



ESCUELA DE NEGOCIOS

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Mejoramiento de los procesos de control preventivo para la disminución de siniestralidad en una Compañía de Medicina Prepagada en la ciudad de Quito.

Profesor

Claudio Marcelo Arcos Proaño

Autora

Karen Sofía Vallejo Bravo

2022

Resumen

Las aseguradoras pagan los siniestros generados por sus clientes en base a las condiciones de su cobertura especificadas en su seguro, cuando los controles de las compañías son insuficientes o existen ineficiencias en los procesos operativos respecto a estos reclamos existe la probabilidad que existan gastos que no deban ser cubiertos ya sea porque no cumplen las condiciones de contrato o simplemente forman parte de sistemas más complejos que perjudican a las compañías.

Existen factores internos y externos que afectan el impacto de la gestión de atenciones médicas respecto al costo para este tipo de compañías las que pueden ser un determinante que influya en el incremento en costos si no son adecuadamente conocidos, gestionados, administrados, y controlados, impactaran a un corto plazo a la compañía.

En investigaciones realizadas por entidades especializadas se habla que el promedio de fraude (y error) a nivel global en el sector salud (seguros) está en un una base mínima del 4.23% de perdidas por año, es decir que aproximadamente 1 de cada 30 reclamaciones se identifica como fraudulenta según una ultimas revisiones realizadas que fueron publicadas en "The Financial Cost of Healthcare Fraud – 2017 Report.

Bajo estas circunstancias las hipótesis de la existencia de deficiencias en los procesos de control interno se fortalecen en especial en Compañías del sector de medicina prepagada ya que los costos de reclamos medidos respecto a las primas (ingresos) se conocen como siniestralidad y corresponden al principal rubro de gasto de estas compañías. Los Reembolsos en organizaciones de este tipo en el Ecuador (muestra cercana al 80% de las compañías por nivel de ingreso para 2019 y 2020 que están en un rango del 50% al 70% de sus ingresos) (SCVS, 2021).. Hablando de un tamaño de mercado de US\$558 – US\$577 millones de dólares, si de esto cerca de un 3.5% hasta incluso un 10% de los

reclamos son fraudulentos o son resultado de errores van de US\$22 a US\$58 Millones de dólares en el Ecuador en este ramo.

Dada esta realidad se hace evidente que cualquier Compañía debe tomar acciones inmediatas para minimizar el impacto que representan estos costos de siniestros evaluados por medio de manuales de control, suscriptores de riesgo, modelos analíticos y predictivos , procesos de auditoría médica técnica y liquidación de reclamos que permitan evaluar si estos costos son razonables y acostumbrados, y no son consecuencia de errores por procesos internos inadecuados, descuidos, fallas de control interno o fraude no detectado.

Este estudio plantea estrategias basadas en la implementación de protocolos de auditoría interna para las operaciones recurrentes en base proceso administrativos formales que permitan identificar, evaluar o medir, controlar, ajustar o mitigar y supervisar los distintos factores de riesgo dentro de las competencias y responsabilidades del proceso de liquidación de prestaciones médicas y de esta forma aportar a mejorar los resultados de la Compañía a Largo Plazo.

Abstract

Insurers pay the claims generated by their clients based on the conditions of their coverage specified in their insurance when the controls of the companies are insufficient or there are inefficiencies in the operational processes regarding these claims, there is a probability that there will be expenses that should not be covered either because they do not meet the conditions of the contract or are simply part of more complex systems that harm companies.

There are internal and external factors that affect the impact of medical care management on the cost of this type of company, which can be a determinants that influences the increase in costs if they are not properly known, managed, administered, and controlled, they will impact in the short term to the company.

In investigations carried out by specialized entities, it is said that the average fraud (and error) globally in the health sector (insurance) is on a minimum basis of 4.23% losses per year, that is to say, that approximately 1 out of every 30 claims is identified as fraudulent according to a recent review that was published in "The Financial Cost of Healthcare Fraud – 2017 Report.

Under these circumstances, the hypotheses of the existence of deficiencies in the internal control processes are strengthened, especially in companies in the prepaid medicine sector, since the costs of claims measured concerning premiums (income) is known as claims and corresponds to the main item expense of these companies. Reimbursements in organizations of this type in Ecuador (shows close to 80% of companies by income level for 2019 and 2020 that are in a range of 50% to 70% of their income) (SCVS, 2021). Speaking of a market size of US\$558 – US\$577 million dollars, if of this about 3.5% to even 10% of the claims are fraudulent or the result of errors they range from US\$22 to US\$58 million dollars in Ecuador in this branch.

Given this reality, it becomes evident that any Company must take immediate action to minimize the impact represented by these costs of claims evaluated through control manuals, risk underwriting, analytical and predictive models, technical medical audit processes, and settlement of claims that assess whether this costs is reasonable and customary, and are not the result of errors due to inadequate internal processes, oversights, internal control failures or undetected fraud.

This study proposes strategies based on the implementation of internal audit protocols for recurring operations based on formal administrative processes that allow identifying, evaluating or measuring, controlling, adjusting or mitigating and supervising the different risk factors within the competencies and responsibilities of the process. settlement of medical benefits and thus contribute to improving the long-term results of the Company.

Introducción

El Sector de Medicina Prepagada en el Ecuador forma parte del sistema nacional de Salud como instituciones y sociedades financieras cuyo objeto legal se basa en el financiamiento de servicios de medicina bajo la modalidad de seguros médicos, la mayor parte de los costos de estas compañías se dan por los costos de atenciones médicas lo que es uno de los principales disparadores de resultados en este tipo de compañías.

Este estudio abarcará un enfoque hacia la mejora de acciones que permitan conocer a la Compañía y sus riesgos y brindar un enfoque claro para tomar acciones que permitan minimizar riesgos y maximizar los resultados para esto se plantean los siguientes contenidos en una breve instrucción por capítulo:

Capítulo 1: Entendimiento respecto al objeto de estudio un entorno de control interno, errores operativos, fraude, estudios similares y objetivos que busca lograr esta investigación en los procesos internos de la Compañía.

Capítulo 2: Conocimiento de la Industria, competencia, entorno hasta llegar a un entendimiento propio de las condiciones de mercado, financieras, operativas y de procesos relacionados con esta investigación en la Compañía.

Capítulo 3: Funcionamiento de la Estrategia Comercial y de Marketing, Cadena de Valor, Operación y procesos del área investigada, resultados financieros y definición de la Estrategia de alto impacto objeto de estudio.

Capítulo 4: Diseño de propuesta de mejora de alto impacto en la Compañía, desde la priorización de acciones, procesos y procedimientos, acciones, recursos, indicadores hasta la simulación de resultados financieros por aplicación de propuesta

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones resultado de la Investigación incluyendo anexos, tablas, cuadros y bibliografía.

Tabla de contenido

Resumen.....	2
Abstract	4
Introducción	6
Índice de Gráficos.....	12
Índice de Tablas.....	14
Índice de Anexos:	14
1. CAPÍTULO 1:	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Objetivos	17
1.2.1. Objetivo General	17
1.2.2. Objetivos Específicos:.....	17
1.3. Hallazgos de la revisión de la literatura relacionada con el tema planteado	18
1.3.1 Control Interno en las compañías de Seguros.....	18
1.3.2 Detección de Fraude y Error.....	20
1.3.3 Costo de Reclamos procesos de Control en compañías de Seguros:.....	21
1.3.4 El Fraude y el Error en las Organizaciones de Seguros:.....	22
1.4. Proyectos similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.....	24
1.5. Conclusiones del Capítulo	25
2. CAPÍTULO 2:	27
2.1. Entorno Político y Macroeconómico.....	27
2.1.1. Evaluación PESTEL	27
2.2. Análisis de la Industria - Sector	28
2.3. Tamaño del Sector - Industria	30
2.3.1. Tamaño y Crecimiento de la Industria	31
2.3.2. Ciclos de estacionalidad o económicos.....	32
2.4. Análisis de competencia – fuerzas de PORTER	33

2.4.1.	Amenazas de entrada de nuevos competidores (baja):.....	33
2.4.2.	Rivalidad entre Competidores (alta):	34
2.4.3.	Fuerza de negociación en los Clientes (baja):	35
2.4.4.	Posición de fuerza de Proveedores (medio):	35
2.4.5.	Productos sustitutos (alto):	36
2.5.	Análisis de la situación actual de mercado o Investigación de Mercado.....	37
2.5.1.	Objetivo de Investigación, objetivo de mercado:	37
2.5.2.	Objetivos de Investigación	39
2.5.3.	Metodología de Investigación	39
2.5.4.	Fuentes de Información e Instrumentos de Recolección de datos.....	39
2.5.5.	Población y muestra.....	40
2.5.6.	Definiciones.....	40
2.5.7.	Resultados del análisis cuantitativo	42
2.5.8.	Análisis cualitativo.....	45
2.5.8.1.	Entrevistas con expertos	45
2.5.8.2.	Hallazgos respecto al Proceso de Liquidación y Auditoria y Riesgos en Siniestralidad	46
2.5.8.2.1.	Factores Externos (hallazgos) que son causas de Incremento de Costos:	46
2.5.8.2.2.	Factores Internos (hallazgos) que son causas de Incremento de Costos:.....	47
2.5.8.2.2.1.	Hallazgos en Suscripción:	48
2.5.8.2.2.2.	Hallazgos en Proceso:.....	48
2.5.8.2.2.3.	Hallazgos en Conocimiento de Personal:	49
2.5.8.2.2.4.	Evaluación de Riesgos:	50
2.6.	Estrategias de Mercado.....	50
2.6.1.	Filosofía	50
2.6.2.	Principios y Valores Organizacionales.....	51
2.6.3.	Estrategia.....	52
2.6.4.	Tipo de empresa, estado legal actual; Socios participantes.	53

2.6.5.	Estructura Organizacional	54
2.6.6.	Ventaja competitiva	54
2.6.7.	Estrategia de posicionamiento.....	55
2.7.	Conclusiones del capítulo.....	55
3.	CAPÍTULO 3:	57
3.1.	Funcionamiento de las Estrategias de la Compañía:.....	57
3.2.	Funcionamiento de Estrategias de Penetración y posicionamiento:.....	57
3.2.1	Penetración	58
3.2.2	Canales de distribución:	58
3.2.3	Posicionamiento:.....	59
3.3.	Estrategias de precios	59
3.3.1	Notas Técnicas:.....	59
3.3.2	Precios:	60
3.4.	Estrategias de Promoción y Comunicación:	60
3.5.	Funcionamiento de la estrategia operativa	62
3.5.1	Descripción del proceso:	62
3.5.1.1	Cadena de Valor	62
3.5.1.2	Operaciones – Core de Liquidación de Reclamos	63
3.5.1.3	Conocimiento del Proceso de Liquidación y Auditoria	65
3.5.2	Capacidad instalada y Productividad:	67
3.5.2.1	Equipo asignado al Proceso.....	67
3.5.2.2	Gestión y Capacidad	67
3.5.2.3	Productividad	70
3.6.	Situación financiera actual:	71
3.7.	Análisis FODA	76
3.8.	Definición de la estrategia específica planteada para el mejoramiento de alto impacto	77
3.9.	Conclusiones del Capítulo	81

	10
4. CAPÍTULO 4:	83
4.1. Supuestos a considerar para la elaboración de la propuesta:	83
4.2. Objetivos de crecimiento y/o financieros de la mejora propuesta:	83
4.3. Diseño y desarrollo de la opción de mejora propuesta	84
4.3.1 Priorización de Riesgos Relevantes:	85
4.3.2 Entendimiento del Riesgo Relevante:	85
4.3.3 Enfoque en procesos críticos:	85
4.3.4 Enfoque Financiero:	85
4.3.5 Especialista en el negocio:.....	85
4.3.6 Planes de Auditoria elaborados de forma integral:	85
4.3.7 Sugerir Indicadores:.....	86
4.3.8 Genera valor:.....	86
4.4. Flujo y Proceso propuesto:.....	86
4.4.1 Primera Etapa (Plan de Auditoría):.....	87
4.4.2 Segunda etapa (Ejecución de Auditoría)	87
4.4.3 La tercera etapa (ejecución de la auditoria)	88
4.4.4 Cuarta etapa (Comunicar e Informar Resultados)	88
4.4.5 Quinta etapa (seguimiento de Planes de acción).....	88
4.5. Simulación de procesos evaluados y acciones de mejora.....	89
4.5.1. Hallazgos detectados en evaluaciones específicas:	89
4.5.2. Acciones de mejora:	89
4.6. Indicadores sobre el nuevo proceso	90
4.7. Análisis Financiero de la propuesta de mejora	92
4.8. Resultados Proyectados de la compañía.....	94
4.9. Conclusiones del capítulo:.....	95
5. CAPÍTULO 5:	96
5.1. Conclusiones.....	96
5.2. Recomendaciones	97

Bibliografía 99

Anexos..... 104

Índice de Gráficos

Gráfico 1 : Instituciones que forman parte de las CSS.....	29
Gráfico 2 Indicadores de oferta: Valor Agregado Bruto (VAB) de la salud Participación respecto al PIB, valores constantes periodo 2007-2019.....	29
Gráfico 3 Histórico de Resultados de Compañías de Medicina Prepagada 2018 -2020	30
Gráfico 4 Proyección de Resultados de Compañías de Medicina Prepagada 2021 - 2023.....	32
Gráfico 5 Participación del Ingreso de las Compañías de Medicina Pre Pagada 2020	34
Gráfico 6 Histórico de Ingresos y Reembolsos de la Compañía de Medicina Pre Pagada	38
Gráfico 7 Histórico de Siniestralidad de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021	42
Gráfico 8 Peso por pago en enfermedades por año de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021.....	43
Gráfico 9 Peso por Tipo de Enfermedad en la Siniestralidad por mes de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021	44
Gráfico 10 Evolución de Siniestralidad por tipo de Enfermedad de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021	44
Gráfico 11 Desvíos de Siniestralidad por tipo de Servicio de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021	45
Gráfico 12 Filosofía Empresarial.....	51
Gráfico 13 Modelo Canvas de la Compañía	52
Gráfico 14 Organigrama de la Compañía.....	54
Gráfico 15 Cadena de Valor de la Compañía	63
Gráfico 16 Organigrama de Operaciones.....	64
Gráfico 17 Proceso de Operaciones – Liquidación y Pago de Reclamos.....	65
Gráfico 18 Flujograma del proceso de Liquidación de Siniestros.....	66
Gráfico 19 Volumen de Créditos Emitidos 2021.....	68

Gráfico 20 Volumen de Liquidaciones y Procesos por HC realizadas por tipo 2021	69
Gráfico 21 Resumen de Productividad de Área	70
Gráfico 22 Índice Combinado Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021.....	73
Gráfico 23 Matriz FODA de la Compañía.....	77
Gráfico 24 Gráfico de Ahorros vs Proyectado por proyecto 5 años.....	94

Índice de Tablas

Tabla 1 Sub-Áreas y Recursos HC 2021	67
Tabla 2 Resumen Estadístico de Créditos Emitidos.....	68
Tabla 3 Resumen Estadístico de Reembolsos Liquidados	69
Tabla 4 Estado de Resultados Resumen 2019-2021	71
Tabla 5 Balance General Resumen 2019-2021	72
Tabla 6 Estado de Flujos de Fondos de la Compañía 2019-2021	74
Tabla 7 Principales Indicadores Financieros de la Compañía 2019-2021	75
Tabla 8 Indicadores de Crecimiento de costos.....	91
Tabla 9 Indicadores de Crecimiento de costos por línea de Negocio.....	92
Tabla 10 Análisis de Costos del Proyecto, evaluación de Flujos 5 años	93
Tabla 11 Proyección de Resultados Costo vs Ahorro PG compañía a 5 años con proyecto	93
Tabla 12 Proyección de Resultados PG compañía a 5 años con proyecto.....	94
Tabla 13 Resumen de Entrevistas a expertos.....	114

Índice de Anexos:

Anexo 1 Matriz Pestel de evaluación de la Compañía	104
Anexo 2 Matriz Fuerzas de Porter	108
Anexo 3 Matriz de hallazgos.....	118

1. CAPÍTULO 1:

1.1. Antecedentes

El presente estudio utiliza, entre otras, información confidencial de la compañía objeto de esta investigación, razón por la cual se omite el nombre en sí, y para el revelar información aplicable en este estudio se utilizará el término la “Compañía”.

La “Compañía” es una entidad de servicios de Atención Integral de Salud Prepagada, cuyo objeto social único es el financiamiento (cobertura) de los servicios médicos, asumiendo los costos de las prestaciones sanitarias contractualmente estipuladas hacia sus clientes, bajo la modalidad de seguro médico.

La “Compañía” se compromete a pagar los gastos en los que incurran los beneficiarios de sus planes, de acuerdo con las cláusulas y requisitos determinados en sus contratos de acuerdo a las condiciones sanitarias, procedimientos, aranceles y tarifarios, que corresponden a ser reconocidos como los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados. (HUMANA S.A., 2016) El porcentaje de cobertura, límites y condiciones dependerá del tipo de contrato escogido por el cliente en red abierta, cerrada o mixta, dependiendo de la cobertura en libre elección, vía crédito o bajo la modalidad de reembolso.

Los costos de estos reclamos medidos respecto a las primas (ingresos) se conocen como siniestralidad y corresponden al principal rubro de gasto de estas compañías. Los Reembolsos en organizaciones de este tipo en el Ecuador (muestra cercana al 80% de las compañías por nivel de ingreso para 2019 y 2020 que están en un rango del 50% al 70% de sus ingresos) (SCVS, 2021).. Tamaño de mercado de US\$558 – US\$577 millones de dólares, si de esto cerca de un

3.5% hasta incluso un 10% de los reclamos son fraudulentos o son resultado de errores van de US\$22 a US\$58 Millones de Dólares en el Ecuador.

La “Compañía” actualmente ocupa el tercer lugar en el ranking de empresas de Medicina Prepagada en Ecuador, con un rubro de ingresos esperado para 2021 de US\$82 Millones y un monto de reclamos equivalente al 74% de Índice de Siniestralidad el cual es mayor a 2020 y está por completo fuera de los rangos esperables de mercado... El año 2021 se volvió crítico dado el nivel de siniestralidad lo que llevó a la compañía a generar pérdidas que ascienden desde US\$600,000 hasta US\$800,000 por mes. (Humana S.A., 2021) Dada esta realidad se hace evidente que la Compañía debe tomar acciones inmediatas para minimizar el impacto que representan estos costos de siniestros evaluados por medio de procesos de auditoría y liquidación de cuentas que permitan evaluar si estos son razonables, y no son consecuencia de errores por procesos internos inadecuados, descuidos, fallas de control interno o fraude no detectado.

En investigaciones realizadas por entidades especializadas se habla que el promedio de fraude (y error) a nivel global en el sector salud (seguros) está en una base mínima del 4.23% de perdidas por año, según una últimas revisiones realizadas en 2017 es equivalente a \$4.39 billones de dólares al nivel mundial y publicadas en "The Financial Cost of Healthcare Fraud – 2017 Report.

Bajo estas circunstancias las hipótesis de la existencia de deficiencias en los procesos de control interno se fortalecen en la Compañía por lo que el mejoramiento de los procesos de control preventivo para la disminución de siniestralidad en el área de Liquidaciones y Auditoría Médica toma gran importancia en la búsqueda de minimizar pérdidas para la Compañía.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Lograr establecer nuevos procedimientos de control interno en el área de Liquidaciones y Auditoría Médica en una compañía de Medicina Pre Pagada en la ciudad de Quito, que permitan la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de procesos para lograr disminuir efectos de posibles errores y así minimizar los efectos de las pérdidas por un inadecuado proceso de gestión de riesgos y a través de esto se puedan mejorar los resultados de la compañía relegando mejoras en los índices de siniestralidad.

1.2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar de forma clara si el problema de estudio ha sido foco de alerta previamente por la compañía o por terceros desde la visión riesgos o control interno y si es funcionalmente viable la aplicación de mejoras resultado del Estudio en la compañía para futuro.
2. Realizar una evaluación de la situación actual de la compañía que comprenda entorno en el que opera, regulaciones, competencia, estructura de sus operaciones y mercado.
3. Analizar desde la perspectiva del negocio las estrategias que aplica la Compañía en la cadena de valor, su situación financiera y procesos aplicables al objeto de esta investigación y su impacto esperado.
4. Proponer y desarrollar el modelo que permitirá la mejora en los procesos de control interno para la disminución de siniestralidad en la Compañía para el año 2022.

5. Determinar las conclusiones y recomendaciones aplicables a la compañía frente a los procesos actuales y la propuesta de mejora planteadas.

1.3. Hallazgos de la revisión de la literatura relacionada con el tema planteado

Ya que el objeto del tema planteado tiene relevancia respecto a la gestión de riesgos que son la combinación de probabilidad de generar un acto, hecho o suceso de forma fortuita o asociado a la operación de la compañía y sus consecuencias positivas (que generan beneficios) y son oportunidades o negativas (que generan pérdidas) y son amenazas para posterior a evaluar lo correspondiente a temas de control interno (CM Comunidad de Madrid Gestión de Riesgos, 2022)

1.3.1 Control Interno en las compañías de Seguros

Según definiciones ampliamente difundidas respecto a la gestión de riesgos basadas en el Marco Integrado COSO y el COSO (ERM) que definen al Control Interno como los procesos que son diseñados y ejecutados por los directores, administradores, alta dirección y el personal de una compañía para proporcionar un nivel razonable de certeza respecto a la consecución de sus metas y objetivos a cualquier nivel en la organización (Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission COSO, Mayo 2013) basado en ciertas condiciones de su operación como son:

- Eficiencia y eficacia de todas las operaciones
- Confiabilidad respecto a la información financiera
- Cumplimiento sobre las leyes y normas que la rigen a nivel local e internacional
- Aplicado hacia 8 componentes de principio a fin de las operaciones:
- Ambiente de control
- Establecimiento de objetivos, tácticos., operativos, estratégicos de cumplimiento y de comunicación.
- Identificación de eventos, que pueden impactar el cumplimiento de objetivos.

- Evaluación de Riesgo: identificación, análisis y priorización de los riesgos
- Respuesta al riesgo
- Actividades de control aplicables que corresponde a políticas, actividades y procedimientos frente a estos.
- Información y comunicación
- Supervisión (Committee of Sponsoring Organizations of Treadway Commission COSO, Mayo 2013)

Todos estos componentes de Control Interno buscan minimizar los impactos negativos que los riesgos pueden mostrar y a los que las compañías están expuestas y tienen como efectos pérdidas. Los costos de siniestros son el principal rubro de gasto (riesgo) para este tipo de compañías y deben cumplir las normas adecuadas amparados en aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, Reglas de Control Interno incluso Normas de Auditoría.

Las compañías de seguros de forma general cuentan con manuales, procesos y políticas alineadas a los temas de Control Interno y NIIF's que permiten al personal a cargo de la liquidación o auditoría médica respecto a los de siniestros realizar los sus procesos, actividades y determinar las responsabilidades en la búsqueda de evaluar si los reclamos de los afiliados tienen o no que ser cubiertos amparados en las condiciones de sus contratos.

Así mismo ciertas compañías en especial las más grandes a nivel mundial, u otras de reaseguros han creado manuales, suscriptores, modelos analíticos que permiten evaluar estos riesgos de forma coordinada y ordenada para determinar incluso de forma adecuada si se deben realizar ajustes a los procesos, modificación de precios o incluso crear nuevos productos evaluando de forma

constante si la prima es razonable de forma suficiente y permite cubrir la operación como tal.

1.3.2 Detección de Fraude y Error

Las compañías aseguradoras deben implementar acciones que permitan minimizar esos riesgos creando procesos de control, sistemas de manejo de información, programas, auditorias, mecanismos y hasta algoritmos, que permitan determinar alertas tempranas para generar controles que mitiguen tipo de riesgos.

Para controlar eventos considerados como fraudulentos o riesgosos se plantea el conocer, enfrentar y proponer un método que permita prevenir o detectar de forma activa y previo a cualquier pago la información de forma adecuada brindando conocimiento y programas incluyendo procesos adecuados a las áreas que controlan, liquidan y pagan los eventos (siniestros).

El uso de aprendizaje automático, desarrollo de metodologías como herramientas que generan alertas sobre riesgos de fraude se están volviendo comunes en regiones con alta incidencia de este tipo de delitos, y que hacer frente a ellos, el uso de la investigación, generación de modelos, correlaciones y una adecuada plataforma que permita administrar la data de forma segura y en concordancia con las nuevas regulaciones respecto a la privacidad son acciones que hoy en día están tomando las compañías de seguros y reaseguros en el mundo para prevenir actos delictivos que pueden ser considerados como fraudulentos. (Reinsurance Group of America, Incorporated RGA, 2018)

Adicional a esto las entidades cuyo giro de negocio se basa en la administración de riesgos tienen que implementar de forma altamente efectiva procedimientos de control que permitan la implementación de acciones disuasivas o permitan prevenir el fraude. Dichas acciones serán una clara señal de la organización, sus

directores y la alta gerencia para neutralizar cualquier amenaza que una crisis puede traer y una forma altamente efectiva de recuperar la rentabilidad de la organización. Si la compañía mantiene procesos de control efectivos o es capaz de identificar esquemas de fraude, es consecuencia directa el eliminar los costos ocultos que se venían generando a consecuencia de esto y la organización es capaz de recuperar incluso incrementar el resultado de la última línea del Balance. (Walter Larriva, ND)

1.3.3 Costo de Reclamos procesos de Control en compañías de Seguros:

Las Aseguradoras pagan los siniestros generados por sus clientes en base a las condiciones de su cobertura especificadas en su seguro, cuando los controles de las compañías son insuficientes o existen ineficiencias en los procesos operativos respecto a estos reclamos existe la probabilidad que hayan gastos que no deban ser cubiertos ya sea por que no cumplen las condiciones de contrato o simplemente forman parte de sistemas más complejos ya sean manejados por clientes (beneficiarios) o propios empleados en la organización quienes buscan beneficio propio que desencadena en pagos indebidos, o son consecuencia de errores no determinados por fallas operativas, políticas mal aplicadas y procesos internos inadecuados.

