Cuarto y Alimento diario sin aplicación de Deducible ni Copago	USD 200
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al	100%
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 días
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Límite de Copago Hospitalario por año por Titular y/o Dependiente	USD 8.000
SERVICIOS AMBULATORIOS	
Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80% / 20%
Cobertura en Centros Médicos Ambulatorios con convenio de acuerdo al Anexo de Crédito Ambulatorio y/u hospitalario	100%
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de deducible ni copago	USD 1.000
Medicinas al	80%

Elaborado: Por la autora

La cobertura extendida en este caso se hará sobre todos los hijos de Titulares nuevos o renovantes que cumplan los siguientes requisitos:

- No estar afiliados en ningún seguro de salud privado
- Ser menores de edad, hombre o mujer entre 4 y 17 años
- No ser aficionados o practicar deportes extremos como por ejemplo Parkour, motocross, skateboarding, etc.

Esta cobertura se hará efectiva al momento de ocurrir un accidente que ocasione la necesidad de atención médica.



ANEXO DE COBERTURA EXTENDIDA

Beneficios Adicionales

-Central Médica:

Asistencia médica telefónica las 24 horas del día, 365 días al año.

-Asistencia en Viajes:

Cobertura de igual característica del contrato del titular en caso de emergencias por accidentes ocurridos en viajes, sin deducibles.

-Tiempo de Carencia:

La cobertura se realizará sin periodo de espera.

Exclusiones:

La cobertura no se realizará en los siguientes casos:

- Preexistencias o eventos antes de la vigencia del contrato
- Cuando la póliza del titular se encuentre en estado de mora
- Cuando el evento sea causado por actos premeditados como intento de suicidio.

1. nombre y apellido del contratante:

2. Número de contrato

Esta cobertura extendida está diseñada para menores de edad entre 4 y 17 años que no consten en las pólizas de nuevos clientes o próximos renovantes de esta empresa de salud o de alguna otra empresa de medicina prepagada. Los beneficios de esta cobertura están

sujetos a todos los términos, provisiones, exclusiones y restricciones descritos en la póliza del titular contratante con respecto a los gastos cubiertos en caso de un accidente.

DESCRIPCIÓN

- Atención médica telefónica
- Asistencia médica en viajes
- Servicio de Ambulancia Aérea o Terrestre
- Servicio de médico a domicilio
- Enfermera en el hogar
- Equipos médicos duraderos, prótesis y Equipos ortopédicos
- Atención médica ambulatoria y Hospitalaria
- Medicinas
- Exámenes de imágenes y laboratorio
- Cirugías
- Trasplantes
- Rehabilitación

3. Menores Asegurados

4. Edad

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

5. Firma del contratante

6. Firma representante de la empresa

-----	-----
-------	-------

De acuerdo al estudio de factibilidad realizado, se determina que la propuesta es viable en el aspecto Legal, Organizacional, de Mercado y por último Financiero, ya que las proyecciones calculadas de acuerdo al presupuesto de ventas que se elaboró al inicio de esta investigación y que fue requerido para llegar al porcentaje de persistencia que la empresa necesita mantener cada año en este segmento socioeconómico de la clase Media Típica reflejaron que la cobertura extendida al Plan Médico SIGMA obtendrá una Utilidad aproximada de \$2.171.920, por lo que se determina que la empresa BMI Iguales Médicas del Ecuador debería iniciar la puesta en marcha del proyecto.

Que este beneficio se ofrezca sin un costo adicional para el cliente es la fórmula de éxito en la confiamos, la información obtenida de este estudio nos confirma la necesidad urgente de implementar siempre una mejora continua en cuanto al servicio y los beneficios que se ofrecen considerando que esta propuesta está destinada a satisfacer a un mercado que puede expandirse con las estrategias adecuadas y en donde es necesario establecer la cultura de prevención de riesgos en el tema de la salud como prioridad para el bienestar de la familia ecuatoriana.

La decisión de no tomar un seguro médico no sólo afecta a las familias por estar desprotegidas ante una necesidad básica como gozar de completa salud y bienestar, afecta a toda la sociedad en general, sobre todo por su implicación en la evolución de la economía como negocio en potencia, esta parte del mercado es un componente de riqueza para el país, financiamiento de inversiones, cambios en las balanzas de pagos, es parte de la estructura del Sistema Financiero.

Figura 4: Sistema Financiero Ecuatoriano



Fuente: tusfinanzas.ec

Afecta a toda la cadena del mercado de seguros como lo son las entidades aseguradoras, reaseguradoras, los intermediarios o bróker, los agentes de seguros, las instituciones de prestaciones de servicios médicos, los profesionales de la medicina, entidades tributarias, etc.

CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue evaluar la factibilidad de la implementación de un beneficio de cobertura extendida complementado a un Seguro Médico Privado tradicional que genere el incremento que necesita la empresa BMI Iguales Médicas del Ecuador para recuperar su nivel de captación y de persistencia en el mercado de la Clase Socioeconómica Media Típica de la ciudad de Guayaquil, el diseño de este producto se lo elaboró en base a una necesidad expresada por las personas que conforman es estrato social, se lo estructuro de acuerdo al análisis de las encuestas realizadas inicialmente a dos grupos con el perfil potencial para este tipo de productos que fueron la Clase Social Media y la Clase Alta de la Población.

La estimación del tamaño potencial para este beneficio se determinó debido a que en primera instancia la empresa BMI presenta una disminución de su cartera en los clientes pertenecientes a la clase media típica y el análisis de la encuestas realizadas dieron como resultado de que el 80% de este segmento de la población no cuenta con un Seguro Médico Privado y que la mayoría de las personas encuestadas de este grupo objetivo dio como resultado que el beneficio con el que se lograría el interés de compra del jefe de hogar o padre de familia se manifestaba en la necesidad de darle protección médica a sus hijos menores de edad.

En base a esto, hay una buen pronóstico en cuanto a la captación de este mercado ya que los cálculos de la estimación concluyeron en que existen 48.760 hogares sin cobertura médica privada, que la necesidad inmediata de la empresa es recuperar un mercado de 1715 clientes por lo mínimo para mantener su porcentaje de persistencia en pólizas lo cual se puede generar si se logra por lo menos el 4% de la penetración en estos hogares, lo que produciría ingresos aproximados de 3.208.627,80 para la empresa y por lo tanto se aconseja el inicio de la implementación de la cobertura extendida.

RECOMENDACIONES

Es importante que el producto se difunda no sólo por medio del Agente de Seguros, debe evaluarse la posibilidad de que a corto plazo se diseñen estrategias de marketing digital y generar el incremento de audiencia por medio de redes sociales.

La capacitación del Agente no sólo debería enfocarse al conocimiento del producto, el mantenimiento de los clientes también depende de manera importante del servicio que perciban por parte de su asesor, por lo tanto, las capacitaciones siempre deberían estar complementadas con la calidad del servicio al cliente.

Se debe analizar la implementación de este tipo de estrategias a otros planes médicos de la compañía y a otros segmentos del mercado dependiendo del perfil del cliente con el fin de obtener estos beneficios en todo el portafolio de productos.

BIBLIOGRAFIA

- Albuja, P. (21 de Mayo de 2018). Mercado de salud prepagada se contrajo. (D. E. Comercio, Entrevistador)
- Álvarez, J. J. (Julio de 2017). Especiales. (R. Ekos, Entrevistador)
- Calidadsalud.com.ec. (2015). *www.calidadsalud.com.ec*. Obtenido de <http://www.calidadsalud.gob.ec/>
- Canguilhem, G. (1968). *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cosede.com.ec. (2008). *www.codese.gob.ec*. Obtenido de <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/REGLAMENTO-A-LA-LEY-GENERAL-DE-SEGUROS.pdf>
- Desarrollo, M. d. (3 de Mayo de 2010). *Scielosp.org*. Obtenido de Scielos: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s177-s187/>
- Guerri, M. (14 de Mayo de 2018). *psicoactiva.com*. Obtenido de www.psicoactiva.com: <https://www.psicoactiva.com/blog/80-frases-de-hipocrates-sobre-salud-y-medicina/>
- Legales, E. (2015). *www.fielweb.com*. Obtenido de www.uteq.edu.ec: <http://www.uteq.edu.ec/lotaip/lotaip/pdf/literala2/REGLAMENTOSYLEYESEXTERNAS/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>
- Lexis.com. (2010). *www.lexis.com*. Obtenido de <http://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/REGLAMENTO-A-LA-LEY-GENERAL-DE-SEGUROS.pdf>
- Salas, P. (Mayo de 2018). Mercado de las salud se contrajo. (D. E. Comercio, Entrevistador)
- Suarez, A. L. (enero de 2012). *Scribd*. Obtenido de www.Scribd.com: <https://es.scribd.com/doc/41342422/Historia-y-evolucion-del-seguro>
- UNASUR, I. (junio de 2012). *ISAGS UNASUR*. Obtenido de www.Isags Unasur.com: <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>