UIDE
Powered by
Arizona State University

Maestría en

GERENCIA EN SALUD

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Gerencia en Salud

AUTOR: Mgs. Liseth Aracely Viteri Illanes

TUTOR: Dra. Myriam Esther Ramírez Mieles

SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES MÉDICOS A NIVEL NACIONAL EN SU RELACIÓN CON LA EMPRESA ASEGURADORA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE 2024

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, Liseth Aracely Viteri Illanes, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado **"SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES MÉDICOS A NIVEL NACIONAL EN SU RELACIÓN CON LA EMPRESA ASEGURADORA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE 2024"** es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Firma

Mgs. Liseth Aracely Viteri Illanes
C. I.: 0603784216
Correo electrónico: liviteriil@uide.edu.ec

Yo, Myriam Esther Ramírez Mieles, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado **"SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES MÉDICOS A NIVEL NACIONAL EN SU RELACIÓN CON LA EMPRESA ASEGURADORA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE 2024"** de la maestrante, quien es autora exclusiva de la presente investigación, que es original y auténtica.

Firma

Tutor del trabajo de titulación
Dra. Myriam Esther Ramírez Mieles
C.I.: 0800866345

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo, Liseth Aracely Viteri Illanes, en calidad de autor/a del trabajo de titulación denominado "**SATISFACCIÓN DE LOS PRESTADORES MÉDICOS A NIVEL NACIONAL EN SU RELACIÓN CON LA EMPRESA ASEGURADORA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE 2024"**, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que abarca esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autor me corresponden, según lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador.

D. M. de Quito, 8 de diciembre de 2024

Liseth Aracely Viteri Illanes
C. I.: 0603784216
Correo electrónico: liviteriil@uide.edu.ec

Acta de defensa de grado

En la ciudad de Quito, a los 08 días del diciembre de 2024, se suscribe la siguiente acta de Defensa de Grado de la maestrante Liseth Aracely Viteri Illanes, de la Maestría en Gerencia en Salud, siendo las principales autoridades: Rector de la UIDE, Ph. XXXXX y el Vicerrector académico, Ph. D. XXXX.

Miembros del tribunal:

Mgt. Nombres completos, Presidente del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Mgt. Nombres completos, Miembro del Tribunal

Aceptado y firmado:

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Mgt. Nombres completos

Dedicatoria

Dedico este trabajo a quienes han sido mi fuente de inspiración y fortaleza a lo largo de este camino.

A mis padres, a mi hermano y a mi abuelita, por su amor incondicional, su ejemplo de perseverancia y sus enseñanzas, que me han guiado en cada paso de mi vida. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles y por su constante apoyo.

A mis maestros y mentores, quienes con su sabiduría y paciencia sembraron en mí la pasión por el conocimiento y la responsabilidad de aplicarlo para el bien de los demás.

A mis amigos, por su compañía, sus palabras de ánimo y por recordarme siempre que las grandes metas se logran con esfuerzo y determinación.

Finalmente, a mí mismo, por no rendirme, por superar los obstáculos y por demostrar que con trabajo y fe todo es posible.

Este logro es un reflejo del amor, el sacrificio y la confianza de todos ustedes.

Liseth Aracely Viteri Illanes

Agradecimiento

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia, quienes han sido mi mayor fuente de apoyo y motivación a lo largo de todo este proceso. Su amor, comprensión y paciencia me han dado la fuerza necesaria para superar los desafíos y seguir adelante con determinación. A mis amigos, por su constante aliento, su capacidad para escucharme y por estar siempre a mi lado, incluso en los momentos más difíciles. Sin su apoyo incondicional, este logro no habría sido posible. ¡Gracias por estar siempre!