De acuerdo a investigaciones realizadas en 2017 por *Reinsurance Group of America, Incorporated, "RGA" respecto al fraude de reclamos en compañías de seguros a nivel mundial* quien muestra que del 3-4% de todas las reclamaciones son fraudulentas; o dicho de otra manera, aproximadamente 1 de cada 30 reclamaciones se identifica como fraudulenta. (Reinsurance Group of America, Incorporated RGA, 2018)

Otras investigaciones realizadas hablan que el promedio de fraude (y error) a nivel global este en, un rango del 4.23% al 5.59% del gasto en el sector salud pierde, cada año, según una revisiones realizadas en 2017, Equivalente a \$ 4,39 billones de dólares y publicadas en "The Financial Cost of Healthcare Fraud – 2017 Report

Según la evidencia, está claro que el fraude y las pérdidas por error en cualquier organización deberían ser actualmente menos del 3%, probablemente casi el 6% de lejos y en casos más críticos es más del 10%. Estaría mal ir mucho más lejos respecto a impactos de rentabilidad mucho más en reputación ya que en términos de predecir en qué parte de estos rangos de pérdidas es el punto ideal para una organización o cual es el porcentaje manejable de este tipo de incidentes, sin información específica cualquier organización debe invertir a fuerza respecto a formas de mejorar sus procesos para minimizar los errores y protegerse contra el fraude. (Crowe Horwath International, 2017)

1.3.4 El Fraude y el Error en las Organizaciones de Seguros:

Las conductas fraudulentas son parte de la naturaleza del ser humano, es decir son inherentes a él y regularmente pueden llegar a racionalizarse en determinadas circunstancias dentro de las organizaciones específicamente cuando la misma atraviesa por una crisis o la persona la está atravesando , por ejemplo, una crisis como la que está afectando el mundo efecto de la Pandemia asociada al SARS COV II COVID 2019 crea el contexto ideal para planificar, efectuar o cometer de este tipo de delitos.

Dentro del marco asociado a la Pandemia las compañías que comercializan seguros, o las que ofertan planes de asistencia médica hacia las personas han visto afectados sus ingresos o resultados efecto de las olas de contagio a nivel mundial que principalmente han generado pérdidas en costos de salud y vida. En tiempos de crisis es más evidente la conducta hacia cometer fraude ya que

las personas tienen mayores necesidades efecto de la pérdidas o nuevas necesidades de ingreso esto exacerbando por la realidad de la persona de generar o mantener sus ingresos, necesidades mayores y generalmente en las compañías los controles por la necesidad de adaptación disminuyen o se pasan por alto.

Generalmente cuando se detectan fraudes efecto de épocas de crisis, en el tiempo de estabilización se pueden visualizar en periodos de 18 o 24 meses una vez se normalizan las operaciones o la compañía es capaz de adaptarse a nuevas realidades dando como resultado el adaptar la capacidad de control y análisis de parte de las compañías en general. (Walter Larriva, ND)

Dentro del contexto de las formas de fraude o engaño podemos definir lo siguiente:

El Error puede ser evaluado como la diferencia entre el monto, cantidad, presentación, cuantificación, revelación o clasificación de una partida monetaria de conformidad con cierto marco regulatorio contable que tiene un impacto financiero para la compañía y su inexactitud al mostrarlo frente a una evaluación realizada por un tercero. Los errores pueden darse por actos involuntarios respecto a quien los procesa o por actos voluntarios llamados fraude. (Torres, 2021)

El abuso que es consecuencia del uso excesivo de un producto, beneficio (cobertura) o servicio en forma contraria a las prácticas comunes y generalmente aceptadas efecto de debilidades de control interno o detección de deficiencias en procesos. El afecto del abuso se evidencia como resultado revelado como costos innecesarios (siniestralidad) para los sistemas de seguros y de cuidado médico. (ASES, 2021)

El fraude es cualquier acto deliberado e intencional para beneficiarse de forma abusiva frente a un tercero de dinero, propiedades, beneficios mediante el abuso o engaño incluso otros medios de forma injusta. Este es la intención de engañar o hacer falsas aseveraciones con el propósito de obtener un beneficio personal o para otra persona mediante el cometimiento de delitos. (Asociación de Certificadores de Fraude ACFE, 2021)

Las consecuencias del engaño, fraude y el error afectan de forma importante a las personas que compran pólizas de salud y a los prestadores que prestan dichos servicios de forma íntegra; Los recursos en un sistema de salud son escasos y limitados, como bien se ha reflejado en todo el sistema de salud en esta pandemia estos recursos son críticos y es importante que sean utilizados adecuadamente ya sea si el beneficiario tiene o no un seguro médico. Una inadecuada utilización de dichos recursos tendrá como consecuencia el incremento de precios en primas y consecuencias en pobre o mala calidad en los servicios médicos ya sean públicos o privados. (Grupotriples, 2021)

1.4. Proyectos similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.

Existen distintos estudios enfocados en temas de control interno, detección de fraude realizados en distintas épocas y hacia entidades distintas, respecto a la gran cantidad de publicaciones y tesis tanto de pregrado como post grado detallo como las más relevantes las siguientes:

El Control Interno en Compañías de Seguros: Este Estudio define el Control Interno como un proceso integrado basado en COSO ERM para las compañías de seguros el cual tiene por objeto una adecuada gestión de riesgos mediante la toma de acciones que buscan la implementación coordinada de medidas que permitan mitigar o eliminar riesgos, evalúa de forma muy ligera el

impacto de una adecuada aplicación de medidas para afrontar de forma adecuada la evaluación de Control Interno frente a la aplicación de normas relativas a Solvencia II para seguros en España (López, 2007).

Sistema de Control Interno para el área de reclamos de compañía de Seguros en ramo Vehículos en el Ecuador:, Estudio que plantea un sistema de Control Interno enfocado específicamente hacia los procesos de las áreas de reclamos de siniestros de vehículos que abarca un análisis de la compañía a profundidad, condiciones de seguro que incluyen contratos, primas y reclamos, proceso de reclamación del siniestro, evaluación de control interno, explora un caso práctico y muestra los controles dentro del proceso como un ejercicio que plantea las medidas de corrección y prevención por aplicación de acciones de Control Interno para la consecución de objetivos institucionales en un corto plazo. (GUALLICHICO, 2012)

Reingeniería antifraude del proceso del manejo de reclamos de Vehículos: Documento mediante el cual se analizan los procesos del departamento de siniestros de vehículos, proponiendo reingeniería sobre el departamento de reclamos que desencadena en mejoras tangibles como descentralización de funciones, contratación de personal especializado para las auditorías, mediante metodología Rapid Re aplicable en los procesos estratégicos de valor agregado para la organización objeto de estudio. (Molina, 2015)

1.5. Conclusiones del Capítulo

El giro de negocio de compañías de seguros médicos se basa en el pago de siniestros por la prestación de servicios a sus afiliados los cuales deben ser catalogados y medidos conforme a lo razonablemente acostumbrado, si las

compañías presentan desvíos importantes el sistema de control interno debe ser evaluado y plantear acciones que permitan minimizar los impactos de posibles fallas en los procesos.

En la actualidad efecto de la pandemia SARS COV II – COVID 19 muchas compañías han visto disminuidos sus resultados a causa de incremento de niveles de siniestralidad, generando pérdidas, por lo tanto es imperativa una evaluación de procesos respecto al principal rubro generador de costos para la Compañía objeto de estudio.

Existen modelos de Control Interno basados en metodologías probadas que permiten determinar de forma coherente la administración de riesgos y aplicación de controles internos a todo nivel en la organización y esto desencadena un sistema de Control interno adecuado que permite mantener el nivel de riesgo un nivel bajo.

Una correcta administración de Riesgo para las compañías de seguro en general permite la consecución de objetivos estratégicos a corto, mediano y largo plazo, si los riesgos no son controlados de forma adecuada las compañías pueden distorsionar sus resultados efecto de no evaluar los impactos de los errores incluso posibles fraudes por lo que la aplicación y evaluación de un adecuado sistema de control interno se vuelve indispensable para las organizaciones.

2. CAPÍTULO 2:

2.1. Entorno Político y Macroeconómico

2.1.1. Evaluación PESTEL

En el **Anexo No 1** se detalla un análisis más profundo de todos los factores que pueden afectar a corto mediano y largo plazo a la compañía, su economía, perspectivas sociales, económicas entre otras.

A continuación, un breve resumen del enfoque pestel para la compañía:

Factor Político: En mayo de 2021 asumió el poder el presidente Guillermo Lasso pasando de un enfoque de centroizquierda a centroderecha posterior a 14 años de régimen de socialismo pese a esto la asamblea representa una mayoría que afectará sin duda al gobierno. (ANALISIS SEMANAL GRUPO SPURRIER, 2021),

Factor Económico: En el Informe Macroeconómico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) edición 2021, se resume el desempeño en la Economía Ecuatoriana la cual se contrajo un 7,8% del PIB en 2020 esto causado por varios factores entre ellos el principal detonante (mundial) la pandemia por la enfermedad de COVID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),, 2021)

Perspectivas 2021-2022: La CEPAL en su edición #73 hace referencia a la proyección de crecimiento para América Latina y el Caribe para 2022 la cual se proyecta una desaceleración del crecimiento, que llegaría al 2,9% en promedio y a un 3% para el Ecuador (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021)

Entorno Social y Sanitario: El Ecuador mantiene a la fecha una situación delicada agravada por una triple crisis económica, social y sanitaria, priorizar el

gasto público obtener fuentes de financiamiento y reactivar la economía será la perspectiva del gobierno. (ANALISIS SEMANAL- GRUPO SPURRIER, 2021)

El descontento social crece en el Ecuador dados por temas relacionados con la pérdida de empleo, inseguridad y descontento de ciertos de grupos sociales por la crisis económica. (EL UNIVERSO, 2021)

Factor Tecnológico: Con la llegada del COVID-19, el uso del internet se intensificó. Sin embargo, en el Ecuador no todos los hogares cuentan con acceso a internet, El desarrollo de aplicaciones móviles y el uso de dispositivos electrónicos es un aspecto a tomar en cuenta como parte de la transformación digital.

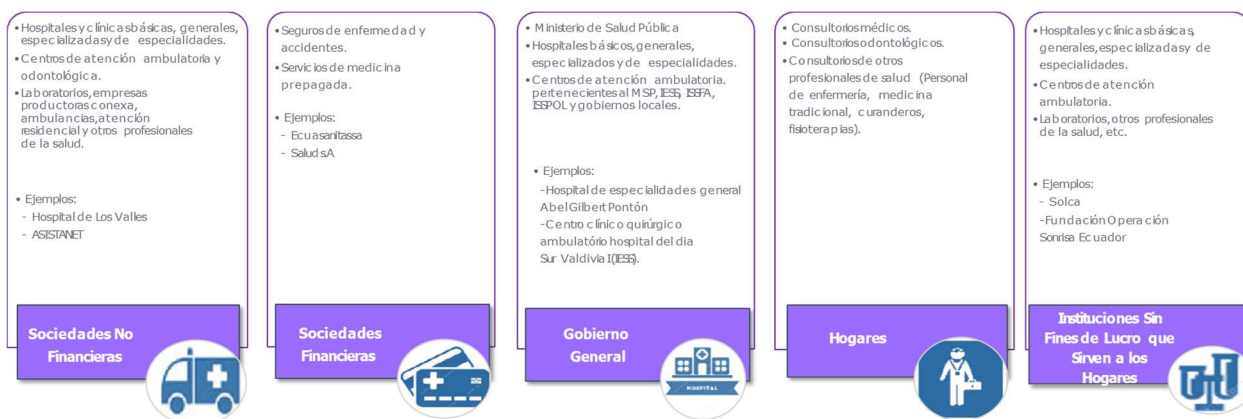
Factor Ecológico: Con la optimización de sistemas digitales se puede reducir el uso de papel en contratos, facturas, y procesos electrónicos.

Factor Legal: Este tipo de compañías son altamente reguladas mediante la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, entre otras regulaciones legales y por entes de control

2.2. Análisis de la Industria - Sector

Dentro de sistema Nacional de Salud sector en el que se encuentra este tipo de compañías “de Seguros y Medicina Prepagada” como instituciones y sociedades financieras cuyo objeto legal se basa en el financiamiento de servicios de medicina prepagada y económicamente clasificada dentro de las Cuentas Satélite de Salud (CSS) en las estadísticas presentadas por el INEC respecto a las actividades de la Salud debido a que los servicios se enfocan en prestar servicios de intermediación financiera y de compra de servicios de salud a prestadores externos al sistema público. (INEC, 2021)

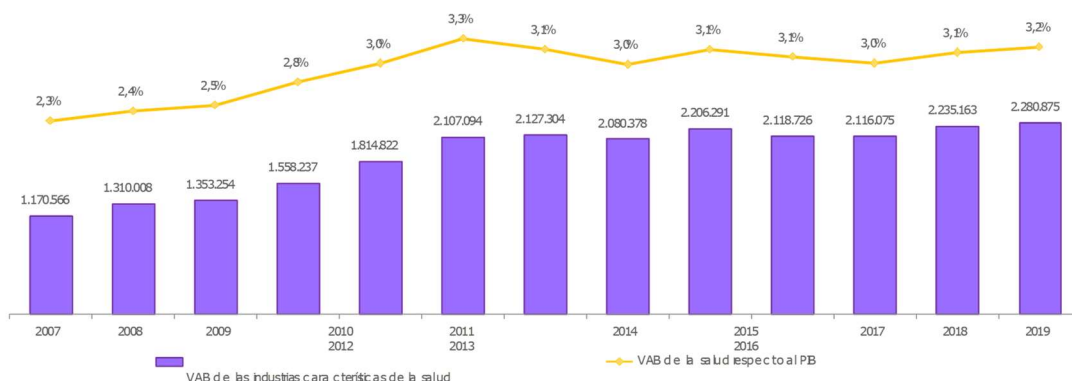
Gráfico 1 : Instituciones que forman parte de las CSS



Fuente: INEC, CSS 2007-2019. Elaboración: INEC

Respecto a los indicadores Económicos (oferta y demanda) publicados en mayo de 2021 por el INEC respecto a las cifras Cuentas Satélite de Salud (CSS) para 2007-2019 la contribución de la salud en macro niveles (todos los sectores) y contribución al PIB hasta 2019 alcanzó hasta un 3.2% evaluado dentro del (VAB) finalmente cuantificado el sector de Salud como parte de la demanda de este tipo de servicios (medicina Prepagada) que representan un 11.7% del Gasto de consumo final de los hogares. (INEC, 2021)

Gráfico 2 Indicadores de oferta: Valor Agregado Bruto (VAB) de la salud Participación respecto al PIB, valores constantes periodo 2007-2019



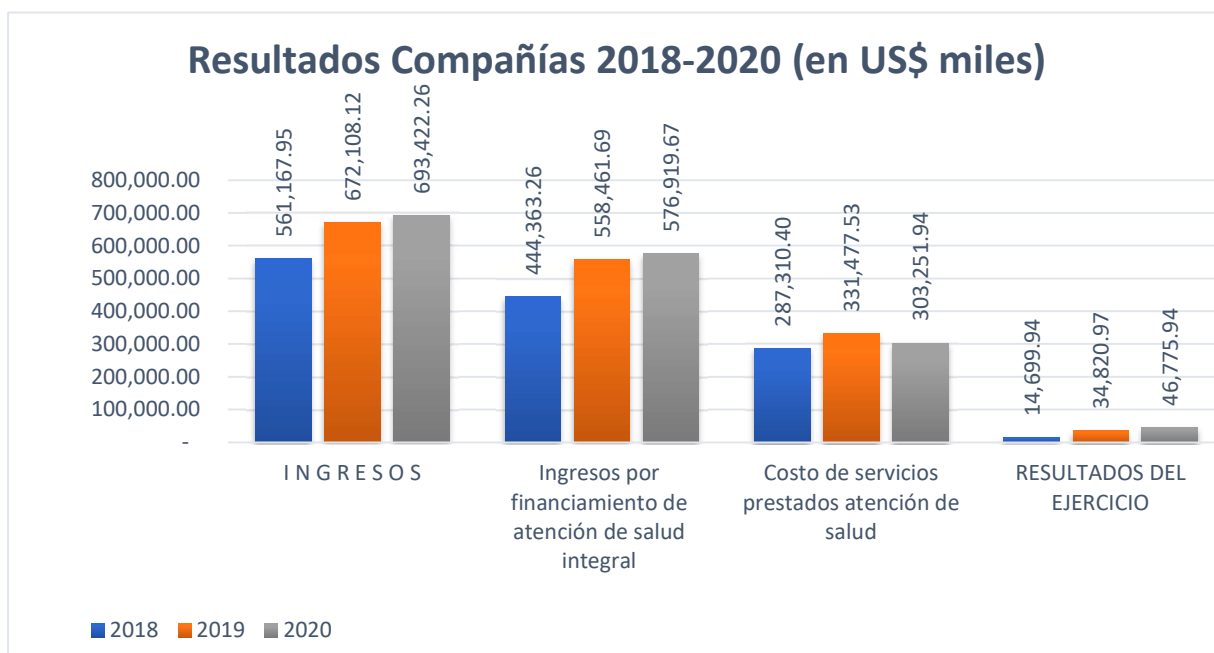
Fuente: INEC, CSS 2007-2019. Banco Central del Ecuador, Cuentas Nacionales Elaboración: INEC

2.3. Tamaño del Sector - Industria

Se estima que 1,200,000 de personas tienen seguro médico privado en Ecuador (Ramos, 2020) de acuerdo a información publicada por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS) al cierre de diciembre de 2021 existen 21 compañías registradas y aprobadas como Compañías de Medicina Prepagada que representan un monto de ingresos de \$693,422,259.84 (2021) monto que en promedio representan el 82% corresponde a Ingresos por contratación de servicios de financiamiento de atención de salud integral y también corresponde a un promedio de pagos por reclamos en un 53% de las primas pagadas para los 3 años (SCVS, 2021).

Los indicadores respecto al desempeño generado por esas compañías en Ecuador durante los años 2018 a 2020 lo podemos resumir en el siguiente gráfico el cual segmenta el monto de ingreso total, facturación (primas), siniestralidad (reclamos) y resultado neto de cada ejercicio:

Gráfico 3 Histórico de Resultados de Compañías de Medicina Prepagada 2018 -2020

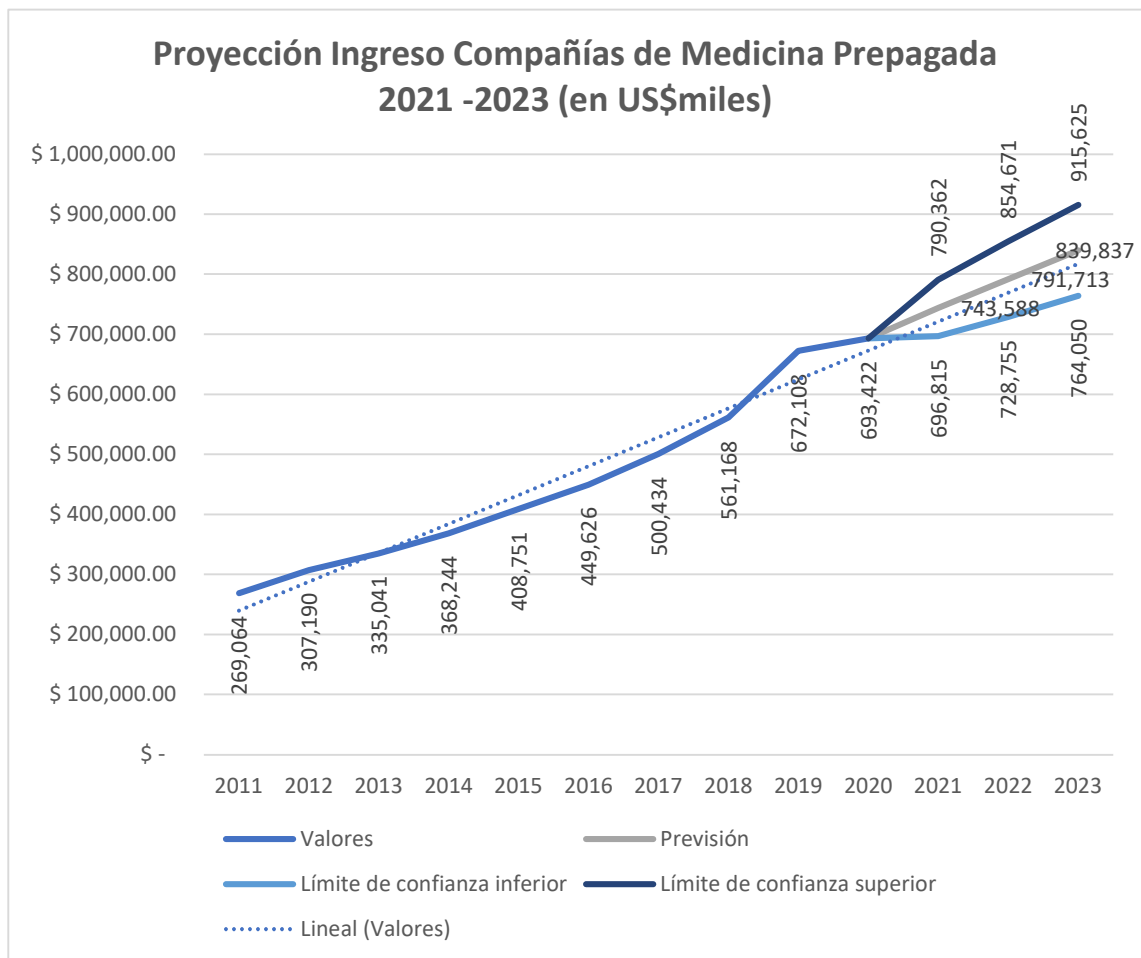


Fuente: Elaboración Propia, Información Financiera Compañías Medicina Prepagada 2018-2020 SCVS

2.3.1. Tamaño y Crecimiento de la Industria

El volumen de ingresos de esta Industria ha reflejado niveles de crecimiento constantes de hasta 2 dígitos desde 2011 hasta 2020 según información publicada por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (SCVS, 2021) respecto a los Estados Financieros y otras fuentes de información usadas como base de esta investigación (COLOMA, 2017) para lo cual se ha realizado una proyección de crecimiento con distintos escenarios que permiten visualizar de mejor forma una perspectiva para 2021 hasta 2023 (utilizando herramientas de proyección Estadística en Progresión Lineal de Microsoft Excel) de acuerdo al siguiente cuadro:

Gráfico 4 Proyección de Resultados de Compañías de Medicina Prepagada 2021 -2023



Fuente: Elaboración Propia - Información Financiera Compañías Medicina Prepagada 2011-2020 SCVS

2.3.2. Ciclos de estacionalidad o económicos

El objeto del presente estudio, es la mejora de alto impacto en los procesos de pago de reclamos y control de siniestralidad lo que es de carácter no estacional, es decir, que los controles a implementar, pagos o créditos por atenciones médicas o reclamos se realizan de forma diaria, sin embargo el impacto al proceso por políticas, ajustes a procesos o cambios en sistema central (core) o incluso aplicación de normativas legales futuras que obliguen a brindar mayores coberturas podrían impactar significativamente en los resultados de las

compañías de medicina prepagada si estas no son implementadas de forma técnica y no tienen un sustento en la prima de las compañías.

2.4. Análisis de competencia – fuerzas de PORTER

A continuación, se detalla un análisis estratégico que determinará la intensidad de competencia y rivalidad en esta industria utilizando el enfoque de análisis de las fuerzas de Porter el mismo se puede analizar a mayor detalle en el **Anexo No. 2.**

2.4.1. Amenazas de entrada de nuevos competidores (baja):

Barreras de entrada

Ingresar al sector de Medicina Prepagada como un nuevo actor se puede considerar con un nivel de dificultad alto en cuanto a cumplimiento de disposiciones legales y normativas ya que de acuerdo La Ley regula la constitución y funcionamiento de compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de asistencia médica existen requerimientos mínimos de capital mínimo de un millón de dólares (Ley orgánica a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, 2016), el objeto social será único entre otras regulaciones lo que coloca que cualquier nuevo actor deberá contar con el musculo financiero y recursos que permita gestionar su actividad. (PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)

Diferenciación de Productos

En la venta de seguros la competencia depende mucho de la relación que existe entre la cobertura y el precio establecido. Sin embargo, el mercado no siempre puede percibir esta relación. Para esto es necesario que el producto o servicio que se oferta sea un factor de diferenciación basado en distintas características como el precio acorde al mercado y variedad de opciones adecuadas a las necesidades, el nivel económico de los clientes, cobertura ofrecida,

diferenciación por el canal, niveles de servicio, experiencia e imagen. (Medina N, 2017)

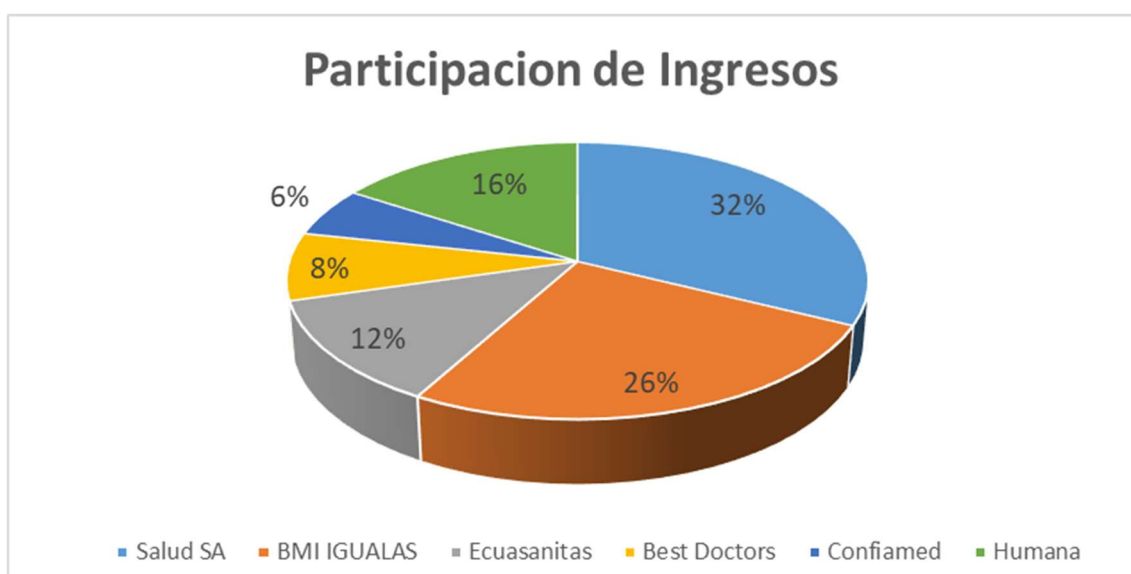
Identificación/ Lealtad de marca

En este caso al tratarse de seguros de medicina prepagada, no existe una lealtad a la marca, la experiencia personal y los costos de adquisición asociados a la adquisición y salida del cliente en este tipo de compañías son altos. Por lo tanto, para este tipo de negocios es muy importante generar una inversión en plataformas digitales y desarrollo de aplicaciones móviles, que permita generar lealtad e identificación para que el cliente se sienta comprometido con la marca y así permita generar un ciclo de vida que genere valor para la compañía.

2.4.2. Rivalidad entre Competidores (alta):

Para poder analizar el efecto de la Competencia se determinó al 82% del Ingreso del mercado de Compañías de Medicina Prepagada en el Ecuador el cual está compuesto por 6 compañías: Saludsa, BMI Iguales, Humana, Ecuasanitas, Best Doctors y Confiamed (SCVS, 2021).

Gráfico 5 Participación del Ingreso de las Compañías de Medicina Pre Pagada 2020



Fuente: Elaboración Propia EEFF Publicados Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para el año 2020.

El mercado en el que participan los competidores tiene una tendencia de crecimiento año a año, los principales actores desarrollan sus estrategias buscando captar mercado, normalmente está basado en precios o calidad del servicio ofertado, las empresas se desarrollan en un entorno muy amplio una rivalidad fuerte y posición de mercado. (SCVS, 2021)

2.4.3. Fuerza de negociación en los Clientes (baja):

Se estima que alrededor de 1,200,000 de personas en el Ecuador, población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos de acuerdo con estudios realizados por entidades públicas y privadas en el Ecuador (Redacción el Universo, 2020) poseen seguro Médico Privado en el país.

Los clientes de este tipo de productos se pueden segmentar en ciertos grupos de productos sobre los cuales su poder de negociación se basa en el volumen por ejemplo para mercado individual el poder de negociación del cliente es muy limitado o nulo, el mismo puede escoger el producto entre alta gama de posibilidades, este efecto también es sumamente sensible cambios en el precio por lo que se considera un sector de precios elástico. (Alvarado, 2017)

2.4.4. Posición de fuerza de Proveedores (medio):

El poder de negociación puede ser analizado desde el punto de vista de 3 tipos de servicios específicos de proveedores para este tipo de compañías. El primero que se enfoca en brindar servicios tecnológicos especializados que permiten que la compañía pueda ofertar servicios, administrar al cliente, ejecutar su recaudo y controlar su actividad en la prestación de los servicios, en este aspecto la posición del proveedor por el tamaño es baja ya que las compañías en su mayoría tienen sus servicios parametrizados a medida, lo que dificulta estandarizar o brindar ofertas limitadas o restringir las mismas dándole poder al proveedor. (Oliva F, Flores M - Deloitte, 2021)

El segundo tipo de proveedores que afecta a este tipo de compañías son los prestadores médicos los cuales dependiendo de su tamaño pueden poner sus reglas en base al precio, nivel de servicio, calidad o incluso restricciones geográficas, al existir una gran cantidad de proveedores estos casos son pocos por lo que se puede decir que este tipo de impacto en estas compañías es bajo. (Daniel Maceira, 2018)

El tercer tipo de proveedores que afecta a este tipo de compañías son los corredores o bróker de intermediación los cuales dependiendo de su tamaño y portafolio de clientes pueden poner sus reglas en base al precio de su comisión riesgo de su cartera, segmentación, reputación, portafolio de clientes, al existir un poco cantidad de proveedores con alta concentración de portafolio corporativo se puede decir que este tipo de impacto es alto ya que concentran el 64% de la Cartera de la compañía para 2021. (Humana S.A., 2021)

2.4.5. Productos sustitutos (alto):

Productos sustitutos son básicamente de 2 naturalezas para este tipo de compañías. La primera relacionada con el acceso a la salud según lo establece el Art. 371 de la Constitución respecto al derecho universal a la salud y obligación del Estado frente a ella, de esto una parte es financiada con los propios aportes realizados por las personas en relación de dependencia hacia el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) por lo que un amplio porcentaje de la población económicamente activa en el Ecuador tiene este seguro por lo que considera no requerir otro tipo de seguro privado lo que se considera de un impacto alto. (Profitas, 2016)

Como segundo sustituto se basa en los productos a los cuales los clientes pueden acceder mediante la oferta de la competencia a costos más bajos o brindan otro tipo de coberturas, esto se asocia a productos limitados o parecidos pese a la restricción legal existen ofertas en este tipo por lo que se considera de un impacto alto. (IPSOS, 2021)

2.5. Análisis de la situación actual de mercado o Investigación de Mercado

2.5.1. Objetivo de Investigación, objetivo de mercado:

La compañía de Medicina Prepagada es una empresa de Servicios que brinda financiamiento de servicios de salud prepagada a clientes Individuales y familiares, Empresariales y Corporativos. La cartera de clientes corporativos la integran importantes empresas del país en sectores como el petrolero, telecomunicaciones, automotriz, industrial, servicios, salud, educación, entre otros. Adicionalmente ofrece financiamiento a productos de coberturas específicas, tales como: Plan Renacer (Oncológico), Plan Proteger (Gastos Médicos Mayores), Plan Dental, y diversos planes para el segmento Masivo.

Actualmente tiene un aproximado de 213.000 Afiliados y ocupa el tercer lugar en el ranking de empresas de Medicina Prepagada y Compañías de Seguros que operan el ramo de Asistencia Médica en Ecuador, y es la segunda compañía en el segmento Corporativo.

Se puede observar que en el año 2020 tuvo una producción aproximada de US\$77 millones, que representó un crecimiento de apenas el 0.6% en comparación con el año 2019; no obstante, se comprueba que tuvo una menor siniestralidad y por ende una mayor rentabilidad.

En el siguiente gráfico se refleja el histórico de ingresos y los gastos incurridos por el pago de reembolsos de atenciones médicas desde el año 2015 hasta 2021.

Gráfico 6 Histórico de Ingresos y Reembolsos de la Compañía de Medicina Pre Pagada



Fuente de elaboración: Propia datos Financieros de la Compañía 2015-2021.

La compañía durante 2020 y 2021 ha sido capaz de generar utilidades con resultados mejores que años previos, y en sus objetivos estratégicos se plantea mantener el ritmo en la generación de resultados a futuro. La compañía mantiene su posición de mercado siendo la tercera compañía más grande del mercado:

Durante 2021, el costo de atenciones médicas por COVID-19 ha representado un mayor impacto en la siniestralidad, lo que ha representado cerca de un 9% de incremento de los costos de siniestros pagados, sin embargo, se espera una mejora en este índice para 2022, esto efecto del avanzado programa de vacunación del gobierno que busca disminuir los impactos económicos, sociales y de salud en la Población Ecuatoriana.

Como se puede ver durante 2021 el nivel de siniestralidad de la compañía ha crecido en cerca de 22% frente a 2020 por lo es necesario analizar los efectos de incremento en la siniestralidad no solo aislados del efecto COVID sino de las causas que pueden afectar este incremento por lo que para determinar el objetivo del proyecto, se considerará la información concerniente al año 2021 respecto a los reclamos pagados por la compañía, se segmentará de acuerdo al producto, por cliente, frecuencia de uso, patologías y cualquier otra variable que pueda ser considerada relevante.

2.5.2. Objetivos de Investigación

1. Obtener datos y analizarlos de forma en la cual se pueda evaluar si existen en ellos distorsiones, errores o hechos determinados como inusuales o fraudulentos,
2. Entender cuáles fueron los incentivos o conductas respecto a formas de actuar de los “beneficiarios” del seguro los cuales muestran reclamos fraudulentos
3. Determinar si existen correlaciones en la data la que puede determinarse como un indicador o alerta de fraude y así evitar o corregir dichas anomalías mediante acciones de mitigación.
4. Conocer acciones de control interno implementadas por las compañías p profesionales para prevenir, detectar, identificar y minimizar errores, o fraudes en los reclamos de seguros médicos

2.5.3. Metodología de Investigación

Se plantea para esta investigación el uso de metodología mixta para la investigación que se basa en la recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos, para realizar inferencias producto de toda la información recolectada y así obtener la mayor comprensión del objeto de estudio. (Collado, 2010)

2.5.4. Fuentes de Información e Instrumentos de Recolección de datos

Los instrumentos para la recolección de información a utilizar se basan en evaluar los datos de los reclamos pagados por la compañía durante los años 2019 hasta 2021 y determinar si existen factores que se consideren relevantes por el tipo de características de los datos de forma sistemática mediante la utilización intensiva de la estadística (descriptiva e inferencial), y deban ser considerados como hallazgos dentro de los instrumento de recolección cuantitativa, además de evaluaciones de procesos de liquidación y control

interno, justo a entrevistas a expertos para la recolección de información cualitativa. (Collado, 2010)

2.5.5. Población y muestra

En el caso de la investigación no se tomará en cuenta una muestra inicialmente ya que se analizarán el 100% de los datos correspondientes a los reclamos por prestaciones médicas y determinar desviaciones que se consideren materiales.

Posterior a esto realizar otro tipo de análisis más enfocado en los desvíos que permitan identificar riesgos, errores o data relevante para esta investigación utilizando criterio profesional respecto a la data que puede ser llamado muestra en base al perfil de riesgo.

En el libro Metodología de la Investigación de los autores Sampieri Hernández & Fernández Collado en su quinta edición se define como muestra al subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, los cuales deben delimitarse con precisión y deben ser representativos a la población estudiada. (Collado, 2010)

Para definir el número de entrevistas se ha utilizado el concepto de saturación teórica basados en la experiencia de expertos (Schwab, 2021) tanto en conocimiento de compañías de Medicina Prepagada y Seguros Médicos como en expertos en temas asociados a control interno – auditorías internas/ externas; Se plantean 6 entrevistas las que permitirán la recopilación datos cualitativos y su codificación, de ser necesario se puede extender el número de entrevistados si el resultado de la saturación teórica no es concluyente.

2.5.6. Definiciones

Conocer las tendencias de los siniestros para la compañía e identificar los principales impulsores de su crecimiento permitirán implementar políticas que

permitan tener un mayor control, o reforzar aspectos internos que pueden no ser los adecuados para identificar acciones correctivas, errores o posibles fraudes en los reclamos.

Como parte de esta investigación es importante clarificar ciertos conceptos que permitirán conocer y entender de mejor forma ciertos conceptos de seguros:

Seguro: es una actividad de servicios que garantiza el pago o cobertura de un siniestro (riesgo) en virtud de la administración de una contraprestación (prima) (Fundación Mapfre Internacional, 2021) amparada en algunos principios como el de Mutualidad (Las pérdidas de pocos son cubiertas por la contribución de muchos) y el principio de Máxima de Buena Fe (los actores en el seguro tienen que obrar sólo con la verdad, esto con la finalidad de que el asegurador pueda evaluar de forma adecuada el riesgo y en el caso de un incidente lo pueda cubrir por equidad) (Instituto Nacional del Seguro Chile, 2020)

Concepto de Riesgo en Seguros: Es la combinación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso y sus consecuencias el cual es susceptible de ser asegurado por su naturaleza. (Fundación Mapfre Internacional, 2021)

Siniestralidad (loss rate): Es el ratio para valorar los siniestros ocurridos que equivale a la relación entre el valor total pagado de los reclamos (siniestros) y las primas (ingresos) en un período de tiempo. (Fundación Mapfre Internacional, 2021)

La siniestralidad puede ser el resultado de ciertas variables asociadas al costo como:

La razón de uso es el número de atenciones médicas por una patología, en un periodo de tiempo dado con relación a una población de referencia. (Nieto-Enciso, 2005)

La frecuencia de uso establece el promedio de demanda de un servicio por una persona en un periodo de tiempo determinado. (Nieto-Enciso, 2005)

Los costos promedio corresponden a los costos razonables y acostumbrados para el manejo de una patología específica en un periodo de tiempo determinado (Nieto-Enciso, 2005)

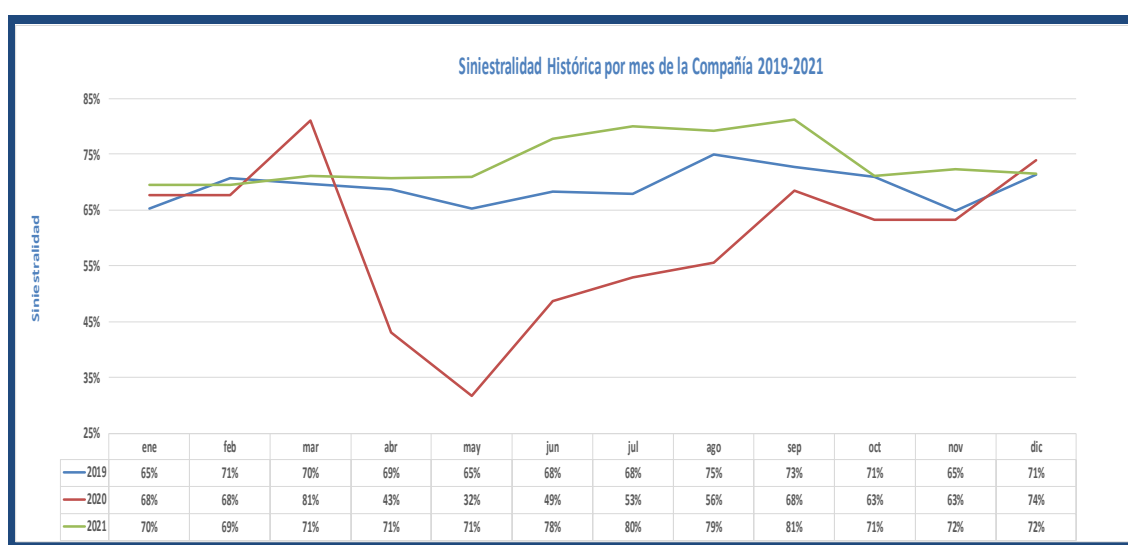
Liquidación de un siniestro: Corresponde al proceso en el cual se evalúa la ocurrencia del riesgo (siniestro), y si existen las condiciones para que este tenga cobertura (genere un pago) por un riesgo asegurado y determinar cuál es la indemnización o que corresponde sobre el mismo dadas las condiciones pactadas por el seguro. (Portal de educación financiera - Educa, 2021)

2.5.7. Resultados del análisis cuantitativo

A continuación, se muestran los principales hallazgos referentes a los desvíos de siniestralidad de la compañía en evolución desde 2019 (normalidad) a 2021 (con efectos de Covid19) en una casi normalidad; si requiere más información respecto a este análisis puede ver la Tabla 1 en la sección de anexos.

Siniestralidad de la Compañía: En el siguiente gráfico podemos evaluar que la siniestralidad de la compañía para 2021 fue mayor que años previos a partir del mes de marzo hasta noviembre en un promedio del 75% frente a un 56% de 2020 y un 69% de 2019 evaluados en los mismos rangos de tiempo, por lo tanto, podemos determinar que si existe un desvío importante que impacta en la rentabilidad de la operación.

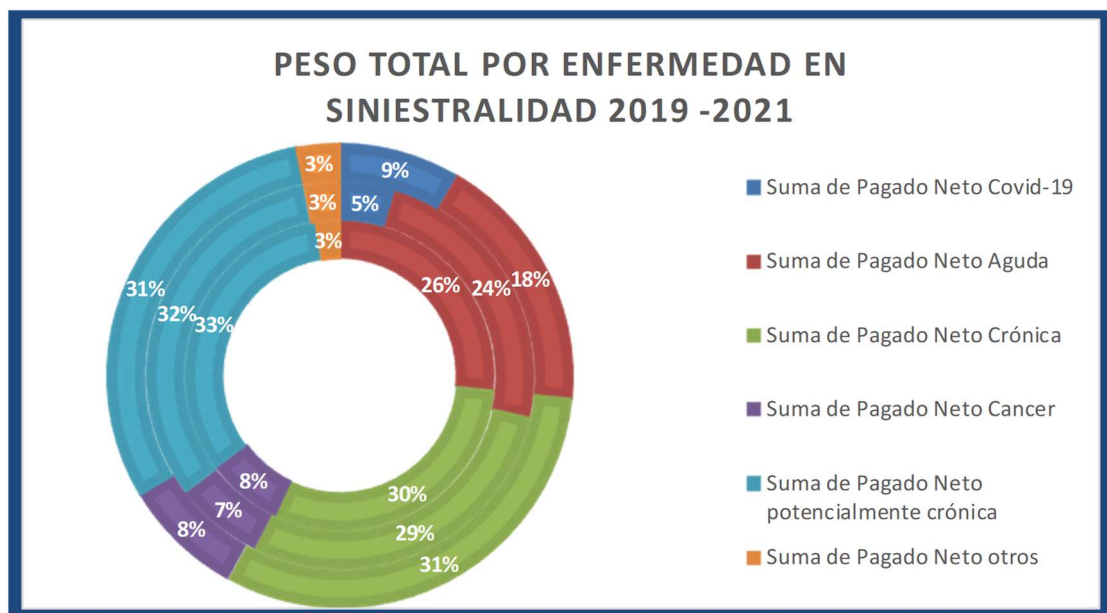
Gráfico 7 Histórico de Siniestralidad de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021



Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

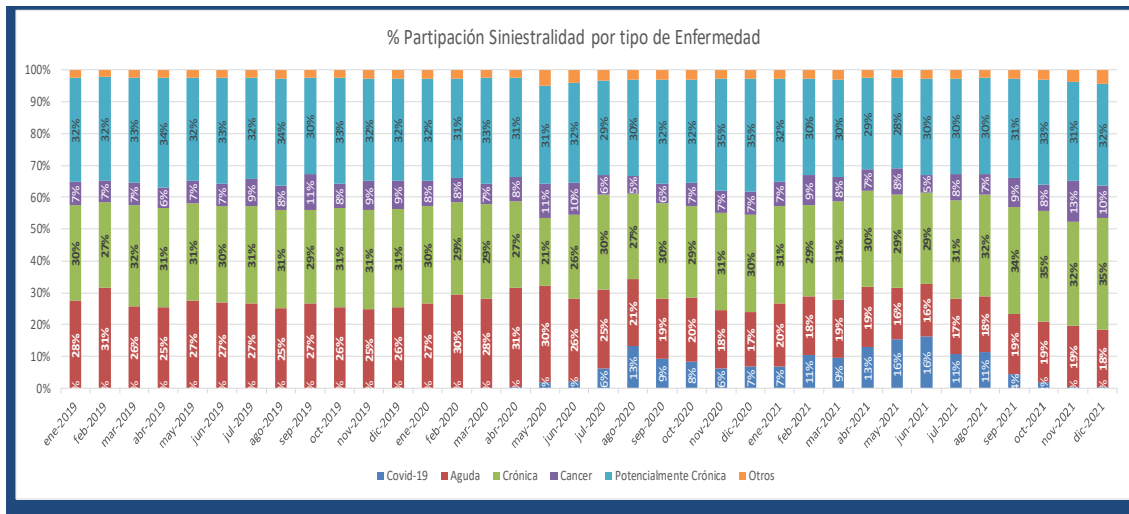
Siniestralidad por tipo de Enfermedad: En el siguiente gráfico podemos evaluar que la siniestralidad durante los años 2020 y 2021 tuvieron un importante efecto de Pandemia COVID-19 el impacto para la compañía fue cerca de 2% hasta llegar a un 16% para los meses de abril a junio de 2021; de similar forma podemos evaluar que un peso importante entre el 31% y 33% de la siniestralidad de la compañía va por enfermedades potencialmente crónicas y de un 30% a un 31% en 2021 corresponden a enfermedades potencialmente crónicas y finalmente una caída en el peso de un 26% en 2019 a un 18% en 2021 de las enfermedades Agudas.

Gráfico 8 Peso por pago en enfermedades por año de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021



Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

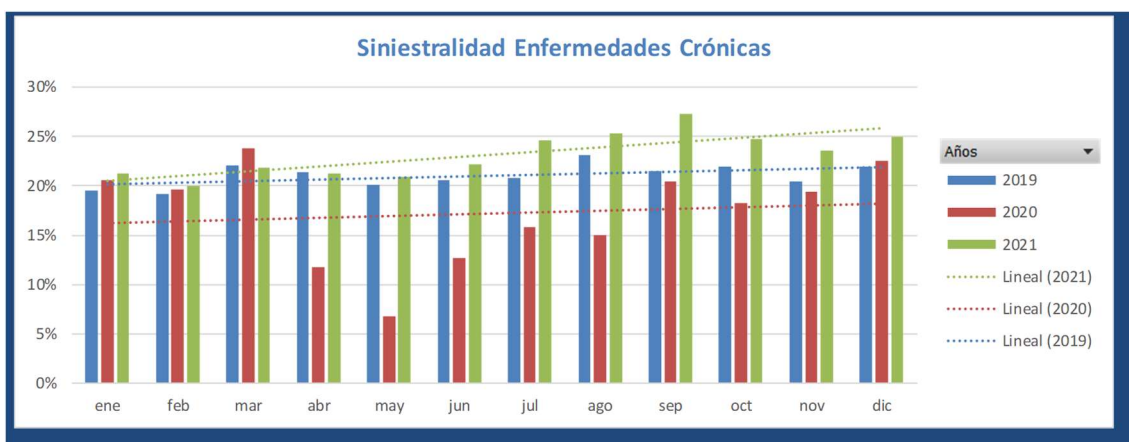
Gráfico 9 Peso por Tipo de Enfermedad en la Siniestralidad por mes de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021



Fuente: Elaboración propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

Enfermedades Crónicas: que pasan de un promedio de 21% en 2019 a un 23% que representa un impacto de US\$ \$1,563,462.42 en siniestros pagados para la compañía, estas enfermedades son catalogadas como problemas de salud a largo plazo ya que muy posiblemente pueden no tener cura y representar un riesgo latente para la compañía.

Gráfico 10 Evolución de Siniestralidad por tipo de Enfermedad de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021

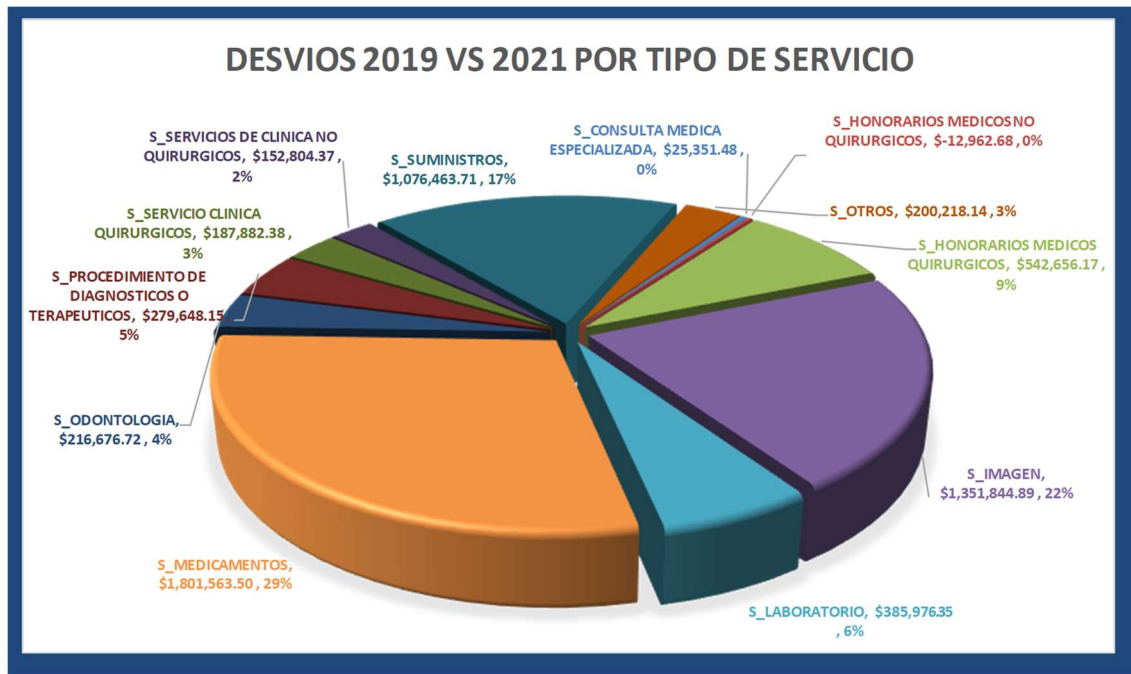


Fuente: Elaboración Propia Información financiera de la Compañía 2019-2021.

Tipos de Servicio: El consumo de medicamentos, servicios de imagen, honorarios médicos por cirugías y suministros ha crecido frente a 2019 en un

monto aproximado de US\$ \$4,772,528.28 que representa un desvío del 5.79% en siniestralidad.

Gráfico 11 Desvíos de Siniestralidad por tipo de Servicio de la Compañía de Medicina Pre Pagada 2019- 2021



Fuente: Elaboración Propia datos Financieros de la Compañía 2019-2021.

Finalmente existen varios puntos de vista respecto al desvío de costos por atenciones médicas que requieren una segmentación y análisis a detalle para detectar anomalías, o errores enfocados en las agrupaciones que representan mayores desvíos para la compañía en un enfoque de auditor de riesgos.

2.5.8. Análisis cualitativo

2.5.8.1. Entrevistas con expertos

Se realizaron entrevistas a una serie de expertos en distintos ámbitos de conocimiento que tienen experiencia tanto en temas de auditoría y riesgos como experiencia en gestión de seguros médicos, o son profesionales médicos con experiencia en gestión de la salud, por temas de confidencialidad en esta investigación no revelará los nombres de las fuentes de información de estos

profesionales llamados expertos “EX”, en el Anexo “2” adjunto en la sección de anexos se puede evidenciar el número de observaciones resultado de esta entrevistas como evidencia a esta investigación.

2.5.8.2. Hallazgos respecto al Proceso de Liquidación y Auditoria y Riesgos en Siniestralidad

2.5.8.2.1. Factores Externos (hallazgos) que son causas de Incremento de Costos:

Existen factores internos y externos que afectan el impacto de la gestión de atenciones médicas respecto al costo para este tipo de compañías las que pueden ser un determinante que influya en el incremento en costos si no son adecuadamente conocidos, gestionados, administrados, y controlados, impactaran a un corto plazo a la compañía.

El impacto de la pandemia a nivel mundial es innegable esto lo podemos evaluar en indicadores respecto a los resultados para las compañías de seguros de vida, reaseguros y compañías de medicina prepagada tanto para 2020 como para 2021.

Los Factores externos que afectan la gestión del costo de siniestros son principalmente los siguientes:

Efecto Covid-19 efecto incremento de costos por tratamientos ambulatorios, estancia en unidades de cuidado intensivo, fallecimiento, olas de contagio, cepas o variantes, vacunación, insumos para control, camas en hospitales públicos y privados, políticas de gobierno y restricción de movilización

Inflación Médica: que es el incremento en los precios de honorarios, insumos, medicinas dados por distintos factores como son demanda de servicios, incidencia de enfermedades, frecuencia de uso, administración de vademécum.

Envejecimiento de la Población Asegurada: que tiene que ver con el incremento de necesidades de atención sanitaria por envejecimiento de la base de afiliados dadas las enfermedades que afectan a cada rango etario de la población o a la que son sujetos de riesgo.

Acceso a Nuevas Tecnologías de alto costo: Investigación, mejoras en la tecnología, robots, nuevos medicamentos, biológicos y otros se encuentran entre los principales determinantes del gasto en salud pública y privada conforme a las entidades se actualizan e implementan estas tecnologías

Riesgo Moral/ Fraude: Corresponde a la tendencia en el caso de tener oportunidad generar beneficio propio a costa de la falla en los procesos internos mediante acciones inadecuadas, delictivas, moralmente inadecuadas que afectan el costo de siniestros.

Frecuencia de Uso: Es el incremento de uso, casos o incidentes respecto a estándares de atenciones de un tipo de atención específica dados por complicaciones, mala gestión de la salud del centro médico, especialista, complicaciones, tasa de preconsulta entre otros que incrementan el número de atenciones sujetas a cobertura de la prestación médica.

Coberturas de Ley: Corresponde a rangos de cobertura establecidos que no necesariamente deben tener cobertura o no son tarifados y forman parte del riesgo para las compañías estas pueden ser pactadas por contrato, o por entes de control como el gobierno, en el caso de las compañías es la cobertura de enfermedades como el COVID cuando por norma general las pandemias y hechos catastróficos no tienen cobertura.

2.5.8.2.2. Factores Internos (hallazgos) que son causas de Incremento de Costos:

Existen varios factores internos que se evaluaron tanto en procesos como en las entrevistas que se pueden resumir en lo siguiente que pueden afectar el costo

de las prestaciones para las compañías de seguros que pueden ser efecto de procesos, personal, riesgos que desencadenan en errores.

2.5.8.2.2.1. Hallazgos en Suscripción:

Son todos aquellos riesgos que no son gestionados al momento de captura del cliente que pueden afectar directamente la permanencia, riesgo en el seguro afectados principalmente por el precio, permanencia, incentivo de venta (comisión), Tarificación Nota Técnica, rango de precios, tipo de producto que no se gestionan de forma adecuada al momento de la compra o pueden ser un riesgo si no se detectan de forma previa.

El análisis de siniestros y su enfoque en el precio y la renovación afectará sin duda la gestión de tarifas para minimizar el impacto en siniestralidad para las compañías.

2.5.8.2.2.2. Hallazgos en Proceso:

Las validaciones de documentación e información presentada por el afiliado (historia clínica, resultados de exámenes, entre otro) por parte del área de liquidaciones y auditoría médica en los reembolsos presentados no es evaluada en todos los casos.

Los procesos de Auditoría Médica respecto a temas de precios, límites, condiciones de cobertura no son claras (convenios, prestadores), lo que no permite determinar si existe efectividad y control en la liquidación asociada a si se cumple con los parámetros establecidos para los cálculos de rubros a ser pagados.

El procedimiento no establece un lineamiento de comunicación (que, cómo, a quién, cuándo) que permita informar sobre posibles eventos de fraude que pueden detectar en la ejecución del proceso.

Los expedientes digitales no cuentan con toda la documentación de respaldo para evidenciar la correcta liquidación; o no existen respaldos adecuados

No se realiza una adecuada validación contractual en todos los documentos del expediente, ya que se evidencia diferencia entre edades del afiliado versus Historias Clínicas.

No se realiza revisión de los contratos con prestadores médicos, rangos de precio pactados a los prestadores médicos lo que dificulta un análisis profundo de desviaciones.

Existen procesos de liquidación que buscan estandarizar o automatizar la liquidación, pero los mismos se ejecutan de hasta 12 formas distintas lo que no permite controlar su aplicación o dar mejoras, procesos manuales inadecuados, erróneos.

Los pagos de medicinas se hacen por medio de créditos los cuales se liquidan 1 vez al mes lo que dificulta poner controles hacia la forma de mitigar riesgos.

El sistema tecnológico tiene limitaciones que no permiten gestionar mejoras, o implementación de controles preventivos, o de detección adecuados.

Hay gran cantidad de excepciones que se aplican lo que no permite estandarizar condiciones de contratos en especial en aquellos que los planes son a medida de la necesidad y no bajo condiciones contractuales naturales a los contratos.

2.5.8.2.2.3. Hallazgos en Conocimiento de Personal:

Se evidencia diferencias de criterios al momento de auditar entre sucursales (utilización de papeles de trabajo, notas de auditoría en la documentación física o digital)

Los equipos no tienen estandarizados sus criterios o conocimientos respecto a la forma de aplicar criterios médicos o de auditoría lo que dificulta el análisis de casos de similares características al aplicar distintos criterios y métodos de pago.

Falta de capacitación al personal marca una pauta que influye directamente en la forma de aplicar un proceso o gestionar un caso.

2.5.8.2.2.4. Evaluación de Riesgos:

No existen revisiones integrales respecto a los Incremento de siniestralidad en clientes que permitan tener una visión respecto de las posibles causas de siniestralidad y efectos que podrían tener en incremento de primas a futuro

Los Riesgos respecto a dar continuidad en cobertura de preexistencias hacia los contratos Corporativos dificultan el análisis y segregación de información si existen riesgos a futuro

No se reportan las alertas en cuando a la similitud de reembolsos ingresados (frecuencia, diagnóstico, montos, contratante, entre otros).

Errores detectados en liquidaciones que no se comunican, o no se evalúan para toma de acciones correctivas a futuro.

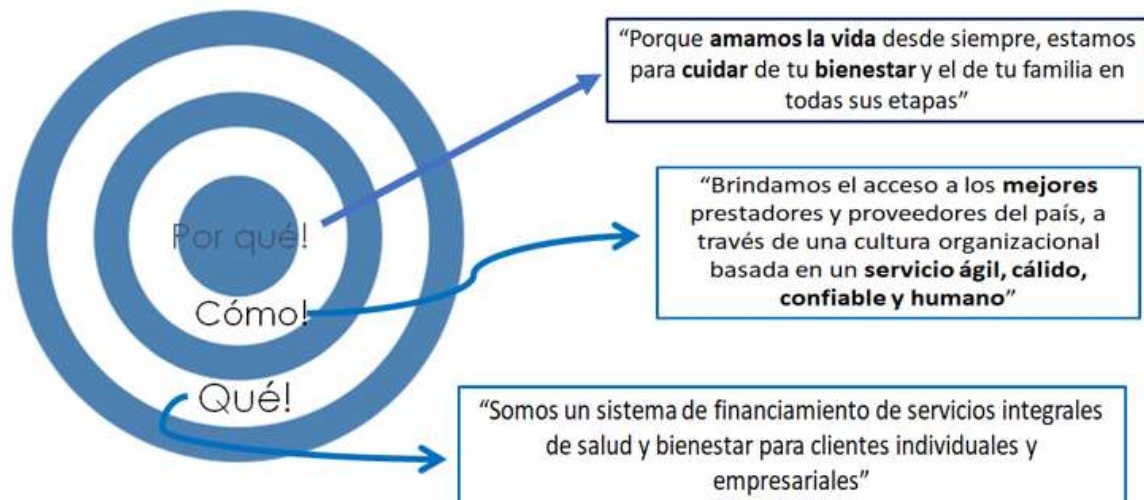
2.6. Estrategias de Mercado

2.6.1. Filosofía

La Compañía no maneja un perfil estratégico clásico basado en una filosofía empresarial detallada como objetivos, misión y visión, la compañía mantiene un enfoque de filosofía corporativa que alinea a su Estrategia hacia un cómo alineándose a la filosofía de su un grupo corporativo (hospital y centro médico),

en base a esto tiene establecida un enfoque basado en una Filosofía Empresarial que detallamos a continuación:

Gráfico 12 Filosofía Empresarial



Fuente Información de la Compañía.

2.6.2. Principios y Valores Organizacionales.

La empresa se rige por los siguientes Valores Corporativos:

- Eficiencia
- Excelencia
- Calidez
- Seguridad
- Calidad
- Respeto por el ser humano
- Ética e integridad

Estos valores son la base del modelo de negocio y de la cultura de servicio impregnada en los colaboradores, así mismo los principios organizacionales buscan eficiencia y eficacia en la ejecución de las actividades.

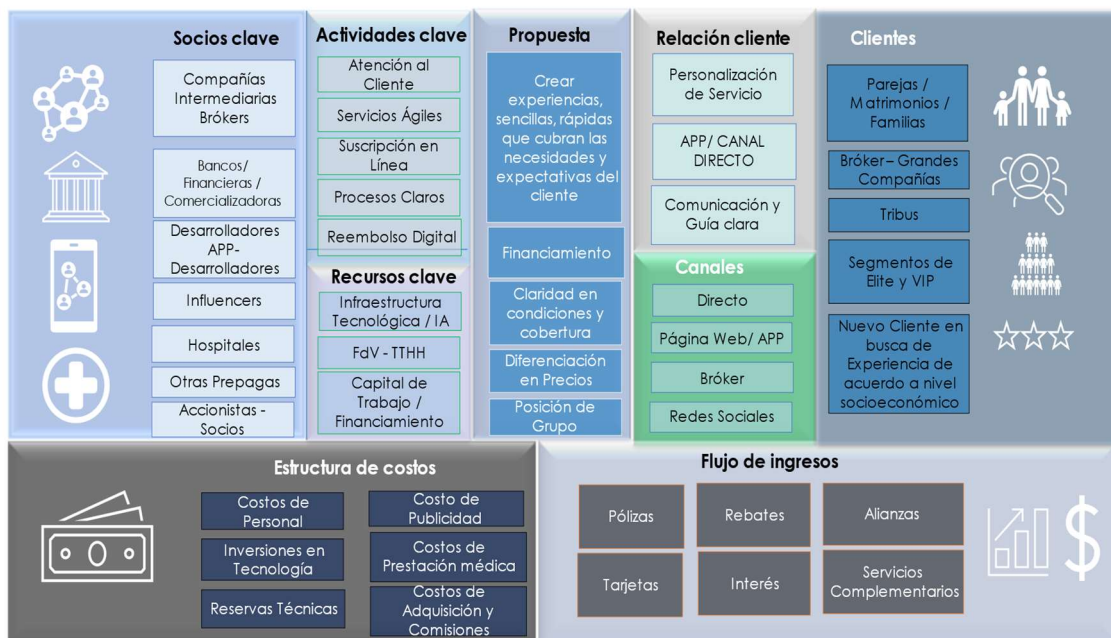
2.6.3. Estrategia

La compañía basa su Estrategia en seis ejes de proyectos mediante los siguientes Loops:

- Loop de Expansión Comercial
- Loop de Experiencia al Cliente
- Loop de Riesgos
- Loop de Rentabilidad
- Loop de Personas y Cultura Organizacional
- Loop de Procesos Críticos

Los LOOPS engloban objetivos medidos por indicadores para la gestión proyectos que interactúan entre sí apalancados en el modelo CANVAS de la compañía:

Gráfico 13 Modelo Canvas de la Compañía



Fuente: Elaboración Propia, Información de la Compañía.

Pero sin duda buscan mejora en los resultados desde el punto de vista del cliente y su permanencia en el tiempo, buscando crecer en reconocimiento de marca, agilidad y facilidad de los procesos internos, productividad en generación de Ingresos, desarrollo del talento humano todo esto en sinergia para generar resultados a largo plazo.

Los elementos clave de la compañía parten desde uso de Recursos Humanos como Tecnológicos para:

- Generación y Crecimiento de Ingresos
- Mejora en Niveles de Satisfacción y Control de Deserción
- Control de Siniestralidad y Fraude
- Administración de Costos (Directos o Indirectos) que permitan mejorar los resultados sin impactar al cliente.

Estos elementos al unirse forman alianzas, proyectos que se enfocan en obtener objetivos a corto, mediano y largo plazo.

2.6.4. Tipo de empresa, estado legal actual; Socios participantes.

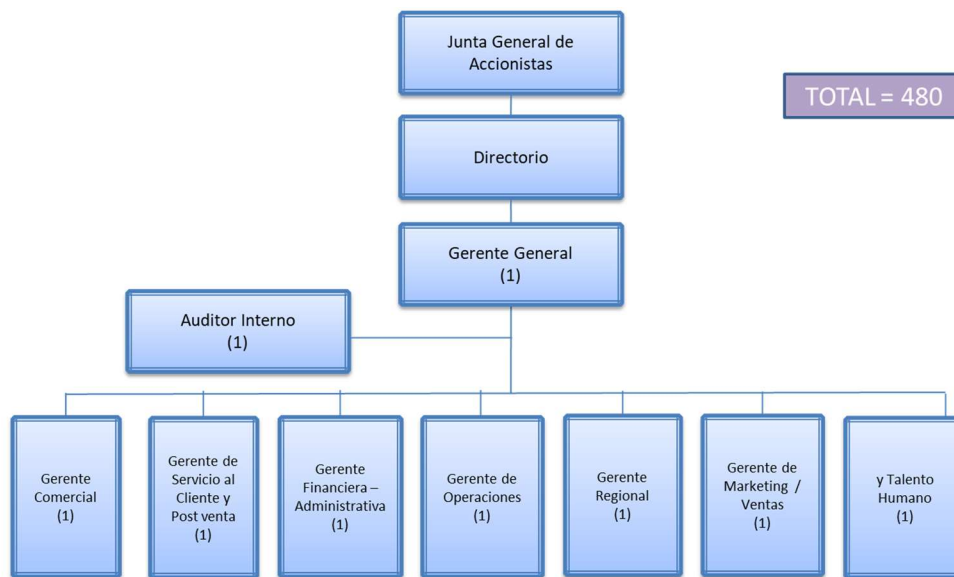
La compañía de Medicina Prepagada es una empresa legalmente constituida en el país, con operaciones desde noviembre de 1994. Es parte de un Grupo Corporativo Empresarial (Médico Clínico) que lo conforma el principal Hospital privado del Ecuador ranqueado como el más grande del Ecuador y Red de Centros Médicos Ambulatorios, (por ser información confidencial no se revelan los nombres de las entidades).

El principal accionista de la compañía con más del 98% de participación es un Hospital Privado, el cual en su estructura societaria más del 50% de sus acciones son poseídas por una Fundación y el resto de las acciones son poseídas por personas naturales.

2.6.5. Estructura Organizacional

Organigrama:

Gráfico 14 Organigrama de la Compañía



Fuente: Elaboración Propia, Información de la Compañía.

Ubicación: La compañía presta sus servicios a nivel nacional, su matriz está en la ciudad de Quito y tiene oficinas en Guayaquil y Cuenca, cuenta con distintos puntos de atención a nivel nacional en base a las necesidades principalmente localizadas en Grandes Hospitales y Clínicas Privadas.

2.6.6. Ventaja competitiva

“Brindamos el acceso a los mejores prestadores y proveedores del país, a través de una cultura organizacional basada en un servicio ágil, cálido, confiable y humano” (HUMANA S.A., 2021)

El lema busca brindar una percepción más sensitiva, personalizado la visión como la forma de entender al cliente y ayudarlo brindado soluciones para sus

atenciones médicas, esta visión no se puede ver en 1 solo punto, tiene que entenderse desde el porqué, el qué y el cómo.

Para la Compañía esto forma parte de la ventaja competitiva la que se basa en la innovación de los servicios digitales, desde la compra e-commerce hasta los procesos de reembolso 100% digitales; con productos flexibles, acordes a la realidad de los distintos segmentos de mercado.

Esta forma de ver a la compañía se alinea al GRUPO no solo es la percepción como financiador sino como parte integral del sistema de salud privado, y parte desde la visión del accionista hacia la perspectiva del usuario. (GRUPO CONCLINA, 2021)

Los objetivos financieros de la compañía se apalancan en base a la consecución de resultados esperado que estos sean mayores o iguales al 3% del Ingreso de forma anual y que los mismos vaya evolucionando en el largo plazo hasta llegar a un 10%, la compañía también busca una adecuada administración de flujos de efectivo mediante una estrategia de recaudo eficiente y con plazos adecuados que permitan un nivel de apalancamiento adecuado tanto para cumplir la promesa del valor al cliente como una cadena de pagos adecuada para el proveedor.

2.6.7. Estrategia de posicionamiento

Finalmente podemos evaluar que la Estrategia genérica de posicionamiento de la compañía se basa en diferenciación de productos mediante la segmentación de mercado para posteriormente buscar liderazgo de costos que finalmente permitirá generar valor al cliente y a la misma empresa a largo plazo. (Ucha, 2021)

2.7. Conclusiones del capítulo

La crisis financiera a nivel mundial, junto con los efectos del COVID-19 han influido negativamente en la economía del Ecuador; además, la inestabilidad del

gobierno y el endeudamiento externo ha incrementado la tasa de desempleo y pobreza en el país, así mismo han causado un impacto fuerte en las compañías de Medicina Prepagada y Seguros a nivel mundial.

La nueva normalidad a causa de la pandemia ha retraído el comercio en algunos segmentos del mercado ecuatoriano, sin embargo, ha brindado oportunidades a otros, en la venta de bienes y servicios a través del comercio electrónico.

En este caso al tratarse de seguros de medicina prepagada, no existe una lealtad a la marca, ya que el cliente siempre va a buscar el producto más barato, el que le represente una mayor percepción de cobertura al riesgo, es por este motivo que la lealtad a la marca se constituye por la experiencia personal.

La competencia en esta industria es fuerte por lo que la compañía tiene retos importantes en tratar de crecer en los segmentos de productos más rentables.

Sin duda los niveles de rentabilidad esperados se basan en una estrategia mixta de crecimiento de ingresos y contención de costos mediante acciones de control gestión y prevención de gestión de siniestros mejorando la forma de gestionar técnica y operativamente sus reclamos.

Hay varios aspectos que pueden impactar la siniestralidad en las compañías los cuales son internos gestionables bajo una adecuada administración de riesgos y tarifas, hay otros elementos que son externos que no se pueden controlar y afectan sin duda el costo en este tipo de compañías.

3. CAPÍTULO 3:

3.1. Funcionamiento de las Estrategias de la Compañía:

La estrategia general se resume en la misión de la Compañía, que consiste en respaldar y acompañar a sus clientes en la atención de sus necesidades de salud con una gestión perdurable en el tiempo.

Los constantes cambios en la demanda y capacidad financiera de los potenciales clientes, ha empujado a la compañía a plantear una estrategia integral, basada en productos competitivos, asociación de marca con importantes y respetados prestadores del medio, y un servicio de excelencia.

La compañía ofrece servicios de medicina prepagada, y por ende un intangible, la promesa de servicio incluye: un trato humano, calidad médica, facilidad y agilidad en el acceso y uso, confiabilidad en la prestación y resolución.

La estrategia se estructura dentro de un marco que contempla las variables de marketing. Esta oferta incorpora un análisis del entorno socioeconómico, normativo del país, y se segmenta en 4 ámbitos de productos con niveles de cobertura en productos individual, empresarial, corporativo y masivo.

Finalmente, parte de la estrategia de la compañía se basa en rentabilizar sus resultados aparte del modelo de ingresos hacia el control de costo (siniestralidad) y rentabilización de las inversiones que posee en su portafolio.

3.2. Funcionamiento de Estrategias de Penetración y posicionamiento:

3.2.1 Penetración

En estos ámbitos se persigue una estrategia de penetración y posicionamiento en los segmentos socioeconómicos A, B y C+, por medio de una propuesta de valor que compite efectivamente en cuanto a prestaciones, diferenciadores y costos frente a otras ofertas del mercado.

Las estrategias están alineadas a orientar a sus afiliados para que tengan el acceso a la atención médica de calidad y seguridad que necesitan.

Los consumidores se diferencian dependiendo del tipo de plan:

Planes individuales, familiares y masivos: está conformado en su mayor parte por titulares de 35 a 44 años, un 53% de la cartera son mujeres. Son familias conformadas por titulares más uno o titulares más familia. El motor de contratación de los 35 a 44 años es la necesidad de cobertura, mientras que de 25 a 34 años es la previsión.

Planes empresariales: los decisores son las gerencias de recursos humanos o gerencias generales de las empresas. Tienen un promedio de 3 titulares por empresa. El 96% de las empresas que contratan este tipo de planes para la compañía son microempresas.

Planes corporativos: Enfocado a empresas de más de 25 titulares, diseñados a medida de las necesidades y presupuesto de cada compañía, tienen distintos perfiles de riesgo y plan basados generalmente en brindar cobertura al mayor nivel a menor precio, el margen de este producto es menor, pero en volumen representa el 64% de la Cartera de la Compañía para 2021.

3.2.2 Canales de distribución:

Se basan en los diversos productos y los segmentos a quienes van dirigidos.

- Fuerza de Venta Directa a individuos y pequeñas y medianas empresas.
- Fuerza de Venta Indirecta a empresas grandes y corporaciones. Este canal es atendido por Ejecutivos Corporativos o Bróker.
- Canales Masivos o de Grandes Superficies o masas poblacionales con necesidades específicas.

3.2.3 Posicionamiento:

Los principales factores diferenciadores son los siguientes:

- Acceso a la red más completa de más de 2.300 prestadores médicos a nivel nacional
- Disponibilidad de información: Comunicación clara y oportuna al afiliado de las condiciones del plan a través de diversos canales y CRM.
- Mantiene alianzas estratégicas con firmas y prestadores médicos reconocidos como los mejores a nivel nacional para ofrecer planes de cobertura médica diferenciadores, innovadores y de calidad.
- Acompañamiento y asesoría permanente para el adecuado uso del plan de cobertura médica

3.3. Estrategias de precios

3.3.1 Notas Técnicas:

Las Bases de tarificación de primas en las compañías de seguro conocidas como notas técnicas, son todos aquellos cálculos que se llevan a cabo por un actuario calificado para determinar el costo de la prima en función del tipo de riesgo o cobertura de seguro siguiendo los principios de suficiencia y de equidad basados en segmentos de prima a los que un cliente/ afiliado aplicaría de acuerdo a su perfil de riesgo y dependiendo de lo que desee contratar, junto con la modalidad del tipo de cobertura de seguro.

En el Ecuador dichas bases técnicas son controladas, supervisadas y aprobadas por la Superintendencia de Compañías y Seguros de acuerdo con la Ley de Medicina Prepagada vigente. (Allianz, 2022)

3.3.2 Precios:

Finalmente, la estrategia de precios que administra la compañía se basa en brindar la mejor relación costo beneficio, ajustándose éste a brindar un monto de cobertura competitivo en el mercado aplicando descuentos sobre la tarificación técnica para cada producto y comparativos de similares ofertas en el mercado nacional.

3.4. Estrategias de Promoción y Comunicación:

Promoción: La promoción de productos para potencializar el cumplimiento del presupuesto general y las ventas se administra a través del equipo de marketing quien es el encargado de crear aquellas actividades y medios encaminados a estimular la penetración de la marca e incremento de la demanda de los productos en la compañía.

El enfoque se basa en el permitir al posible cliente conocer sobre un producto o los cambios en precio, calidad, coberturas utilizando campañas en distintos canales y evaluando el resultado respecto al cumplimiento de metas, ROI del Marketing, Modelo de Vida del Cliente y Retorno sobre la inversión efectuada a través de descuentos, comisiones y nuevas coberturas.

Diferenciación sobre los Productos: Las coberturas de los productos individuales y empresariales se alinean con necesidades de la población, entre las que destacan cobertura a madres embarazadas, control del niño sano con consultas y vacunas a infantes y niños, acceso a atenciones médicas con solo la cancelación de un porcentaje de su valor, permanencia dentro del plan sin límite de edad, entre otros.

Los productos corporativos se estructuran a la medida de las necesidades del cliente, y mantienen servicios y coberturas acorde a cotizaciones grupales. Por ser grupos poblacionales grandes, pueden ofrecerse beneficios adicionales con costos competitivos y dentro de rangos de precios menores a los manejados en planes individuales.

Los productos masivos de la compañía se enfocan en atender necesidades puntuales, como por ejemplo la cobertura contra el cáncer, lesiones deportivas y cobertura dental. Bajo este enfoque, los productos masivos complementan al resto de productos del portafolio de la compañía, brindando accesibilidad a través de su precio a una gran masa poblacional.

Marketing y Comunicación: Para posicionar la marca y comunicar los productos o servicios de manera efectiva se ha utilizado campañas en canales ATL como BTL y Digital:

Canales ATL

- Radios: Cuñas publicitarias para lograr awareness de marca, logrando transmitir credibilidad y recordación.

Canales BTL

- Relaciones Públicas
- Activaciones en segmentos de interés.
- Auspicios
- Marketing directo
- Impresos: boletín informativo, material publicitario: afiches, banners, material pop, etc.

Digital:

- Página web
- Correo directo, SMS, WhatsApp
- Redes Sociales

3.5. Funcionamiento de la estrategia operativa

La compañía se compromete a financiar los gastos por servicios de asistencia médica en los que incurra el contratante o afiliados de acuerdo con las cláusulas de sus contratos, bajo las condiciones del plan escogido y conforme a los procedimientos y requisitos determinados, los cuales son de conocimiento del Contratante.

En cada uno de los planes se encuentran fijados los montos máximos a ser restituidos por cada prestación, el procedimiento y los límites a los que están sujetos.

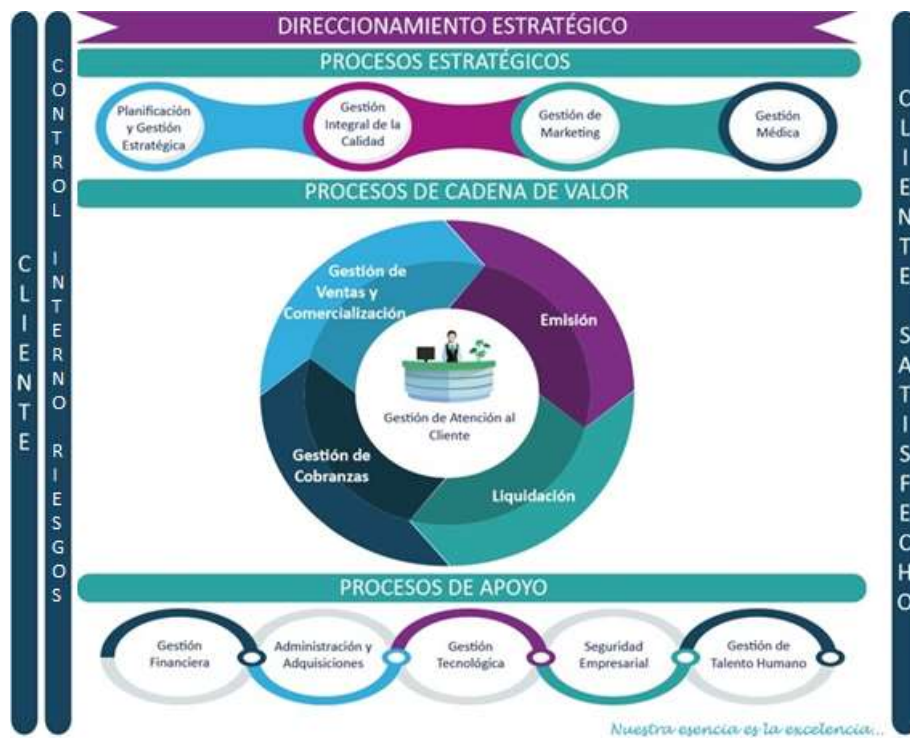
Las prestaciones médicas se encuentran establecidas en cada plan, las cuales en términos generales y sobre las cuales la compañía reconocerá su cobertura siempre y cuando se encuentren relacionadas a un diagnóstico final y sus costos sean razonables y acostumbrados de acuerdo con la práctica médica ecuatoriana, así como sus métodos reconocidos en la literatura mundial vigente, para esto existe el área de operaciones que administrada por equipos interdisciplinarios enfocados en gestionar los precios de atenciones (convenios), liquidar las prestaciones o reclamos, otorgar créditos y auditar condiciones de cobertura.

3.5.1 Descripción del proceso:

3.5.1.1 Cadena de Valor

Dentro de los procesos Estratégicos y de la Cadena de Valor de la Organización se pueden ver de forma clara en la siguiente figura donde todo el proceso y las subactividades relacionadas con la gestión de la Salud – Operaciones Médicas: Auditoría Médica, Gestión de Convenios, Gestión de Créditos, Liquidación de Reclamos forman parte integral y que agrega valor para la Organización:

Gráfico 15 Cadena de Valor de la Compañía

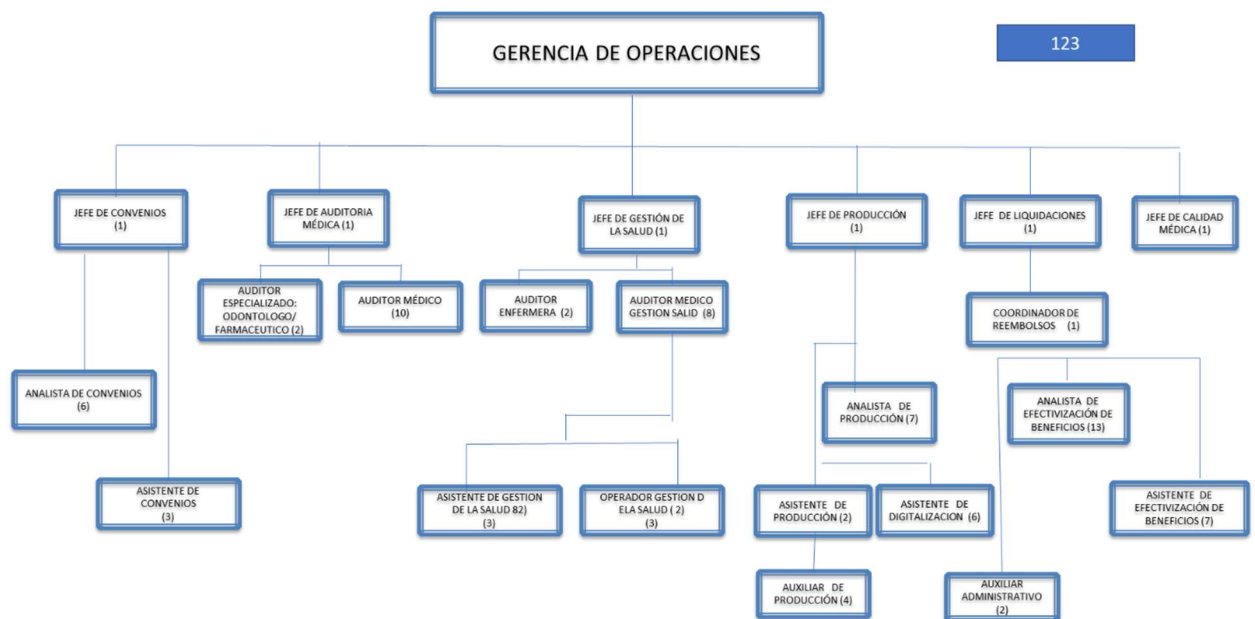


Fuente: Equipo de Procesos – Información de la Compañía

3.5.1.2 Operaciones – Core de Liquidación de Reclamos

A continuación, para un mejor entendimiento de esta investigación se presenta el organigrama del área de Operaciones de la compañía y el número de personas que desempeñan las actividades en cada uno de los cargos.:

Gráfico 16 Organigrama de Operaciones

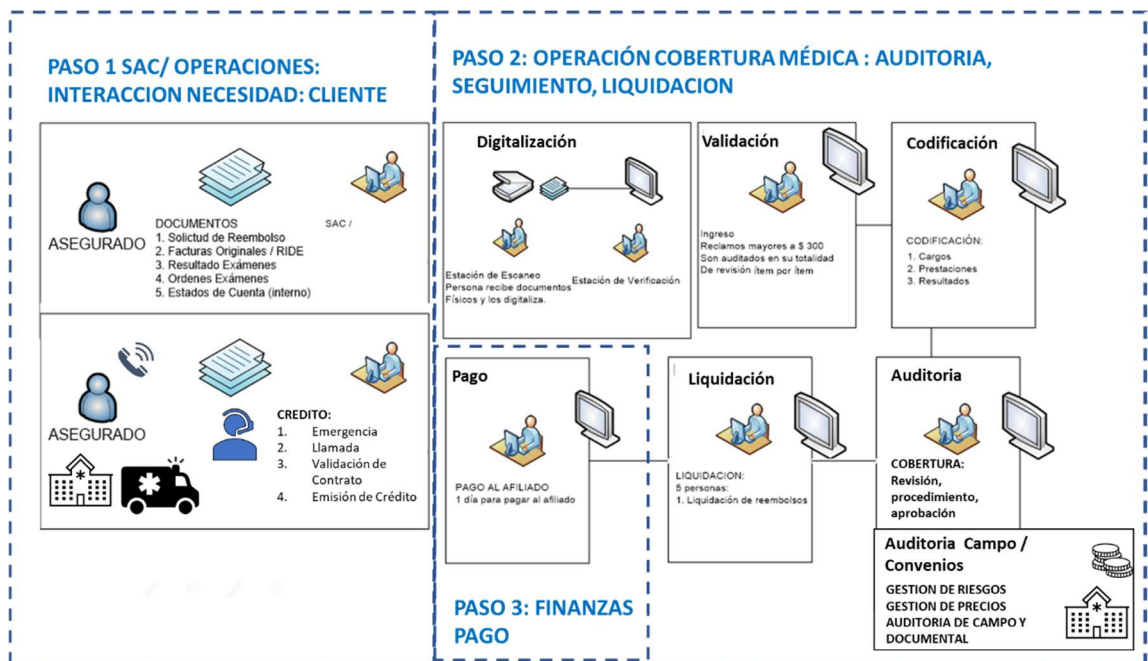


Fuente: Equipo de Talento Humano – Información de la Compañía

La Gerencia de Operaciones en la Compañía desempeña labores fundamentales para la organización relacionadas desde la parte de suscripción de contratos (es decir el ingreso de documentos de venta de planes) y validación contractual médica de las declaraciones de salud esto asociado al proceso de Generación de Ingresos (Venta) esto es desempeñado por el equipo de Producción.

Cerca del 90% del equipo de Operaciones forma parte del proceso de pagos de reclamos de prestaciones médicas en el siguiente gráfico se detalla de forma general los pasos que se siguen para la gestión de los incidentes con los afiliados, cobertura y pago, posterior se detallará con mayor enfoque el proceso de liquidación.

Gráfico 17 Proceso de Operaciones – Liquidación y Pago de Reclamos

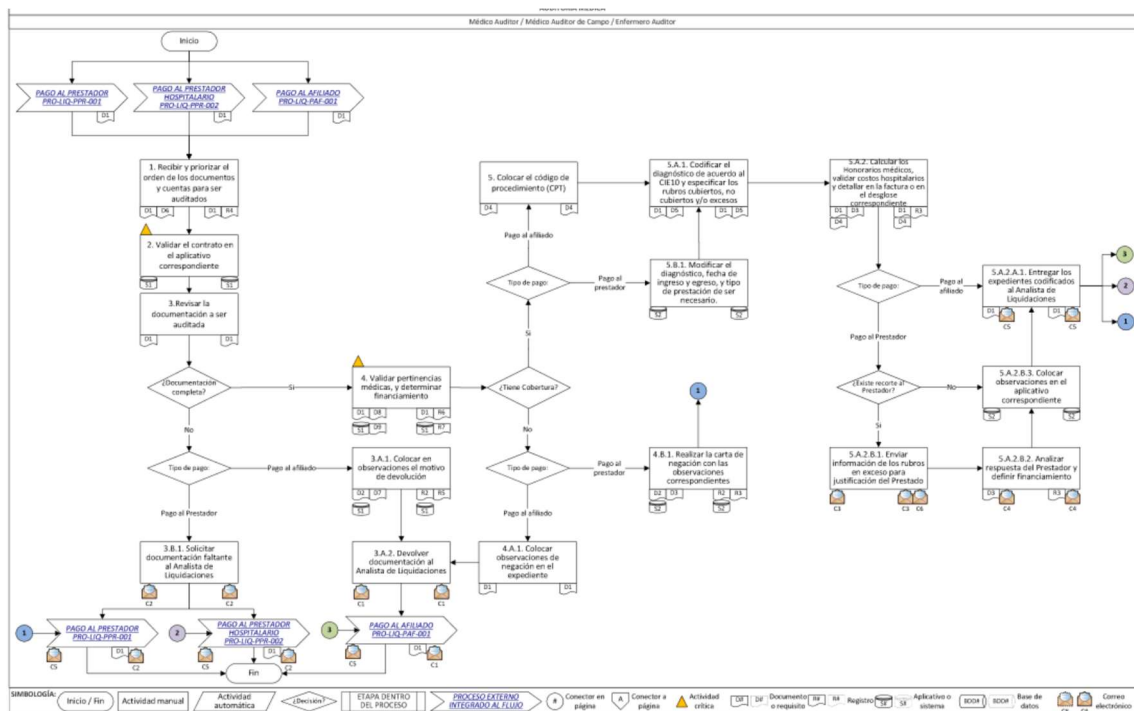


Fuente: Equipo de Procesos – Información de la Compañía

3.5.1.3 Conocimiento del Proceso de Liquidación y Auditoria

Para determinar los factores de riesgo dentro de los procesos de liquidación de siniestros y auditoria médica se hizo una evaluación de los procesos internos asociados a todo el equipo relacionado a este proceso, sus actividades, políticas y procedimientos respecto a lo cual podemos resumir en el siguiente flujograma la metodología de liquidación hasta el pago propiamente dicho al beneficiario del reclamo:

Gráfico 18 Flujoograma del proceso de Liquidación de Siniestros



Fuente: Equipo de Procesos – Gerencia de Operaciones de la Compañía - Proceso de Liquidación y Auditoría Médica

Existen procedimientos que permiten realizar auditorías respecto a los reclamos los mismos establecen actividades generales y actividades a cubrir para cumplir dicho procedimiento, pero no existe un manual de procedimientos de auditoría basada en riesgos, o enfoques que generen alertas para determinar acciones, evaluar indicadores, estadísticas, permitan determinar diferencias, errores, posibles fraudes que puedan afectar a la compañía ya sea por acciones manuales o desarrollos de modelos automáticos o predictivos en la compañía.

Para evaluar la aplicación de los procesos se realizó validaciones documentales respecto a las liquidaciones realizadas tanto documentalmente, como por aplicación de seguimiento de procesos, entrevistas con personal, y revisiones con el equipo de contraloría de la compañía.

3.5.2 Capacidad instalada y Productividad:

3.5.2.1 Equipo asignado al Proceso

El equipo de Operaciones Médicas – Control, Liquidación está compuesto por las siguiente subáreas y número de personas:

Tabla 1 Sub-Áreas y Recursos HC 2021

SUB AREA	HC
AUDITORIA MEDICA	24
CALIDAD	2
CONVENIOS	10
GESTIÓN DE LA SALUD	16
LIQUIDACIONES	46
DIGITALIZACION	10
TOTAL	108

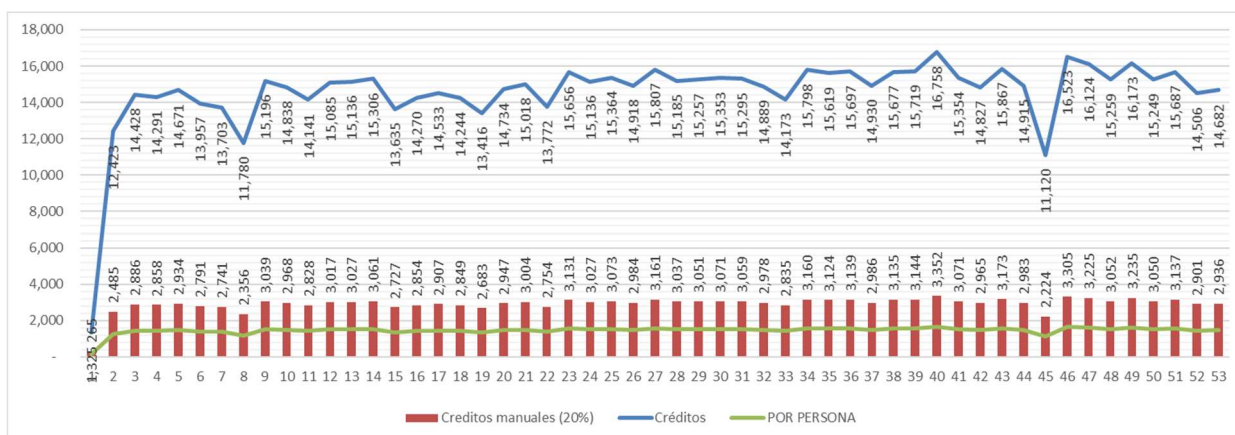
Fuente: Equipo de Nómina – Gerencia de Operaciones de la Compañía - Proceso de Liquidación y Auditoria Médica

3.5.2.2 Gestión y Capacidad

La capacidad depende proporcionalmente al volumen de reclamos y créditos solicitados por los afiliados y el tamaño de los Ingresos de la compañía, en los siguientes gráficos se muestra el número de transacciones por cada tipo de transacción realizada por la compañía:

1. Créditos por Atenciones Médicas:

Como podemos ver en el siguiente gráfico y tabla la capacidad del equipo asociada a la emisión de créditos asignado a 2 recursos que gestionan el 20% de los créditos emitidos con una capacidad de emisión promedio de 5.5 créditos por hora:

Gráfico 19 Volumen de Créditos Emitidos 2021

Fuente: Información de la Compañía – Elaboración Propia

Tabla 2 Resumen Estadístico de Créditos Emitidos

Estadístico	Beneficiarios Únicos	Créditos	Creditos manuales (20%)	POR PERSONA	POR DIA	POR HORA	POR C/10 M (INC INEFICIENCIA)
Media	7,566	14,593	2,919	1,459	292	36	6
Error típico	139	293	59	29	6	1	0
Mediana	7,696	15,018	3,004	1,502	300	38	6
Moda	7,838	15,136	3,027	1,514	303	38	6
Desviación estándar	1,010	2,134	427	213	43	5	1
Varianza de la muestra	1,020,713	4,554,403	182,176	45,544	1,822	28	1
Curtosis	32	29	29	29	29	29	29
Coefficiente de asimetría	-5	-5	-5	-5	-5	-5	-5
Rango	7,415	15,433	3,087	1,543	309	39	6
Mínimo	1,138	1,325	265	133	27	3	1
Máximo	8,553	16,758	3,352	1,676	335	42	6
Suma		773,419	154,684	77,342			
Cuenta	53.00	53.00	53.00	53.00	53.00	53.00	53.00
Nivel de confianza(95%)	278.47	588.23	117.65	58.82	11.76	1.47	0.22

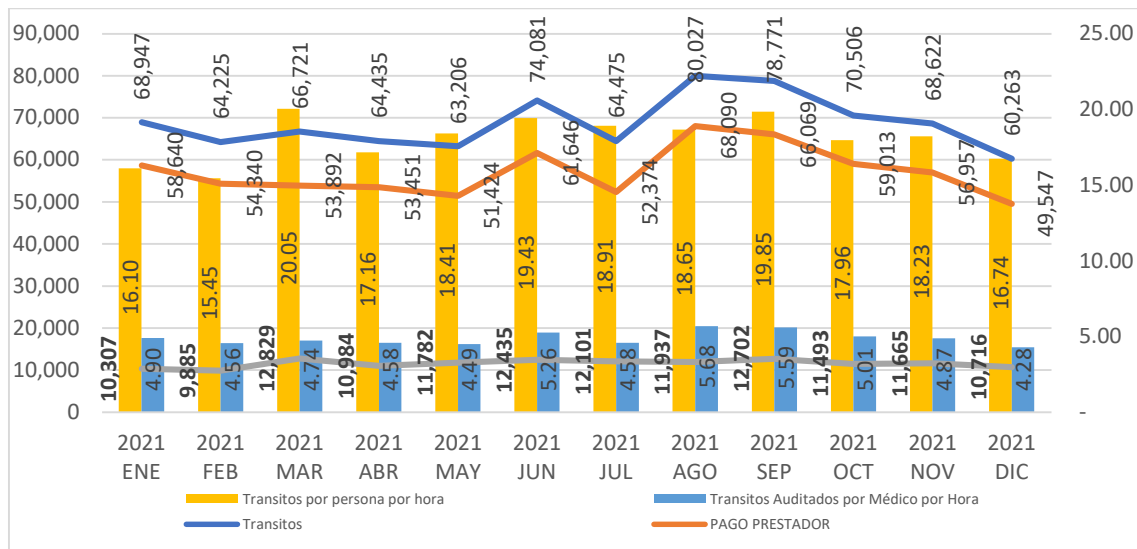
Fuente: Información de la Compañía – Elaboración Propia

El volumen promedio de créditos emitidos por la compañía por mes es de 14.593 de los cuales el 80% son emitidos de forma automática y el 20% requiere participación de equipo de gestión de la salud.

II. Reclamos por Atenciones Médicas:

Como podemos ver en el siguiente gráfico y tabla respecto a la capacidad del equipo asociada a la liquidación de reclamos y auditoría médica asignado a 42 recursos.

Gráfico 20 Volumen de Liquidaciones y Procesos por HC realizadas por tipo 2021



Fuente: Información de la Compañía – Elaboración Propia

Tabla 3 Resumen Estadístico de Reembolsos Liquidados

Detalle	Tránsitos	Pago Prestador	Pago Afiliado	Transitos por	Reclamos > US\$	Transitos
Media	68,690	57,120	11,570	18	3,434	5
Error típico	1,791	1,676	270	0	90	0
Mediana	67,672	55,649	11,724	18	3,384	5
Desviación es	6,204	5,806	934	1	310	0
Varianza de la	38,487,142	33,705,436	872,580	2	96,218	0
Curtosis	-0	-0	-1	-1	-0	-0
Coficiente de	1	1	-0	-0	1	1
Rango	19,764	18,543	2,944	5	988	1
Mínimo	60,263	49,547	9,885	15	3,013	4
Máximo	80,027	68,090	12,829	20	4,001	6
Suma	824,279	685,443	138,836	217	41,214	59
Cuenta	12	12	12	12	12	12
Nivel de confi	3,942	3,689	594	1	197	0

Fuente: Información de la Compañía – Elaboración Propia

El volumen promedio de liquidaciones por mes de la compañía es 68,690 tránsitos o reclamos pagados de los cuales el 83% corresponde a pago a prestador es decir se gestiona por médico de créditos ya sean por atenciones

ambulatorias, de emergencia, y hospitalarias en un promedio de 57,120 transacciones por mes.

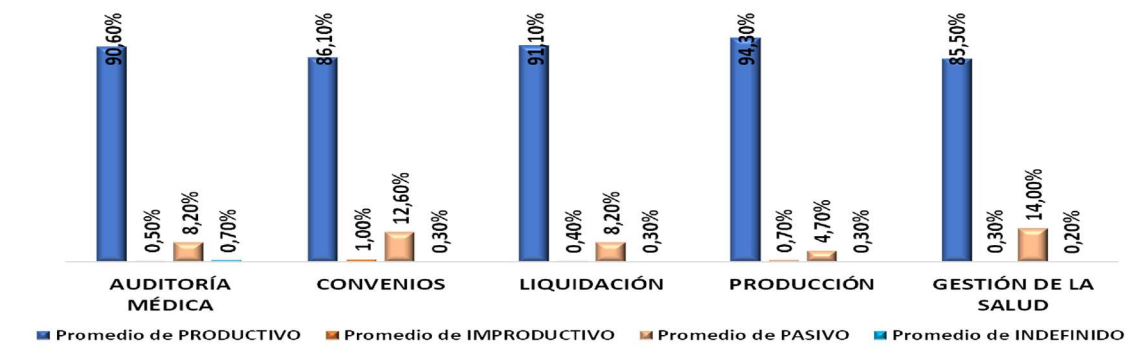
Los pagos a afiliados corresponden el 17% de las transacciones realizadas al mes como modalidad reembolso las cuales se pagan de forma directa al cliente en un volumen mensual de 11,570 transacciones en promedio, estas transacciones son liquidadas por un contingente de recursos promedio de 20 asignados a este trabajo 8 horas al mes que procesan alrededor de 16 hasta 19 reclamos por hora.

El volumen de reclamos auditados por equipo especializado en auditoria médica que corresponde a volumen de reclamos con montos mayores a partir de US\$300 fluctúa en un 5% de las liquidaciones totales de la compañía es decir un promedio de 3,434 reclamos al mes ejecutado por 22 recursos que da un promedio de 4 a 6 reclamos auditados por hora.

3.5.2.3 Productividad

La compañía mensualmente realiza evaluaciones de productividad de los procesos, actividades y gestión interna de cada equipo de las cuales se ha determinado que un rango de productividad del equipo fluctúa entre un 85% a un 94% en un periodo de 1 año. (HUMANA S.A. - EQUIPO DE PROCESOS, 2021)

Gráfico 21 Resumen de Productividad de Área



Fuente: Equipo de Procesos – Gerencia de Operaciones de la Compañía - Proceso de Liquidación y Auditoría Médica

3.6. Situación financiera actual:

Como pudimos ver en la sección 2.5 del Capítulo 2 de esta investigación los resultados objetos de este estudio respecto a los indicadores de siniestralidad y efectos de costo en las distintas líneas se puede evidenciar el incremento de costos por reclamos que ha afectado a la rentabilidad de la compañía.

A continuación, se muestran la información financiera respecto a sus Estados Financieros los que son auditados y preparados de acuerdo con normas y prácticas contables establecidas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera y bajo normas NIIF en lo que no existe regulación aplicable de forma local resumidos en los siguientes cuadros:

Tabla 4 Estado de Resultados Resumen 2019-2021

Pérdidas y Ganancias (en miles)	2019	%	2020	%	% Crec.	2021	%	% Crec.
INGRESOS	76,499.6	100.0	76,964.2	100.0	0.6	82,499.9	100.0	7.2
REEMBOLSOS	53,077.6	69.4	45,820.5	59.5	(13.7)	60,428.4	73.2	31.9
Provisiones Técnicas	37.1	0.0	2,488.9	3.2	6,601.0	(2,347.2)	(2.8)	(194.3)
MARGEN TÉCNICO	23,384.9	30.6	28,654.9	37.2	22.5	24,418.6	29.6	(14.8)
Gasto de Ventas	8,354.7	10.9	9,528.6	12.4	14.1	10,010.8	12.1	5.1
Sueldos y Beneficios	6,645.4	8.7	7,022.4	9.1	5.7	8,084.8	9.8	15.1
Otros Gastos Operacionales	5,452.7	7.1	5,379.0	7.0	(1.4)	5,288.9	6.4	(1.7)

TOTAL, GASTOS	20,452.7	26.7	21,930.0	28.5	7.2	23,384.5	28.3	6.6
UTILIDAD OP	2,932.2	3.8	6,724.9	8.7	129.3	1,034.2	1.3	(84.6)
Otros Gastos (Ingresos) Financieros	(656.4)	(0.9)	(1,200.1)	(1.6)	(82.8)	(1,180.1)	(1.4)	1.7
Otros Gastos	2,118.3	2.8	(45.9)	(0.1)	(102.2)	574.8	0.7	1,353.1
UTILIDAD AI	1,470.3	1.9	7,970.9	10.4	442.1	1,639.4	2.0	(79.4)
Provisión de Impuestos	436.5	0.6	2,714.0	3.5	521.7	574.8	0.7	(78.8)
UTILIDAD NETA	1,033.8	1.4	5,256.9	6.8	408.5	1,064.6	1.3	(79.7)
EBITDA	3,617.5	4.7	9,828.5	12.8	171.7	(144.1)	(0.2)	(101.5)

Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

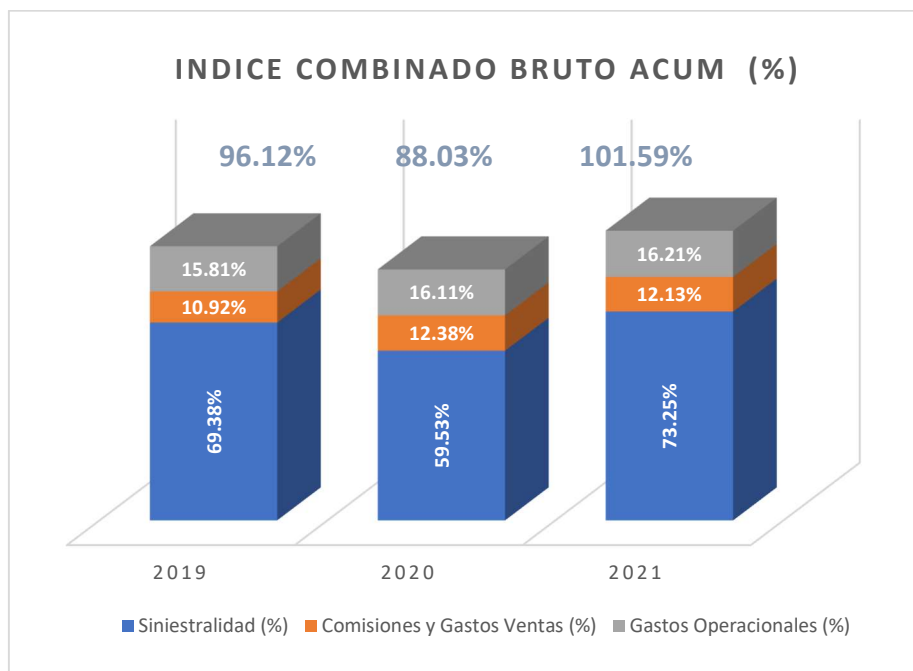
Tabla 5 Balance General Resumen 2019-2021

Balance General (miles)									
	dic-19	%	dic-20	%	% Cr	dic-21	%	% Cr	
Efectivo e Inversiones CP	9,297	42	16,534	55	78	15,723	53	-5	
Cartera y Otras Cuentas por Cobrar	4,522	20	3,703	12	-18	4,615	16	25	
Otros Activos Corrientes	229	1	550	2	141	596	2	8	
TOTAL, ACTIVO CORRIENTE	14,048	63	20,787	69	48	20,935	70	1	
Activo Fijo	6,068	27	8,700	29	43	8,208	28	-6	
Inversiones Financieras y Acciones	1,932	9	585	2	-70	374	1	-36	
Otros Activos No Corrientes	197	1	244	1	23	235	1	-3	
TOTAL, ACTIVO NO CORRIENTE	8,198	37	9,529	31	16	8,817	30	-7	
TOTAL, ACTIVOS	22,245	100	30,316	100	36	29,752	100	-2	
Obligaciones Corto Plazo	4,505	29	9,229	48	105	9,703	55	5	
Otros Pasivos Corrientes	783	5	848	4	8	1,119	6	32	
Reservas Técnicas	6,393	41	8,881	46	39	6,534	37	-26	
TOTAL, PASIVOS CORRIENTES	11,680	75	18,959	98	62	17,357	98	-8	
Obligaciones Largo Plazo	0	0	0	0		0	0		
Otros Pasivos Largo Plazo	3,821	25	377	2	-90	369	2	-2	
TOTAL, PASIVO NO CORRIENTE	3,821	25	377	2	-90	369	2	-2	

TOTAL, PASIVO	15,501	100	19,336	100	25	17,725	100	-8
Capital Suscrito y Pagado	3,768	56	3,768	34	0	3,768	31	0
Reservas y Resultados	2,976	44	7,212	66	142	8,259	69	15
TOTAL, PATRIMONIO	6,744	100	10,980	100	63	12,027	100	10
TOTAL, PASIVOS Y PATRIMONIO	22,245	100	30,316	100	36	29,752	100	-2

Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

Gráfico 22 Índice Combinado Compañía de Medicina Pre Pagada 2019-2021



Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

Con base a la naturaleza de los servicios que brinda la Compañía, estima que uno de sus principales indicadores de desempeño es el índice de siniestralidad por la línea de negocio, el cual le permite monitorear la rentabilidad de las líneas de negocio al relacionar las variables de reclamos liquidados en un período determinado

Tabla 6 Estado de Flujos de Fondos de la Compañía 2019-2021

ESTADO DE FLUJO DE FONDOS				
		diciembre		
		2020	2021	%
	Disponible Inicio	97	57	0
	Ventas Netas	76,964	82,500	100
[+]	Resultado Neto	5,257	1,065	1.3
[+/-]	Conceptos No Financieros	3,135	-692	-0.8
[=]	Capacidad de Autofinanciamiento Operacional	8,392	372	0.5
[+/-]	Variación en Cuentas por Cobrar	96	-407	-0.5
[+/-]	Variación en Prestadores / Proveedores	4,301	-442	-0.5
[-]	Dividendos por Pagar	-	-	0.0
[+/-]	(Disminución) Incremento de Sobregiros	-817	1,850	2.2
[+/-]	Impuestos & Obligaciones Laborales x Pagar	871	-894	-1.1
[+/-]	Otras Cuentas de Activo y Pasivo Corrientes	255	-1,241	-1.5
[=]	Variación Capital de Trabajo	4,707	-1,135	-1.4
[+/-]	Otras Cuentas largo Plazo	-	-	0.0
[=]	Flujo Operacional	13,099	-763	-0.9
[-]	Activos Fijos (CaPex)	-5,955	-306	-0.4
[-]	Inversiones en Bancos & Otras M/P	-5,929	1,103	1.3
(a) [=]	Flujo Residual de Inversiones	1,214	34	0.0
[+/-]	Inter-Compañías No Comerciales	-232	53	0.1
[+]	Aportes de Capital / Reservas / Dividendos	-1,021	-18	-0.0
(b) [=]	Flujo de Financiamiento	-1,253	36	0.0
(a) + (b)	Incremento o (Decremento) en Disponible	-39	69	0.1
	Posición Neta de Efectivo	57	126	0.2

Encargo Fiduciario Obligaciones	0	0	0.0
---------------------------------	---	---	-----

Disponible Final Efectivo	57	126	0.2
---------------------------	----	-----	-----

Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2020-2021.

La principal fuente de liquidez son los flujos de efectivo provenientes de las actividades operacionales de la Compañía. Para administrar la liquidez de corto plazo, la Compañía se basa en los flujos de caja proyectados para un período de doce meses, los cuales consideran los vencimientos de los activos y pasivos financieros y los planes de financiamiento futuros de la Compañía.

Tabla 7 Principales Indicadores Financieros de la Compañía 2019-2021

RATIOS FINANCIEROS	2019	2020	2021	FÓRMULA	SIGNIFICADO
Prueba Ácida	\$ 1.13	\$ 1.10	\$ 1.21	$\frac{\text{DISPON. + REALIZABLE}}{\text{EXIGIBLE A CORTO PLAZO}}$	Capacidad para atender las obligaciones de pago a corto sin vender existencias
Liquidez	\$ 0.75	\$ 0.84	\$ 1.42	$\frac{\text{ACTIVO CIRCULANTE}}{\text{PASIVO CIRCULANTE}}$	Capacidad para hacer frente a las obligaciones a corto basándose en la realización del activo circulante
Solvencia	\$ 1.44	\$ 1.57	\$ 1.68	ACTIVOS TOTALES	

				PASIVOS TOTALES	Estructura de financiación del inmovilizado
Endeudamiento (Apalancamiento)	\$ 26.57	\$ 32.89	\$ 0.37	PASIVO EXIGIBLE	Relación entre financiación propia y ajena
				ACTIVOS TOTALES	
Rentabilidad	1.35%	6.83%	0.94%	RESULTADO NETO x 100	Rentabilidad de la venta
				VENTAS	
Patrimonio Técnico	174.00%	164.00%	196.00%	RESULTADO NETO x 100	Rentabilidad sobre el Patrimonio
				PATRIMONIO	
ROE	15.33%	47.88%	8.85%	RESULTADO NETO x 100	Rentabilidad sobre el Patrimonio
				PATRIMONIO	

Fuente: Elaboración Propia Información Financiera de la Compañía 2019-2021.

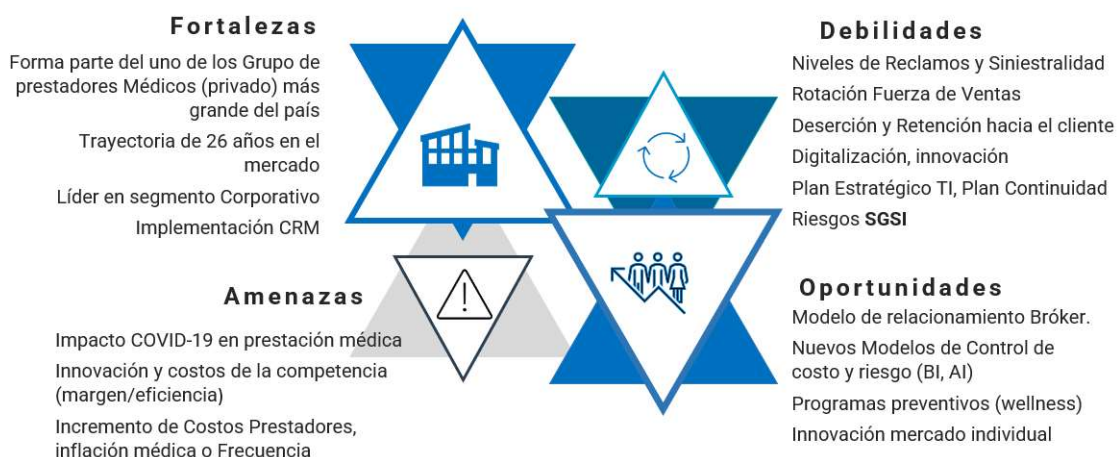
Las actividades de la Compañía la exponen a una variedad de riesgos financieros: riesgos de mercado (riesgo de precio), riesgo de crédito, riesgo de liquidez y riesgo de capitalización. El programa general de administración de riesgos de la Compañía se concentra principalmente en lo impredecible de los mercados financieros y trata de minimizar potenciales efectos adversos en el desempeño financiero de la Compañía.

3.7. Análisis FODA

La compañía dentro de su planificación hace constantemente su evaluación FODA para poder captar de mejor forma el cómo aprovechar

las Debilidades y convertirlas en fortalezas y las amenazas en Oportunidades a continuación el gráfico respecto al FODA general de la compañía:

Gráfico 23 Matriz FODA de la Compañía



Fuente: Planificación Estratégica de la compañía 2021.

Dentro de la matriz FODA se puede ver claramente que esta identificada como una debilidad el monto de los reclamos y siniestralidad ya que existen oportunidades para implementar proyectos que permitan minimizar errores, permitan minimizar el impacto de crecimiento de costos y fraudes hacia la compañía.

3.8. Definición de la estrategia específica planteada para el mejoramiento de alto impacto

La creciente necesidad de adoptar un nuevo enfoque hacia la administración de riesgos en especial en este tipo de compañías se ha vuelto fundamental, por lo que es crítico adoptar metodologías de gestión de riesgos y control interno por medio de auditorías focalizadas que permitan obtener los resultados esperados respecto a los reclamos de los clientes por prestaciones médicas en la organización.

Se plantean estrategias basadas en la implementación de protocolos de auditoría interna para las operaciones recurrentes en base proceso administrativos formales que permitan identificar, evaluar o medir, controlar, ajustar o mitigar y supervisar los distintos factores de riesgo dentro de las competencias y responsabilidades del proceso de liquidación de prestaciones médicas.

Para esto se plantea el implementar como procedimiento con personal asignado únicamente a esta tarea como un equipo de Control y Gestión de Riesgo en la Organización enfocado en cumplir las siguientes acciones de mejora y evaluación:

- I. Identificación de los principales riesgos de los procesos de liquidación y pago de reclamos:
 - a. Evaluación de la documentación sobre reclamos, informes, facturas, exámenes, estadía por tipo de enfermedad, precios, prestadores médicos, frecuencia e incidencia, perfil del cliente
 - b. Inventarios y clasificación de contingencias, riesgos y para cada actividad.
 - c. Evaluaciones, cuestionarios y entrevistas con el personal responsable de cada una de las actividades en ejercicio de funciones asociadas al procesos que permitan conocer los las actividades de control clave que buscan mitigar o minimizar los riesgos y conocer las funciones y tareas en cada área
 - d. Visitas de evaluación, inspección, cumplimiento y seguimiento a los responsables las mismas deben ser documentales y de campo.

- II. Magnitud sobre el levantamiento realizado evaluando los siguientes parámetros:
 - a. Frecuencia: corresponde a la estimación de la probabilidad de ocurrencia de un riesgo.

b. Impacto: corresponde al perjuicio que se produciría en caso de ocurrir un riesgo (siniestro), la misma se realiza teniendo en cuenta: lo siguiente

- Tamaño de la Organización, tipo de productos comercializados, similitud de planes y siniestralidad propia del sector salud, y principales competidores.
- Nivel de comunicación sobre incidentes que ya pudieron ser detectados.
- Evaluación de las acciones y resultados de las medidas de reducción y control que se estén aplicando en la empresa.
- Actividades realizadas por cada evaluación y porcentaje de influencia de cada tanto en frecuencia, como en costo tanto del recurso usado como el resultado obtenido en los procedimientos de la organización.
- Medir el grado de exposición al riesgo y efectos obtenidos tanto en la situación financiera de la compañía como efectos para el cliente.
- Incidencia o efecto en los reclamos de los clientes tanto en su permanencia en la compañía como si pudieron afectar en la salida del cliente.
- Evaluación del entorno en la región, localidad efectos de incremento de casos, pandemias, situación política, competencia
- Tipo de productos suscritos, interrelación en planes cuyos beneficiarios sean mutuos, niveles de cobertura, precios, políticas de suscripción y evaluación de riesgos por tipo de enfermedad y ustedes posteriores incluyendo evaluaciones médicas.

- Montos, estadísticas sobre los importes de las reclamaciones recibidas y pagadas segmentadas por tipo de prestador, enfermedad, frecuencia, producto, contrato, cliente, comparativos por periodo o estacionalidad
 - Frecuencia y casos de excepción aplicados en un rango de tiempo, tipos de excepciones, impacto en reclamos y en evaluaciones con los clientes.
 - Reclamos legales, litigios y leyes aplicables y normativas que regulen al sector.
- III. Objetivo sobre el análisis de las acciones de control sobre los riesgos para establecer mecanismos de mitigación adecuados que permitan:
- a. Evaluar si existen controles sobre los riesgos
 - b. Nivel de comunicación y control que se realiza por parte de la compañía sobre los resultados o hallazgos detectados.
 - c. El conocimiento, diseño, implementación y análisis sobre la aplicación de programa auditoría interna y evaluación de riesgos.
 - d. Incentivos, metas y desempeño sobre los resultados de la operación y control de siniestralidad
 - e. Evaluaciones, negociaciones otros medios de pago para aplicación de acciones que permitan controlar costos.
 - f. Niveles de eficiencia y efectividad en los recursos
 - g. Evaluaciones en procesos de auditoria concurrente, documentación, negociaciones, Comunicaciones, aprobaciones y seguimiento de acciones de control y seguimiento
 - h. Aplicación de Tecnología en conocimiento y alertas que permitan evaluar o implementar acciones que minimicen los errores, alertas de fraude y acciones implementadas en la operación de la compañía

- IV. Otros mecanismos que permitan una adecuada evaluación y mitigación de riesgos.
- a. Sistemas de transferencia del riesgo como seguros
 - b. Medidas técnicas como son incorporación de profesionales especializados en otro tipo de análisis que permitan tener mejor comprensión de los reclamos como puede ser: Especialistas Química – Farmacéutico, Actuarios – Financieros, incorporación de software para prevención de fraude entre otras
 - c. Planes de contingencia.
 - d. Medidas organizativas como equipo de especialistas en realizar evaluaciones de control y de implementación de correctivos.
(Isabel Casares San José-Martí - AUDITOOL, 2017)

3.9. Conclusiones del Capítulo

La compañía mantiene estrategias de gestión, posicionamiento que le permiten gestionar sus recursos para el cumplimiento de objetivos generales, más se requiere mejorar el enfoque hacia acciones que permitan administrar los riesgos de reclamos de mejor forma.

La gestión de recursos para la colocación y venta de planes se basa en aprovechar los canales disponibles utilizar niveles de precios competitivos en el mercado y aprovechar las ventajas de las condiciones de cada tipo de plan adaptado a las necesidades de los clientes en la organización

Los recursos asignados actualmente por la compañía hacia el área de operaciones no permiten que el área se enfoque en prevenir o mitigar riesgos sino se enfocan en validaciones basadas en montos y en capacidad de los equipos lo que no permite un actuar adecuado de los recursos basado en planes de gestión de riesgo.

Se debe tener en cuenta para el análisis de las medidas de control establecidas para gestionar los riesgos lo siguiente:

- La existencia de medidas tomadas e implementadas que puedan ser adecuadas y trazables.
- La posibilidad de estandarizar las acciones, planes o evaluaciones sobre las acciones de mejor que reduzcan el riesgo.
- El grado de cumplimiento de las acciones de control y evaluaciones a través seguimientos periódicos. (Isabel Casares San José-Martí - AUDITOOL, 2017)

4. CAPÍTULO 4:

4.1. Supuestos a considerar para la elaboración de la propuesta:

Los supuestos a considerar para la esta propuesta de mejora son:

- Inflación Médica anual 2%
- Recuperación Económica del país en un 3% frente a 2021
- Covid-19: No se tiene claro temas de vacunas, refuerzos de otro tipo de medicamentos para el COVID-19 o impacto respecto a las regulaciones de cobertura para las compañías de Medicina Prepagada, posiblemente se declare enfermedad Endémica.
- Incertidumbre Política plantea escenarios diversos frente a enfoques de derecha e izquierda que pueden afectar la ya golpeada economía y a la estabilidad del Gobierno. Presión Social creciente por inseguridad, demandas de sectores Indígenas y Gremiales, pero no se esperan cierres o restricciones nacionales.
- Implementación de equipo de auditoría médica financiera que consta de 12 recursos, y 1 software de gestión de auditoría interna para monitorear el desempeño del equipo

4.2. Objetivos de crecimiento y/o financieros de la mejora propuesta:

- Crecimiento del 2% del ingreso frente al tamaño de la compañía en 2021 por mejora en venta de planes, contracción de líneas de negocio no rentables, y menora en los indicadores de deserción (abandono) de clientes para la compañía

- Disminución de Siniestralidad de por lo menos 2 puntos porcentuales efecto de disminución de severidades por COVID, mejoras en suscripción a partir de 2021 hasta 2025
- Generación de un ahorro de 1% puntos de siniestralidad para la compañía al año 2022 hasta llegar a un 1.5% en 2026 por implementación de acciones y correctivos asociados a este proyecto.
- Rentabilidad de la competencia (principales competidores son equivalente al 6.43%) por lo que se espera que para 2021 el nivel de rentabilidad de la compañía sea equivalente al 3%
- Crecimiento de la compañía en los ingresos de las Líneas Individuales 4% frente a una contracción del 3% frente a una línea corporativa es decir un crecimiento de ingresos esperado de US\$2.6MM
- Mejora en los indicadores de siniestralidad de la compañía de un cierre de 73% para 2021 a un 66.65% para 2022 y mejoras progresivas hasta 2025 en llegar a un 63.39% de siniestralidad.
- Generación de un Ebitda aproximado equivalente o mayor al 4% de los Ingresos

4.3. Diseño y desarrollo de la opción de mejora propuesta

Como parte del proyecto se debe implementar un proceso que permita conocer la realidad respecto a la gestión de riesgos y el apetito de la compañía respecto de los reclamos basados en aplicación de principios aplicables en la realización de auditorías:

4.3.1 Priorización de Riesgos Relevantes:

Realizar distintas revisiones apoyada con conocimiento de especialistas financieros, riesgos, auditoría interna, médicos, especialistas en seguros, fraude para determinar riesgos relevantes para el proceso evaluado.

4.3.2 Entendimiento del Riesgo Relevante:

Todo riesgo considerado como relevante para la organización debe tener estrategias, políticas, límites respecto a cómo la Organización lo administra, y el equipo encargado es ahí donde centrará sus esfuerzos en entender y priorizar sus actividades.

4.3.3 Enfoque en procesos críticos:

El equipo asignado debe tener claridad en todo proceso considerado importante para la organización ya sea desde el punto de vista de continuidad como de impacto, cualquier auditoría debe tener como objetivo centrar las revisiones para detectar errores o plantar mejoras en el proceso.

4.3.4 Enfoque Financiero:

Si la auditoría también tiene un enfoque en el detalle de las transacciones se pueden aplicar procedimientos de evaluación aplicadas a metodologías estándar ya probadas.

4.3.5 Especialista en el negocio:

Conocer a un nivel de detalle adecuado el funcionamiento de todas las líneas y productos en el negocio y la integridad de los riesgos comprendiendo el alcance y especificidad de cada uno enfocados en análisis de datos, evaluaciones de metodologías y modelos de gestión, predicción y valoraciones cuantitativas sobre la información.

4.3.6 Planes de Auditoria elaborados de forma integral:

Los planes deben evaluar cada proceso crítico y la gestión de cada uno de los riesgos usando 3 criterios:

- a. Gobierno, determinará si la estructura de los equipos sus roles, responsabilidades, funciones son adecuadas.
- b. Riesgo, determinar si los tomadores de decisiones están alineados a la estrategia de riesgo de la compañía o si existen brechas que no se alinean al objetivo del proceso evaluado,
- c. Control considera si las acciones tomadas permiten asegurar que las medidas son preventivas o mitigadores de riesgo y forman parte de la cultura de todos los colaboradores de forma continua.

4.3.7 Sugerir Indicadores:

Crear indicadores de gestión, dashboards de calor, alertas validar su seguimiento y acciones si fuera el caso.

4.3.8 Genera valor:

Generar recomendaciones que permitan crear valor, acciones que mejorar la gestión del proceso, no solo cerrar un informe con sus observaciones, generar valor. (Deloitte - Mauricio Solano, 2021)

4.4. Flujo y Proceso propuesto:

Para realizar evaluaciones adecuadas se aplicarán procedimientos mapeados en las normas de Auditoría Interna que brindan guía efectiva de cómo realizar procedimientos para realizar evaluaciones de acuerdo con el tipo de proceso:

A continuación, se muestra de forma gráfica el proceso de Auditoría Interna propuesto:

Gráfico 16 Flujo para Auditoría Interna



Fuente: Red Global de conocimientos en Auditoría y Control Interno Auditool.com

Los siguientes pasos son necesarios para realizar las evaluaciones de riesgos respecto a un enfoque de auditoría para el proceso de liquidaciones con un enfoque basado en riesgos:

4.4.1 Primera Etapa (Plan de Auditoría):

Planificar, considerando procesos operativos, ciclos de transacciones, estacionalidad de negocio, proyectos, niveles de transacciones, materialidad de las mismas, programas que la compañía puede realizar tomando énfasis especial en aquellas situaciones que aumentan el riesgo y no permitan a la organización alcanzar sus objetivos estratégicos, tomando en cuenta tiempo, presupuesto, recursos, programas tecnológicos, necesidades de especialistas, comunicaciones.

4.4.2 Segunda etapa (Ejecución de Auditoría)

Dividida en las siguientes etapas:

- a. Planificación de recursos y trabajo a ejecutar por cada actividad:

- i. Memorando de planificación: Establece alcance de la auditoría, designa el equipo y, necesidad de especialistas, se presupuesta costos, cronogramas
- ii. Recopila información del entorno corporativo, como políticas y procedimientos, matriz de riesgos, organigramas, aplicaciones de sistemas de TI, etc.
- b. Comprensión del objeto de evaluación: Como forma de tener una imagen completa del proceso bajo revisión, transacción por transacción. (puede ser por narrativa o por la forma gráfica flujograma).
- c. Evaluación de Riesgos y Controles del proceso evaluado.
- d. Determinar procedimientos de auditoría y las técnicas de recolección de información como fuente de evidencia de la efectividad del control del proceso auditado.

4.4.3 La tercera etapa (ejecución de la auditoría)

Aquí se aplican técnicas y procedimientos para recopilar, analizar y formalizar el cumplimiento de los objetivos de auditoría por medio de:

- e. Recolección, indexación y mapeo de evidencias.
- f. Evaluación de Riesgos, efectividad de controles, objetivos de evaluación y observaciones o ajustes sugeridos.
- g. Matriz de Seguimiento y Observaciones
- h. Evaluación de resultados.

4.4.4 Cuarta etapa (Comunicar e Informar Resultados)

Aquí se preparará el informe de auditoría. Enfocado en Opinión de auditoría, Resumen ejecutivo y Recomendaciones

4.4.5 Quinta etapa (seguimiento de Planes de acción)

Aquí se puede dar un seguimiento respecto al riesgo, acciones correctivas o de prevención, rediseño de estrategias e implementación de otro tipo de acciones que permitan minimizar el riesgo o tomar correctivos al proceso. (Auditoool - Eduardo Person/ C.P. Iván Rodríguez, 2018)

4.5. Simulación de procesos evaluados y acciones de mejora

Se realizaron varias evaluaciones de Riesgo del proceso de reclamos enfocadas en Incremento de siniestralidad basados en características de riesgo distintas las que se determinaron como principales indicadores de crecimiento de costos evaluado por expertos mencionadas en el capítulo 2 y aplicando el proceso detallado en los puntos 4.3 y 4.4. de esta investigación detallando los siguientes hallazgos evaluados en el Anexo 3 de esta investigación.

4.5.1. Hallazgos detectados en evaluaciones específicas:

1. Incremento de frecuencia dados por fallas en los procesos de liquidación y auditoría interna ocasionados por errores
2. Incremento de costos asociados a acciones de riesgos moral de afiliados por acciones fraudulentas no detectadas.
3. Incremento de frecuencia en coberturas específicas por fallas en procesos de segregación de funciones y procesos de créditos y reclamos automatizados.

4.5.2. Acciones de mejora:

1. Implementación de acciones correctivas en procesos de control detectivos
2. Evaluación de incrementos basados en perfiles de riesgo por prestador, afiliado, cliente, tiempo, criticidad, tipo de atención, tipo de reclamo, volumen no solo por monedas sino por números.
3. Desarrollo de programas de auditoria basados en riesgos que permitan mitigar riesgos,
4. Consultoría para implantación de controles y evaluación de software especializado en gestión de riesgos en seguros.

4.6. Indicadores sobre el nuevo proceso

Los cambios solicitados en evaluaciones no afectan al proceso de liquidación ya que son acciones que se pueden implementar mediante controles automáticos mediante programación y esto afecta en tiempo en tipear la información del SRI de las facturas en 15 segundos más por liquidación.

Se plantea la contratación de recursos especializados en programas de auditoría para la ejecución de acciones y evaluaciones que permitan integrar mejoras en los procesos lo que significa mayores recursos.

Para el proceso de 1 auditoría se determina que 1 evaluación integra dependiendo del volumen de transacciones puede ejecutarse en 1 mes de trabajo enfocando a 4 recursos a tiempo completo más tiempo del supervisor llevando un total de 5 recursos

La implementación de mejoras se realizará como un micro proyecto a ejecutarse en 1 mes más por 2 recursos a tiempo completo haciendo evaluaciones de ajuste y control determinando la efectividad de las acciones a implementar.

A la totalidad de recursos se ejecutarán 2 auditorías por mes enfocados en control de costos y mejoras en los procesos que permitan minimizar errores, y detectar fraudes.

Como ejemplo se incluye gráfico por evaluación de riesgo modelo de alertas por software especializado:

Gráfico 16 Software Especializado en Alertas tempranas modelo de siniestralidad.

Score Gravedad Anomalia	Score	KPI	Nombre KPI	Fecha Inicio	Grupo de negocio	Grupo Empresarial	Prestador	Vendedor
809.59	0.50	1,619.17		Dec 2020	CORPORATIVO			
115.40	0.50	350.79		Feb 2020	CORPORATIVO			
122.47	0.50	744.94		Sep 2020	CORPORATIVO			
95.70	0.50	191.40		Apr 2020	CORPORATIVO			

Fuente: Equipo de Contraloría y B.I. – Información de la Compañía

Indicadores de Crecimiento de Costos, en base a estas alertas se puede realizar análisis más detallados y tomar acciones más puntuales asociadas a los controles y riesgos.

Tabla 8 Indicadores de Crecimiento de costos

TIPO ATENCIÓN	% Variaciones Costo x Caso Presentado	
	Var 2021 VS 2019	Var 2021 VS 2020
TA_AMBULATORIO	29.80%	3.24%
TA_EMERGENCIA	18.55%	2.45%
TA_HOSPITAL DEL DIA	33.59%	3.54%
TA_HOSPITALARIO	7.67%	-1.04%
	43.30%	5.30%

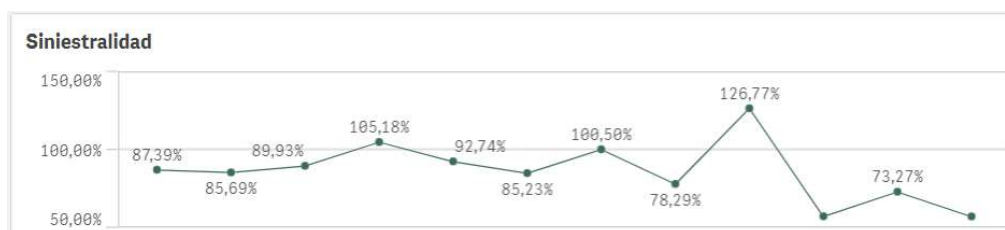
Fuente: Equipo de Contraloría y B.I. – Información de la Compañía

Tabla 9 Indicadores de Crecimiento de costos por línea de Negocio

GRUPO NEGOCIO		
GN_CORPORATIVO	24.53%	3.84%
GN_EMPRESARIAL	35.92%	14.89%
GN_INDIVIDUAL	11.79%	-2.55%
GN_MASIVO	372.87%	120.44%
GN_PLAN ODONTOLOGICO	16.80%	-0.28%
GN_RENACER	-9.94%	2.92%
GN_TOTAL	22.56%	4.10%

Fuente: Equipo de Contraloría y B.I. – Información de la Compañía

Revisión de Incremento de Siniestralidad ejemplo:

Gráfico 16 Gráfico de Ejemplo Alertas por siniestralidad

Fuente: Equipo de Contraloría y B.I. – Información de la Compañía

4.7. Análisis Financiero de la propuesta de mejora

Para determinar la viabilidad del proyecto se ha presupuestado como ya se mencionó un rango del 1% al 1.5% de ahorro en costos de reclamos en pagos de siniestros con la implementación de software de detección de riesgos, y personal enfocado en auditoría de acuerdo con estas variables se ha establecido una simulación de 5 años lo que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 10 Análisis de Costos del Proyecto, evaluación de Flujos 5 años

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	TOTAL 5A
REEMBOLSOS SINIESTRALIDAD	56,920.12	58,649.09	59,283.05	59,177.72	59,544.29	293,574.26
	67.7%	66.0%	64.8%	62.5%	61.8%	64.5%
REEMBOLSOS CON PROYECTO	56,078.82	57,583.00	58,001.96	57,757.09	58,099.49	287,520.36
	66.7%	64.8%	63.4%	61.0%	60.3%	63.1%
AHORROS PROYECTOS (- SINIESTRALIDAD)	841.29	1,066.09	1,281.08	1,420.63	1,444.81	6,053.90
	1.0%	1.2%	1.4%	1.5%	1.5%	1.3%
(AHORROS)	841.29	1,066.09	1,281.08	1,420.63	1,444.81	6,053.90
SALARIOS & BENEFICIOS LEGALES						
SUPERVISOR (INC BENEF LEGALES COM)	100.80	100.80	100.80	100.80	100.80	504.00
AUDITOR (INC BENEF LEGALES COM)	336.00	336.00	336.00	336.00	336.00	1,680.00
GASTOS SALARIOS	436.80	436.80	436.80	436.80	436.80	2,184.00
GASTOS OPERACIÓN						
CAPACITACION	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	30.00
ARRIENDOS- COWORKING	2.40	3.60	6.00	6.00	6.00	24.00
INCENTIVOS	12.00	12.00	12.00	12.00	12.00	60.00
SOFTWARE COMISIONES	75.00	75.00	43.20	43.20	43.20	279.60
TOTAL GASTOS ADM	95.40	96.60	67.20	67.20	67.20	393.60
TOTAL COSTO PROYECTO	532.20	533.40	504.00	504.00	504.00	2,577.60
RESULTADO PROYECTO	309.09	532.69	777.08	916.63	940.81	3,476.30
IMPUESTOS (ESCUDO FISCAL)	- 112.05	- 193.10	- 281.69	- 332.28	- 341.04	- 1,260.16
TOTAL RESULTADO + ESCUDO FISCAL	420.15	340.30	222.31	171.72	162.96	1,317.44
FLUJO						
(+) GASTOS NO SON DESEMBOLSOS						
ESCUDO FISCAL	112.05	193.10	281.69	332.28	341.04	1,260.16
TOTAL GASTOS NO SON DESEMBOLSOS	112.05	193.10	281.69	332.28	341.04	1,260.16
(-) SALIDAS						
DESARROLLO SOTWARE	- 150.00	75.00	-	-	-	75.00
TOTAL SALIDAS NO SON DESEMBOLSOS	150.00	75.00	-	-	-	75.00
FLUJO NETO DEL PROYECTO (SALIDAS)	682.20	458.40	504.00	504.00	504.00	2,652.60

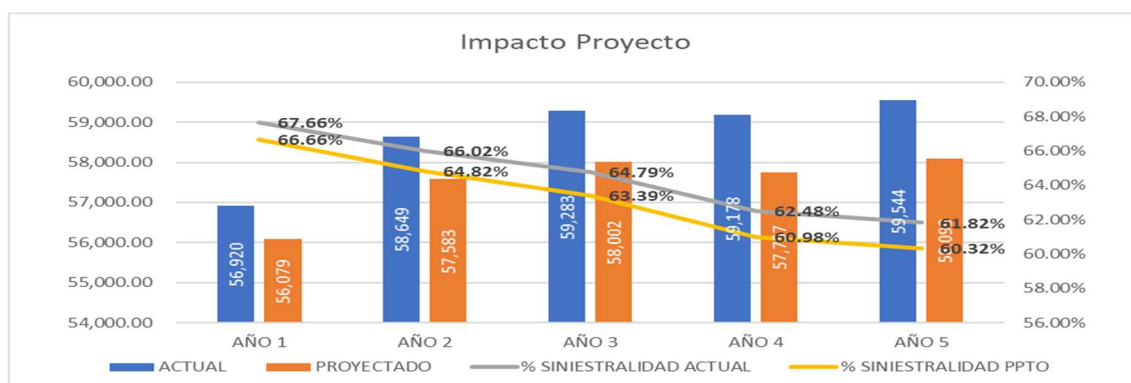
Fuente: Elaboración propia. – Información de la Compañía

Tabla 11 Proyección de Resultados Costo vs Ahorro PG compañía a 5 años con proyecto

RECLAMOS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	TOTAL
ACTUAL	56,920.12	58,649.09	59,283.05	59,177.72	59,544.29	293,574.26
PROYECTADO	56,078.82	57,583.00	58,001.96	57,757.09	58,099.49	287,520.36
(AHORROS)	841.29	1,066.09	1,281.08	1,420.63	1,444.81	6,053.90
% SINIESTRALIDAD ACTUAL	67.66%	66.02%	64.79%	62.48%	61.82%	64.45%
% SINIESTRALIDAD PPTO	66.66%	64.82%	63.39%	60.98%	60.32%	63.12%
% AHORRO	1.00%	1.20%	1.40%	1.50%	1.50%	1.33%
COSTOS	532.20	533.40	504.00	504.00	504.00	2,577.60
RESULTADO NETO	309.09	532.69	777.08	916.63	940.81	3,476.30
INVERSIÓN	- 682.20	- 458.40	- 504.00	- 504.00	- 504.00	- 2,652.60
TIR		16.53%				
VAN 5A		2,385.59				

Fuente: Elaboración propia. – Información de la Compañía

Gráfico 24 Gráfico de Ahorros vs Projectado por proyecto 5 años



Fuente: Elaboración propia. – Información de la Compañía

4.8. Resultados Projectados de la compañía

La implementación del proyecto permite a la compañía generar un retorno mayor al resultado de 2021 el cual es creciente ya que la eficiencia de las acciones a implementar permitirá absorber los costos del proyecto en un plazo de 5 años.

Tabla 12 Proyección de Resultados PG compañía a 5 años con proyecto

Pérdidas y Ganancias (en miles)	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%	2026	%
INGRESOS	82,499.9	100.0	84,129.3	100.0	88,840.6	100.0	91,505.8	100.0	94,708.5	100.0	96,320.5	100.0
REEMBOLSOS	60,428.4	73.2	56,078.8	66.7	57,583.0	64.8	58,002.0	63.4	57,757.1	61.0	58,099.5	60.3
Provisiones Técnicas	(2,347.2)	(2.8)	130.3	0.2	245.3	0.3	155.8	0.2	72.2	0.1	585.4	0.6
MARGEN TÉCNICO	24,418.6	29.6	27,920.2	33.2	31,012.3	34.9	33,348.1	36.4	36,879.2	38.9	37,635.6	39.1
Gasto de Ventas	10,010.8	12.1	10,564.7	12.6	11,042.6	12.4	11,118.0	12.2	11,549.1	12.2	11,549.1	12.0
Sueldos y Beneficios	8,084.8	9.8	8,369.4	9.9	9,016.0	10.1	9,615.8	10.5	10,026.3	10.6	10,026.3	10.4
Otros Gastos Operacionales	5,288.9	6.4	5,019.5	6.0	5,034.7	5.7	4,885.9	5.3	4,930.9	5.2	5,277.7	5.5
TOTAL GASTOS	23,384.5	28.3	23,953.5	28.5	25,093.4	28.2	25,619.7	28.0	26,506.3	28.0	26,853.1	27.9
UTILIDAD OPERACIONAL	1,034.2	1.3	3,966.8	4.7	5,918.9	6.7	7,728.4	8.4	10,372.9	11.0	10,782.5	11.2
Otros Gastos (Ingresos) Financieros	(1,180.1)	(1.4)	(660.1)	(0.8)	(1,001.0)	(1.1)	(1,424.8)	(1.6)	(1,844.5)	(1.9)	(2,121.2)	(2.2)
Otros Gastos	574.8	0.7	665.3	0.8	644.5	0.7	544.3	0.6	556.5	0.6	623.1	0.6
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	1,639.4	2.0	3,961.5	4.7	6,275.5	7.1	8,608.9	9.4	11,660.9	12.3	12,280.6	12.7
Provisión de Impuestos	574.8	0.7	1,436.1	1.7	2,274.9	2.6	3,120.7	3.4	4,309.2	4.5	4,451.7	4.6
UTILIDAD NETA	1,064.6	1.3	2,525.5	3.0	4,000.6	4.5	5,488.2	6.0	7,351.8	7.8	7,828.9	8.1
EBITDA	(144.1)	(0.2)	5,313.6	6.3	7,381.8	8.3	9,199.9	10.1	12,005.5	12.7	12,751.9	13.2

Fuente: Elaboración propia. – Información de la Compañía

4.9. Conclusiones del capítulo:

La implementación de procesos de control de riesgo y prevención de errores con equipos especializados y procedimientos de auditoría interna permitirá a la compañía generar ahorros en siniestralidad que permitirán la consecución de objetivos a corto y mediano plazo.

Es de suma importancia establecer procesos de control adecuados basados en distintos enfoques, como procesos esto permitirá identificar riesgos de formas distintas ya que las formas de evaluar acciones de riesgo moral y prevenir fraudes médicos son de distintos tipos y un solo enfoque no sería efectivo.

Evaluaciones que incluyen a profesionales con formación financiera y de auditoría interna, médica permitirá adaptar metodologías que permitan mantener un esquema operativo adecuado que permita el cumplimiento de objetivos de auditoría y de operaciones.

El entendimiento de los riesgos y procesos a un nivel de detalle máximo de similar forma permite a un equipo experto adaptar las soluciones, revisiones y enfoque hacia lo relevante e importante para la organización.

5. CAPÍTULO 5:

5.1. Conclusiones

El incremento de incidencia de reclamos ocasionados por errores, riesgo moral incluso fraude ha ocasionado efectos en incrementos de costos para la compañía que de acuerdo con estudios internacionales fluctúan entre un 3% a un 10% o más causando efectos en incremento de los índices de siniestralidad de la organización lo que ha ocasionado disminución en los indicadores de rentabilidad

Se han realizado evaluaciones aplicando la metodología de control interno, auditoría basada en riesgos sobre información histórica la cual evidencia fallas en los procesos internos, fraudes y otro tipo de problemas que necesitan correcciones inmediatas para la organización

Los recursos asignados actualmente por la compañía hacia el área de operaciones no permiten que el área se enfoque en prevenir o mitigar riesgos sino se enfocan en validaciones basadas en montos y en capacidad de los equipos lo que no permite un actuar adecuado de los recursos basado en planes de gestión de riesgo.

Existe una percepción del cliente respecto a su marca y por lo tanto no existe una lealtad a la compañía, el cliente tiende a buscar el producto más barato y que le genere mayor valor por el precio que paga, es por este motivo que la lealtad a la marca se constituye por la experiencia personal y en una adecuada administración de costos para minimizar el efecto de incrementos de precios que podrían afectar al cliente a futuro.

La implementación de procesos de control de riesgo y prevención de errores con equipos especializados y procedimientos de auditoría interna permitirá a la compañía generar ahorros en siniestralidad que permitirán la consecución de objetivos a corto y mediano plazo.

Es de suma importancia establecer procesos de control adecuados basados en distintos enfoques, como procesos esto permitirá identificar riesgos de formas distintas ya que las formas de evaluar acciones de riesgo moral y prevenir fraudes médicos son de distintos tipos y un solo enfoque no sería efectivo.

Evaluaciones que incluyen a profesionales con formación financiera y de auditoría interna, médica permitirá adaptar metodologías que permitan mantener un esquema operativo adecuado que permita el cumplimiento de objetivos de auditoría y de operaciones.

El entendimiento de los riesgos y procesos a un nivel de detalle máximo de similar forma permite a un equipo experto adaptar las soluciones, revisiones y enfoque hacia lo relevante e importante para la organización.

5.2. Recomendaciones

La compañía debe evaluar constantemente los niveles de rentabilidad esperados de sus clientes y en general ya que la estrategia mixta de crecimiento de ingresos y contención de costos mediante acciones de control gestión y prevención de gestión de siniestros mejorará los resultados de la compañía de forma acelerada

Hay varios aspectos que pueden impactar la siniestralidad en las compañías los cuales son internos propios del giro y otros externos que bajo una adecuada gestión se pueden mitigar sin afectar la percepción del cliente sobre el valor que su compañía le brinda en sus atenciones.

La compañía mantiene estrategias de gestión, posicionamiento que le permiten gestionar sus recursos para el cumplimiento de objetivos generales, más se requiere mejorar el enfoque hacia acciones que permitan administrar los riesgos de reclamos de mejor forma.

El análisis de las medidas de control establecidas para gestionar los riesgos debe tener en cuenta:

- La existencia de medidas adecuadas e implementadas que puedan ser trazables.
- La posibilidad de estandarizar las acciones, planes o evaluaciones sobre las acciones de mejor que reduzcan el riesgo.
- El grado de cumplimiento de las medidas a través seguimientos periódicos. (Isabel Casares San José-Martí - AUDITool, 2017)

Bibliografía

- Allianz. (16 de 02 de 2022). *www.allianz.es/*. Obtenido de <https://www.allianz.es/descubre-allianz/mediadores/diccionario-de-seguros/b/bases-tecnicas.html#:~:text=Las%20Bases%20t%C3%A9cnicas%20de%20un%20seguro%2C%20tambi%C3%A9n%20conocidas%20como%20notas,b%C3%A1sica%2C%20todo%20origo%2C%20etc.>
- Alvarado, E. G. (2017). *Estudio del servicio de cobertura de seguro de asistencia médica: “Un enfoque de*. Quito: Superintendencia de Control de Poder de Mercado.
- ANALISIS SEMANAL GRUPO SPURRIER. (16 de ABRIL de 2021). *ANALISIS SEMANAL - DE ECONOMIA Y POLITICA DEL ECUADOR*. Obtenido de www.ecuadoranalysis.com: <https://www.ecuadoranalysis.com/analisis/viewer/web/viewer.php?archivo=sp/as-2021-16.pdf&idioma=sp>
- ANALISIS SEMANAL- GRUPO SPURRIER. (30 de 11 de 2021). *www.ecuadoranalysis.com*. Obtenido de ANALISIS SEMANA PUBLICACION #47: <https://www.ecuadoranalysis.com/analisis/viewer/web/viewer.php?archivo=sp/as-2021-47.pdf&idioma=sp>
- ASES. (25 de 08 de 2021). <https://www.sssp.org>. Obtenido de <https://www.sssp.org/PSGPortal/fraude/>
- Asociacion de Certificadores de Fraude ACFE. (31 de 08 de 2021). *acfe*. Obtenido de <https://acfe-spain.com/recursos-contra-fraude/que-es-el-fraude>
- Auditool - Eduardo Person/ C.P. Iván Rodríguez. (12 de 11 de 2018). *www.auditool.org*. Obtenido de ¿Cómo aplicar la metodología de auditoría basada en riesgos?: <https://www.auditool.org/blog/auditoria-interna/6270-como-aplicar-la-metodologia-de-auditoria-basada-en-riesgos>
- Cabrera, D. D. (15 de 01 de 2022). Control de Costos de Servicios de Salud y Disparadores de Costo. (K. Vallejo, Entrevistador)
- Cascante, A. D. (15 de 01 de 2022). (K. Vallejo, Entrevistador)
- CM Comunidad de Madrid Gestión de Riesgos. (12 de 03 de 2022). Gestión de Riesgos. [http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/2GestiondeRiesgos\(AR\)_es.pdf](http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/2GestiondeRiesgos(AR)_es.pdf). Madrid, España: N/A.
- Collado, S. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: MC Graw Hill.
- COLOMA, E. G. (Enero de 2017). ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA . *ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA EN UNA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS, ESTUDIO DE CASO DE EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA*. Quito, Pichincha, Ecuador: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR - MATRIZ.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2021 #73*. Santiago: Naciones Unidas CEPAL.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),. (4 de 12 de 2021). *INFORME MACROECONOMICO - Estudio Económico de América Latina y el Caribe ▀ 2021*. Obtenido de www.cepal.org: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47192-estudio-economico-america-latina-caribe-2021-dinamica-laboral-politicas-empleo>
- Committe of Sponsoring Organizations of Treadeway Commission COSO. (Mayo 2013). *Control Interno - Marco Integrado Resumen Ejecutivo*. España: Instituto Auditores Internos de España.
- Crowe Horwath International. (2017). The Financial Cost of Fraud 2017. *The Financial Cost of Fraud 2017*, 10.
- Daniel Maceira, M. (Agosto de 2018). <https://www.paho.org>. Obtenido de Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de Salud: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/07-Mecanismos_Pago_Prestadores_Sist_Salud-Incentivos_Resultados_Impacto_Orgac_Paises_Desarrollo.pdf
- Deloitte - Mauricio Solano. (19 de 02 de 2021). www2.deloitte.com. Obtenido de <https://www2.deloitte.com/do/es/pages/risk/articles/un-plan-de-auditoria-basado-en-riesgos.html>
- EL UNIVERSO. (23 de 10 de 2021). *Entre crisis económica, alza de delincuencia y descontento ciudadano, las amenazas que el Presidente Lasso enfrenta a cinco meses de estar en el poder*. Obtenido de EL UNIVERSO.COM: <https://www.eluniverso.com/noticias/internacional/entre-crisis-economica-alza-de-delincuencia-y-descontento-ciudadano-las-amenazas-que-el-presidente-lasso-enfrenta-a-cinco-meses-de-estar-en-el-poder-nota/>
- Fundación Mapfre Internacional. (29 de 12 de 2021). <https://www.fundacionmapfre.org>. Obtenido de Diccionario de Seguros: <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/diccionario-mapfre-seguros/siniestralidad/>
- GRUPO CONCLINA. (11 de 12 de 2021). Filosofía Empresarial. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Grupotriples. (23 de 07 de 2021). *Salud.Grupotriples*. Obtenido de <https://salud.grupotriples.com/fraude-y-abuso/>
- GUALLICHICO, J. P. (06 de 2012). PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE RECLAMOS. *PROPUESTA DE UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA EL ÁREA DE RECLAMOS EN LA MODALIDAD DE SEGUROS DE VEHÍCULOS PARA LA EMPRESA SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.* Quito, Pichincha, Ecuador.
- HUMANA S.A. - EQUIPO DE PROCESOS. (31 de Diciembre de 2021). Informe de Productividad 2021 - RESUMEN ACTIVTRAK. *Informe de Caracter Interno*. Quito, Pichincha, Ecuador: N/A.
- HUMANA S.A. (17 de 04 de 2016). Contrato Prestación de Servicios Médicos. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Humana S.A. (31 de 08 de 2021). Estados Financieros y Presupuesto 2021. *Información Financiera*. Quito, Pichincha, Ecuador.

- HUMANA S.A. (11 de 12 de 2021). Filosofía Empresarial. Quito, Pichincha, Ecuador.
- INEC. (05 de 2021). *www.ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de Cuentas_Satelite de la Salud_2007-2019/7_Documento_metodologico:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_2007-2019/7_Documento_metodologico_CSS.pdf
- INEC. (MAYO de 2021). *www.ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2021 - Cuentas Satélite de Salud 2007-2019:
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_2007-2019/2_Presentacion_resultados_CSS.pdf
- Instituto Nacional del Seguro Chile. (04 de 2020). Introducción y principios fundamentales del seguro. *Modulo 1: PRINCIPIOS DEL SEGURO PRIVADO*. Santiago, Chile.
- IPSOS. (2021). *Estudio de Mercado Nivel de Satisfacción de Marca Compañías Medicina Prepagada*. Quito.
- Irum Matloob, S. K. (27 de 07 de 2020). Medical Health Benefit Management System for Real-Time Notification of Fraud Using Historical Medical Records. Islamabad, Pakistán.
- Isabel Casares San José-Martí - AUDITOOL. (19 de Abril de 2017). *www.auditool.org*. Obtenido de Red global de Conocimiento en Auditoría y Control Interno:
<https://www.auditool.org/blog/control-interno/5241-articulo>
- Jimenez, I. D. (15 de 01 de 2022). (K. Vallejo, Entrevistador)
- Ley orgánica a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada. (17 de Octubre de 2016). *Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica*. Ecuador: Registro oficial 863.
- López, S. C. (10 de 07 de 2007). Tesina del Curso de Postgrado en Dirección Económico-Financiera de Entidades Aseguradoras y Financieras. *El Control Interno en una entidad aseguradora*. Barcelona, España.
- Medina N, F. J. (27 de 10 de 2017). *Estrategias de diferenciación de producto*. Obtenido de <http://ojs.urbe.edu/index.php/coeptum/article/view/1620/3752>
- Molina, D. K.-P. (03 de 2015). Propuesta de una Reingeniería Antifraude Del Proceso Del Manejo De Reclamos. *Propuesta de una Reingeniería Antifraude Del Proceso Del Manejo De Reclamos de vehículos aplicado en la compañía de seguros DCPB S.A.* Guayaquil, Guayas, Ecuador: Tesis de Grado - Universidad Católica Santiago de Guayaquil.
- Nieto-Enciso, L. H. (2005). *Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia*. Bogotá: División de Salud Pública. Secretaría de Salud de Bogotá.
- Oliva F, Flores M - Deloitte. (28 de 12 de 2021). <https://www2.deloitte.com/>. Obtenido de La transformación de las compañías de seguros en la era digital:

<https://www2.deloitte.com/uy/es/pages/strategy-operations/articles/La-transformacion-de-las-companias-de-seguros-en-la-era-digital.html>

Pareja, D. M. (12 de 2021). (K. Vallejo, Entrevistador)

PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce. (17 de Octubre de 2016). *Nueva Ley para aseguradoras de salud y medicina prepagada*. Obtenido de Boletines Legales: <https://www.pbplaw.com/es/nueva-ley-aseguradoras-de-salud-medicina-prepagada/>

Portal de educación financiera - Educa. (29 de 12 de 2021). <https://www.cmfchile.c>. Obtenido de <https://www.cmfchile.cl/educa/621/w3-article-1522.html>

Posada, D. G. (21 de 11 de 2021). (K. Vallejo, Entrevistador)

Prado, I. C. (04 de 2022). (K. Vallejo, Entrevistador)

Profitas. (2016). *Estudio de Impacto en el sistema de salud Ecuatoriano de la regulación a la medicina prepagada y los seguros médicos*. Quito.

Ramos, X. (2 de 08 de 2020). *El universo.com*. Obtenido de El universo.com: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/08/02/nota/7927206/seguros-privados-han-cubierto-diez-millones-dolares-gastos-medicos>

Redacción el Universo. (2 de 08 de 2020). Las recaudaciones de los seguros privados de salud han aumentado este año. *La crisis económica afecta a los seguros que protegen los bienes.*, págs. <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/08/02/nota/7927218/seguros-economia-ecuador-2020/>.

Reinsurance Group of America RGA. (nd de nd de 2017). *www.rgare.com*. Obtenido de https://www.rgare.com/docs/default-source/knowledge-center-articles/rga-2017-global-claims-fraud-survey-white-paper---final.pdf?sfvrsn=601a588_0

Reinsurance Group of America, Incorporated RGA. (16 de febrero de 2018). *www.rgare.com*. Obtenido de <https://www.rgare.com/knowledge-center/media/research/rga-2017-global-claims-fraud-survey>

Rodríguez, L. J. (04 de 01 de 2020). *Auditool.org*. Obtenido de <https://www.auditool.org/blog/fraude/651-control-interno-importancia-en-la-prevencion-de-fraudes>

Schwab, D. P.-N. (5 de marzo de 2021). <https://www.intotheminds.com/>. Obtenido de <https://www.intotheminds.com/blog/en/concept-saturation-qualitative-research/>

SCVS. (30 de 08 de 2021). Estados Financieros Compañías de Medicina Prepagada. *EEFF 2020 2019*. Quito, Pichincha, Ecuador: ND.

Torres, C. O. (10 de 09 de 2021). <https://www.auditool.org/>. Obtenido de <https://www.auditool.org/blog/auditoria-externa/337-evaluacion-de-errores-identificados-durante-la-auditorias>

Ucha, A. P. (28 de 12 de 2021). <https://economipedia.com>. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/estrategias-genericas-porter.html>

Walter Larriva. (ND). *forodeseguridad.com*. Obtenido de
<http://www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4138.htm>

Anexos

Anexo 1 Matriz Pestel de evaluación de la Compañía

FACTOR	ASPECTO	DETALLE	TIEMPO DE IMPACTO			TIPO DE IMPACTO		
			corto (1-2 a)	Med (3-5 a)	Larg (5 - +)	Positivo	Negativo	Indiferente
POLÍTICO	Estabilidad y Estancamiento Político	Factor Político: En mayo de 2021 asumió el poder el presidente Guillermo Lasso pasando de un enfoque de centroizquierda a centroderecha posterior a 14 años de régimen de socialismo y populismo del siglo XXI esto significó para el Ecuador un cambio en la visión internacional que reflejó ajustes en los niveles de riesgo país (baja de 1169 puntos a 824 Abril 2021) los cuales a la fecha se mantienen en los mismos niveles e incremento en los niveles de confianza y perspectivas de inversión internacional; pese a este cambio no podemos olvidar que el partido del ex gobierno de la revolución ciudadana (socialismo de izquierda) tiene un 34.4% de la Asamblea lo que significa limite en la forma de gobierno para Lasso. (ANALISIS SEMANAL GRUPO SPURRIER, 2021),	X					X
	Rechazo Social a las medidas económicas		X				X	
	Poder Legislativo con mayoría contraria al régimen de gobierno			X			X	
ECONÓMICO	Situación Económica	Factor Económico: En el Informe Macroeconómico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) edición 2021, se resume el desempeño de la economía en América Latina en 2020 y habla del impacto en la Economía Ecuatoriana la cual se contrajo un 7,8% del PIB en 2020 esto causado por varios factores entre ellos el principal detonante (mundial) la pandemia por la enfermedad de COVID-19 (Coronavirus), otro de los efectos fue el desplome de la demanda interna y la caída de la demanda externa (baja de las exportaciones de bienes y servicios), reflejando que más del 80% de los sectores de actividad económica activa mostraron una variación negativa en su valor agregado bruto en 2020. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021)		X			X	
	PIB contraído		X			X		

	Efectos Covid 19		X				X	
	Perspectivas Futuro	Factor Económico: En el Informe Macroeconómico de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) edición 2021, se resume el desempeño de la economía en América Latina en 2020 y habla del impacto en la Economía Ecuatoriana la cual se contrajo un 7,8% del PIB en 2020 esto causado por varios factores entre ellos el principal detonante (mundial) la pandemia por la enfermedad de COVID-19 (Coronavirus), otro de los efectos fue el desplome de la demanda interna y la caída de la demanda externa (baja de las exportaciones de bienes y servicios), reflejando que más del 80% de los sectores de actividad económica activa mostraron una variación negativa en su valor agregado bruto en 2020. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021)	X			X		
SOCIAL	Efectos Covid 19	Entorno Social y Sanitario: El Ecuador mantiene a la fecha una situación delicada agravada por una triple crisis económica, social y sanitaria la cual se deberá atacar mediante fortalecimiento de algunos ejes: vacunas contra el covid-19, priorizar el gasto público captando fuentes de financiamiento con optimización fiscal y una mejora de la productividad para poder reactivar la economía con su correspondiente generación de empleo y bienestar en la población. (ANALISIS SEMANAL- GRUPO SPURRIER, 2021)	X				X	
	Crisis Económica Triple		X				X	
	Vacunación /		X			X		
	Descontento Social		X				X	
	Reformas Laborales/ tributarias		X			X		
		El descontento social crece en el Ecuador dados por temas relacionados con la pérdida de empleo, el alza de delincuencia inseguridad en las calles y en las cárceles y descontento de ciertos de grupos sociales exacerbado por el manejo de la crisis económica, los incrementos hasta el congelamiento de los precios de los combustibles este octubre 2021 y las reformas laborales son temas que han pasado factura al gobierno en el Ecuador. (EL UNIVERSO, 2021)	X			X		

TECNOLÓGICO	Acceso a internet	<p>Factor Tecnológico: Con la llegada del COVID-19, el uso del internet se intensifico. Sin embargo, en el Ecuador no todos los hogares cuentan con acceso a internet. Esto genera que sea más complicada la comunicación y la accesibilidad a la información para algunas personas. Según el INEC, el porcentaje de acceso a internet se ha incrementado a comparación de años anteriores. El Desarrollo de las redes sociales es indispensable para interactuar con el público y atraer nuevos clientes.</p> <p>Desarrollo de aplicaciones móviles y el uso de dispositivos electrónicos es un aspecto a tomar en cuenta como parte de la transformación digital de los canales para operación de las empresas; sin embargo, con la transformación digital va de la mano con el cambio cultural, ya que muchas veces las personas prefieren los procesos tradicionales y por miedo o ignorancia no utilizan estos medios.</p>	X			X		
	Desarrollo de las redes sociales		X			X		
	Desarrollo de aplicaciones móviles / Uso de Dispositivos Electrónicos		X			X		
	Transformación digital de los canales para operación de las empresas		X			X		
ECOLÓGICO	Ecosistemas Digitales	<p>Factor Ecológico: Con la optimización de sistemas digitales se puede reducir el uso de papel en contratos, facturas, y procesos electrónicos, la compañía al ser una compañía de Medicina Prepagada y al ser una compañía de servicios tiene un menor impacto ya que no utiliza insumos o combustibles para la generación de ingresos.</p>	X			X		
	Tipo de Servicios que Presta		X			X		
LEGAL	Compañías Altamente Reguladas (Ley de Medicina Prepagada)	<p>Factor Legal: Este tipo de compañías son altamente reguladas ya que en 2016 se normo su actividad mediante la aprobación de la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, adicional este tipo de compañías forma parte del Sistema Nacional de Salud como parte de las Sociedades Financieras, son controlada por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros, Ministerio de Salud Pública (MSP) como ente de supervisión, control y vigilancia sanitaria a través del Autoridad Sanitaria Nacional y el ACCESS (Agencia de</p>			X			X
	Vigilancia y Control Sanitario			X				X

	Regulación de Precios	Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada) respecto a la calidad de los servicios brindados, finalmente aplica como compañía legalmente constituida las Leyes Tributarias y Regulaciones vigentes en el Ecuador a la fecha.	x				x	
	Leyes Generales societarias y tributarias				x		x	

Fuente: Elaboración Propia (fuentes citadas en cada comentario)

Anexo 2 Matriz Fuerzas de Porter

VARIABLES PORTER		INTERPRETACIONES	Fuentes de Información (Cita)	Ponderación (1, 2)	Evaluación			IMPACTO TOTAL
					Me perjudica, me afecta negativamente	Me beneficia, ni me perjudica	Me beneficia, me afecta positivamente	
					-1	0	1	
Amenaza de entrada de	BARRERAS DE ENTRADA	Economías de escala	Corresponde a la Capacidad de la compañía de distribuir sus costos fijos frente al incremento de ingresos, es decir un incremento en eficiencia sin crecer en costos fijos. (Fundación Mapfre, 2021)	1		0		0
		Diferenciación de producto	Administración de planes acorde al mercado y variedad para ofertar los servicios adecuados a las necesidades y nivel económico los cuales se diferencien por Vendedor, Canal, Servicio, imagen (Medina N, Fereira J., Marzol R., 2017)	3			1	3
		Identificación y lealtad de marca	No existe una alta lealtad de la marca, los clientes buscan el producto que le permite percibir mayores beneficios a un costo moderado a sus necesidades. La lealtad se construye por experiencia personal, y de acuerdo a estudios los consumidores son menos leales en seguros en comparación con otros proveedores de otro tipo de servicios. (Mónica Díaz, 2021)	2	-1			-2
		Acceso canal de distribución	El diseño específico de las pólizas de seguro, contratos se basa en la cobertura (geográfica) que tienen a través de los prestadores médicos (red)), volumen o capacidad de ofrecer servicios distintos y sin dudar el nivel de efectividad y eficacia con que se manejan los procesos por los canales de distribución (Medina N, Fereira J., Marzol R., 2017)	1		0		0
								-1

		(web, vendedor, bróker, distribuidor, socio, app)						
	Necesidades de capital	Capital Mínimo 1MM, Capital de Trabajo, red de prestadores, Objeto único. Regulaciones de Reservas Técnicas e Inversiones	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	3			1	3
	Acceso a nueva tecnología	Existe cantidad de oportunidades para adaptarse a las necesidades de los clientes para comercializar productos y brindar servicios a través de plataformas tecnológicas amigables e intuitivas en especial para ramos como los seguros.	(Deloitte - Oliva F, Flores M., 2021)	2	-1			-2
	Acceso a productos de primera necesidad	No se considera al seguro como producto de primera necesidad	(Andrés Sevilla Arias, 2021)	1	-1			-1
	Protección gubernamental/regulación de la industria	Regulación Medicina Prepagada, Ley de Discapacidades Seguros y Ministerio de Trabajo	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	1	-1			-1
	Efecto de la experiencia (y el aprendizaje)	cercanía del vendedor, experiencia del cliente	(Medina N, Fereira J., Marzol R., 2017)	2			1	2
	Costes de captación de cliente	Los costos se relacionan al valor para captar a un cliente son altos, el costo para el cliente también es significativo si decide migrar por las implicaciones que puede tener, esto puede ser medido mediante el CLV del cliente durante un tiempo determinado.	(Alexander Russo, 2021)	3	-1			-3

BARREAS DE SALIDA	Especialización de activos	Infraestructura y desarrollo tecnológico especializado	(Ing. Quintero O., Ing. Hurtado C., 2020)	3			1	3	-3
	Coste de salida	El costo de cierre liquidación, salida significan desembolsos, pagos, afectación en reputación, y afectación al cliente o accionista afectación en temas laborales, societarios, financieros.	(Ley de Compañías, 2015)	3	-1			-3	
	Valorización del activo	La infraestructura tecnológica, debe ser amortizada en el periodo de prestación de servicio. El activo puede ser utilizado con otros proveedores, si deseamos ampliar la misma oferta a otras empresas de medicina prepagada.	(Ing. Quintero O., Ing. Hurtado C., 2020)	1			1	1	
	Barreras emocionales	Bajo posicionamiento de la empresa proveedora del servicio de medicina prepagada por falta de cumplimiento de coberturas previamente acordadas. (mala reputación).	(Alexander Russo, 2021)	2	-1			-2	
	Restricciones de gobierno	Las compañías de Medicina Prepagada son altamente controladas y reguladas	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	1	-1			-1	
	Restricciones sociales	Existe un factor de diferenciación y especialización para el cliente en la administración de su seguro	(Medina N, Fereira J., Marzol R., 2017)	1	-1			-1	
Rivalidad entre competidores	Número de competidores	A nivel nacional existen 21 compañías de Medicina Prepagada registradas y aprobadas por la SCVS, el 82% del mercado se lo llevan 6 compañías por lo que existe una alta concentración de mercado en ellas.	(Superintendencia de Compañías Valores y Seguros SCVS, 2021)	3	-1			-3	-5
	Crecimiento del sector	En Pandemia se ha puesto de moda el valorar el seguro médico, es una oportunidad para el sector que no se ha visto afectado por esta crisis sanitaria sino fue una oportunidad para captar mercado.		1			1	1	

	Variedad de competidores	Existen competidores no regulados que ofertan servicios complementarios, o existen otros actores externos que pueden ofertar seguros de mayores coberturas o compañías de seguros que ofertan coberturas médicas, incluso red Publica IESS	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	3	-1			-3	
Posición de fuerza de clientes	N.º compradores importantes sobre el total	Existen cerca de 1.200.000 con seguro privado en el Ecuador población que año a año va creciendo según tendencias desde 2011 hasta 2020.	(Redacción UNIVERSO, 2020) EL	3			1	3	
	Disponibilidad de sustitutos	El sustituto para los seguros de medicina privada son los servicios de Medicina ofrecidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y otros servicios complementarios similares, o coberturas médicas internacionales.	(Econ. Morán Gabriela, 2017)	2	-1			-2	
	Costes de cambio para el comprador	Promociones, descuentos frente al precio en contratación, ofertas por migración en coberturas, cambios en condiciones por condiciones preexistentes clientes rehenes.	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	1			1	1	
	Posibilidad de integración hacia atrás del comprador	Clústeres de servicio en negocios existentes que permitan la adquisición de clientes (prohibiciones legales para este tipo de integraciones) o normas muy puntuales como la norma de canales alternos.	(Giancarlo Romano, 2021)	1	-1			-1	-1
	Posibilidad de integración hacia adelante en el sector	Conglomerado que permitan minimizar el costo a través de la derivación de clientes hacia prestadores asociados sin posibilidad de que el cliente pueda escoger de forma libre		1	-1			-1	
	contribución del sector a la calidad del producto	Regulaciones sobre coberturas específicas y limites, preexistencias, productos similares	(Econ. Morán Gabriela, 2017)	1	-1			-1	
	Poder de negociación	Clientes Corporativos el mercado es un mar rojo ya que la guerra de precios es fuerte, el cliente individual tiene poco poder de negociación, aunque son bastante sensibles al precio		0		0		0	

Posición de fuerza de proveedores	N.º Compañías que ofertan servicios y variedad de productos	Proveedores de Servicios Tecnológicos especializados, CRM, Leads, Proveedores de Servicios Médicos para todas las compañías	(Deloitte - Oliva F, Flores M., 2021)	1			1	1	-4
	Disponibilidad de sustitutos para los productos de los suministradores	Hay variedad de proveedores con productos a elegir	(Daniel Maceira, M.S., 2018)	3	-1			-3	
	Diferencia o costes de cambio de los productos de los suministradores	Hay gran variedad de opciones, depende del poder de compra del cliente y su capacidad económica y preferencias de marca	(Asertec, 2021)	2	-1			-2	
	Amenaza de integración adelante del suministrador	Competencia enfocada en grupos corporativos integración hacia delante y hacia atrás		1	-1			-1	
	Amenaza de integración hacia atrás en el sector	búsqueda de alternativas	(Daniel Maceira, M.S., 2018)	0		0		0	
	Contribución del suministrador a la calidad de los productos del sector	Nivel de productos varios	(Asertec, 2021)	0		0		0	
	Contribución del suministrador a los costes totales del sector	Depende del cliente, producto, canal	(Daniel Maceira, M.S., 2018)	2	-1			-2	
	Importancia del sector para el grupo de suministradores	Interés en usar el aplicativo y precautelar la salud	(Asertec, 2021)	1			1	1	

	Calidad del producto	Servicio de calidad, mejora continua en la aplicación	(Daniel Maceira, M.S., 2018)	1	-1			-1	
	Relación	Alianzas estratégicas	(Asertec, 2021)	1			1	1	
	Grado de confianza	Alta confianza	(Daniel Maceira, M.S., 2018)	2			1	2	
Amenaza de llegada de nuevos productos. sustitutos	Disponibilidad de sustitutos próximamente	Los clientes si pueden acceder a otros productos de seguro que oferta la competencia. / Red Publica acceso a servicios de Salud derecho universal	(Profitas, 2016)	1	-1			-1	
	Costes de cambio para el usuario	Existe una oferta variada de productos de seguros médicos en el mercado ecuatoriano. El cliente puede cambiarse de aseguradora si la propuesta de valor es mejor y si el servicio tiene mayor valor agregado.	(PBP - Grupo Editorial Pérez Bustamante & Ponce, 2016)	1	-1			-1	
	Rentabilidad y agresividad del producto del sustituto	Existe una oferta variada de seguros médicos en el mercado ecuatoriano. Con diferentes tipos de cobertura y precios.	(Ipsos, 2021)	1	-1			-1	
	Ratio precio/valor del sustituto en el sector	Los principales competidores son: AIG / SALUD/ BMI/ ECUASANITAS	(Superintendencia de Compañías Valores y Seguros SCVS, 2021)	3	-1			-3	
	Contraste relación valor-precio	Diferentes precios con mayores beneficios	(Ipsos, 2021)	3	-1			-3	
								-10	

	Agresividad del marketing del producto	Publicidad y promociones en medios masivos y digitales como redes sociales o páginas web. Adicionalmente la venta corporativa es agresiva.	(Ipsos, 2021)	1	-1			-	1	
--	--	--	---------------	---	----	--	--	---	---	--

Fuente: Elaboración Propia (fuentes citadas en cada comentario)

Tabla 13 Resumen de Entrevistas a expertos

FACTORES MACRO QUE AFECTAN EL COSTO DE ATENCIONES MPEDICAS Y LA SINIESTRALIDAD EN COMPAÑÍAS DE SEGUROS MÉDICOS

			ENTREVISTADO					
			EX 1	EX 2	EX 3	EX 4	EX 5	EX 6
Factor	Subcategoría	Comentario	Frecuencia en Comentario					
FACTORES EXTERNOS	Iliquidez de clínicas, hospitales o médicos efecto COVID-19	Crecimiento de los precios para compensar la caída en la demanda	X	X	X	X	X	X
	Envejecimiento de la población (cambio demográfico)	Las necesidades en atención sanitaria normalmente aumentan a medida que la población envejece.	X	X		X		X
	Efecto Baumol	Aumentos relativamente altos en el costo unitario de la mano de obra en aquellos sectores donde es difícil obtener mejoras en la productividad	X					
	Inflación médica / Insumos Médicos	Crecimiento Natural anual	X	X	X	X	X	X
	Factores de tendencia médica	Medicamentos de mayor costo (inmunobiológicos para cáncer) La inflación médica se ve directamente ligada a la subespecialización	X					X
	Acceso a tecnología médica de alto coste (nuevos suministros, nuevos procedimientos, nuevos medicamentos)	Las mejoras en la tecnología médica se encuentran entre los principales determinantes del gasto en salud pública y privada.	X	X	X			X
	Riesgo moral/ fraude	Un comportamiento oportunista en donde una de las partes busca su propio beneficio a costa de que la otra no pueda observar o estar informada de su conducta.	X	X	X	X	X	X
	Frecuencia	Incremento de Frecuencia en uso	X		X	x	X	
	Cobertura de Preexistencia / Periodos de Carencia condiciones de Ley en Ecuador	Condiciones de Ley	X			X	X	X
FACTORES INTERNOS	Pagos Comerciales	Excepciones de cobertura realizadas por relaciones comerciales	X			X	X	X
	Devoluciones de Buena Siniestralidad	Compartir ganancias dados a los resultados positivos	X	X				
	Excepciones a procesos	Excepciones de cobertura realizadas por relaciones comerciales		X	X	X	X	X
	Procesos inadecuados	Mala aplicación de procesos o falta de estandarización se deriva en una	X	X		X	X	X

	incorrecta aplicación de condiciones de coberturas						
Créditos mal emitidos	Se ofrecen condiciones de Financiamiento que no corresponden a las condiciones de contrato, o que se otorgan y no deben ser financiadas	X	X				X
Condiciones no Claras en los Contratos	Cambio en condiciones de mercado, regulaciones o ajustes en condiciones de coberturas	X	X	X	X	X	X
Personal No Apto/ Capacitado	Personal no capacitado, no apoyo o falta de formación en procesos de auditoría, personal que rota		X	X	X		X
Auditorias mal ejecutadas	Incorrecta evaluación de riesgos o aplicación de procedimiento, falta de revisión adecuada	X	X	X		X	X
Revisiones Posteriores no efectivas	Falta de eficiencia en aplicación de controles, y eficiencia en aplicación de procedimientos, cuentas liquidadas posterior a su generación (hasta 30 días o más), no aplicación de transacciones en línea o uso de plataformas	X	X				
Inadecuado Sistema Tecnológico	Infraestructura Tecnológica inadecuada / Obsoleta/ No alineada a la Necesidad		X	X	X		X
No manejo de Reservas de Riesgo	Inadecuada aplicación actuarial, o proyección de riesgos, generación inadecuada de reservas	X			X	X	
Captura de Datos para Análisis de comportamientos, tendencias	Aplicación de Tecnología y Captura de Información	X		X	X		X
Falta Tarificador de Seguros	Aplicación de protocolos de seguros para tarificar o determinar riesgos de forma adecuada	X		X		X	X
Cobertura de Reaseguro	Derivación de Riesgo	X		X			
Procesos de Suscripción Inadecuados	Definiciones no claras, no aplicadas excepciones.	X	X		X	X	X
Falta de Exámenes Médicos previos	Administración de Riesgo			X	X		
Niveles de Precio Inadecuados	Administración de Precios	X	X	X	X	X	
Mala Suscripción / Venta mala	Información no clara / inadecuada/ incorrecta/ errores/ incentivos de venta/ fraude		X	X	X	X	X

	Modelos de predicción y alertas de fraude	Administración de Riesgos / experiencia/ alertas	X	X	X		X	X
	Negociación de Condiciones y Contratos Prestadores Médicos	Administración de Condiciones / relación proveedor, modelos de pago	X		X	X	X	

Fuente: Elaboración Propia de acuerdo con entrevistas con expertos

(Pareja, 2021) (Prado, 2022) (Posada, 2021) (Cabrera, 2022) (Cascante, 2022) (Jimenez, 2022)

Anexo 3 Matriz de hallazgos

Caso	Modus Operandi	Principales Hallazgos	Riesgos Detectados	Reclamos	Monto Detectado	Incremento de Siniestralidad	Documentos Analizados (reclamados)	Perjuicio por documento	Enfoque Riesgos	Acciones por Implementar
Empleados	Varios empleados del Banco "XY" presentaron reembolsos con similares o iguales diagnóstico en el mismo Prestador y en similares fechas (alerta no identificada), presentando documentación falsa/alterada.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación del proceso de auditoría médica diferente en las Sucursales (no incluyen notas de auditoría, check list, códigos); por lo que no se puede determinar si el pago es correcto. - El área de operaciones no alerta de los casos con similares características. - No se realiza una correcta validación contractual. - Los expedientes digitales no cuentan con toda la información de respaldos desde el proceso de suscripción hasta los casos revisados auditados y liquidados. - No se generan alertas del incremento de siniestralidad en las cuentas. 	<ul style="list-style-type: none"> Reclamos de alto costo en 1 único prestador Hospitalario Signos de Enfermedad y Exámenes con iguales resultados Relación Laboral de los enfermos (concentración) en 1 sola oficina Tipo de Reclamo por medio de reembolso Condiciones contractuales cubren preexistencias Auditor Médico distinto no evalúa niveles de frecuencia en el contrato No se evalúan causas de incremento de siniestralidad entre años en contrato 	360,050.60	\$ 18,002.53	5%	15.00	1,200.17	Tipo de Prestación, Enfermedad, y monto y Cliente	Revisión del Asesor sobre casos más frecuentes, incrementos de costos, concentración de forma semestral Notificación al cliente de Novedades Reclamos por fraude (acciones legales)
Caso Cliente	Falsificación de facturas en la presentación de reembolsos de la titular Sr.a XY en la presentación de reembolsos de sus dependientes, detectado por errores en el proceso de reclamos y determinación de fraude posterior en evaluaciones de pagos realizados de 175 reclamos	Se ejecutó erróneamente el proceso de liquidaciones, principalmente en el primer filtro de ingreso completo de la información que requiere el sistema para alertar (información duplicada) no se realizó en su totalidad, desencadenando la presentación en varias ocasiones del fraude a Humana por la Afiliada.	<ul style="list-style-type: none"> Se ingresan reclamos con documentos digitales los cuales han sido editados electrónicamente No se ingresan todos los números validadores de la factura (SRI) lo que no permite generar alertas tempranas Reclamo por re ingreso de condiciones posteriores detecta condiciones médicas no asociadas a la patología lo que genera la alerta No se evalúan causas de incremento de siniestralidad del contrato y del beneficiario 	257,100.00	\$ 5,142.00	2%	\$ 175.00	29.38	Frecuencia de enfermedades hacia un solo beneficiario, tipo de fraude documental, número de interacciones, errores en validadores numéricos por tipo de reclamo y documento	Implementación de controles automáticos para control de numeración en caso de documentos repetidos o adulterados con numeración del SRI Notificación al Cliente para recuperación de valores tempranas en casos repetidos
Caso colaborador	Consumo de medicamentos para terceras personas (familiares) con el prestador directo a través de créditos	<ul style="list-style-type: none"> - Emisión de créditos a su mismo nombre sin aprobación de auditoría o alerta - Falta de validación/alertas por supervisores o personal de operaciones de la cantidad de consumos en medicamentos en un periodo corto. - Cobertura de prestador médico en 5 facturas distintas en similar día, simulando hora en cantidad de pastillas superiores a 300 que debería generar una alerta de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> Fallas en la generación de créditos a nombre del mismo colaborador (falta de filtros de aprobaciones y segregación de funciones) Aprobaciones automáticas en volúmenes de transacciones no permiten visualizar riesgos en concentración de cantidades de píldoras Documentación no correspondiente a la beneficiaria 	301,900.00	\$ 603.80	0%	\$ 15.00	40.25	Segregación de funciones, controles de IT. Frecuencia, alertas por volumen	Limitaciones de acceso, supervisión y desarrollo de procesos de pago en línea para minimizar casos pagados.
TOTAL				\$919,050.60	\$ 23,748.33	3%				

Fuente: Elaboración Propia (fuentes equipo de contraloría y control interno de la compañía)