Liseth Aracely Viteri Illanes

Índice

Resumen Ejecutivo 1
Abstract 3
Capítulo 1. Introducción 4
Capítulo 2. Justificación 7
Capítulo 3. Alcance de la Investigación 9
Capítulo 4. Objetivos 10
4.1. General 10
4.2. Específicos 10
Capítulo 5. Marco teórico y conceptual 11
5.1. El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador 11
5.2. El sector de la Medicina Prepagada en el Ecuador. 18
5.3. Marco legal de la Medicina Prepagada en el Ecuador 20
5.4. Diagnóstico de la empresa 21
5.4.1. Reseña Histórica 21
5.4.2. Misión 22
5.4.3. Visión 22
5.4.4. Presencia a nivel nacional 22
5.4.5. Planes de Asistencia Médica 22
5.4.5. Responsabilidad Social Corporativa 23
5.4.6. Estructura Organizacional 24
5.5. Características de la Red de Prestadores Médicos de la empresa aseguradora 25
5.5.1. Presencia a nivel nacional 25
5.5.2. Detalle de prestadores médicos por tipología 26
5.5.3. Requisitos para formar parte de la Red de prestadores médicos 27
5.5.4. Proceso para la firma de convenios 28
5.6. Procesos internos de la empresa aseguradora relacionados con la atención a los prestadores médicos 28
5.7. Relación entre las empresas aseguradoras y sus prestadores médicos 32
5.8. Satisfacción 33
5.9. Modelos teóricos de satisfacción de prestadores médicos. 34
5.10. Prestador Médico 37
5.11. Calidad de la atención de salud 38

5.12. Especialidad Médica 39
5.13. Años de relacionamiento 39
5.14. Índice de Promotores Netos 40
Capítulo 6. Metodología y diseño de la investigación 42
6.1. Tipo de estudio. 42
6.2. Área de Estudio 43
6.3. Universo 43
6.4. Criterios de inclusión 43
6.5. Criterios de exclusión 44
6.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos 44
6.7. Operacionalización de variables 46
Capítulo 7. Resultados 48
7.1. Especialidad médica 48
7.2. Años de relacionamiento 50
7.3. Ciudad 51
7.4. Claridad relación contractual 52
7.5. Puntualidad en los pagos 53
7.6. Proceso de facturación y gestión de pagos 54
7.7. Calidad de la comunicación 55
7.8. Frecuencia de soporte 56
7.9. Intensión de recomendación 57
7.10. Calificación general 58
7.11. Recomendaciones expuestas por los prestadores médicos 59
Capítulo 8. Análisis e interpretación de los resultados 61
Capítulo 9. Conclusiones 72
Capítulo 10. Recomendaciones 75
Capítulo 11. Plan de Mejora 77
11.1. Digitalización y Simplificación de Procesos Administrativos 78
11.2. Mejora en los Tiempos y Transparencia de Pagos 79
11.3. Fortalecimiento de la Comunicación y Soporte 80
11.4. Capacitación y Actualización Continua 81
11.5. Incentivos y Mejora de la Relación Contractual 81
Capítulo 12. Bibliografía 83
Capítulo 13. Anexos 84

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Unidades médicas públicas y privadas 13
Ilustración 2 Composición del Sistema Nacional de Salud del Ecuador 14
Ilustración 3 Financiamiento de los servicios de salud (en millones de dólares) 14
Ilustración 4 Gasto de Bolsillo en Ecuador 2012 - 2022 16
Ilustración 5 Mapa de prestadores médicos a nivel nacional 25
Ilustración 6 Prestadores médicos por tipología 27
Ilustración 7 Proceso para la firma de un convenio 28
Ilustración 8 Valoración Entidades Seguro Libre 37
Ilustración 9 Forma de cálculo NPS 41
Ilustración 10 Distribución de la muestra por especialidad médica 49
Ilustración 11 Distribución de la muestra por años de relacionamiento con la empresa aseguradora 50
Ilustración 12 Distribución de la muestra por ciudad 51
Ilustración 13 ¿Cómo calificaría la claridad de los términos y condiciones del contrato de prestación de servicios médicos? 53
Ilustración 14 ¿Qué tan satisfecho está con la puntualidad de los pagos? 54
Ilustración 15 ¿La aseguradora facilita el proceso de facturación y gestión de pagos? 55
Ilustración 16 ¿Cómo evalúa la calidad de la comunicación con los representantes de la aseguradora? 56
Ilustración 17 ¿Con qué frecuencia recibe soporte cuando lo necesita? 57
Ilustración 18 ¿Recomendaría a otros prestadores trabajar con la aseguradora? 58
Ilustración 19 Índice de Promotores Netos 59
Ilustración 20 Recomendaciones por grupo 60

Índice de Tablas

Tabla 1 Acceso a un seguro de salud Ecuador 2021 15
Tabla 2 Datos de Gasto de bolsillo en Ecuador 2012 - 2022 16
Tabla 3 Empresas de Medicina Prepagada – Ecuador 19
Tabla 4 Primas Emitidas Medicina Prepagada Ecuador 20
Tabla 5 Ubicación geográfica – Prestadores Médicos 26
Tabla 6 Estadísticos descriptivos de la variable Especialidad médica 49
Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la variable años de relacionamiento 50
Tabla 8 Estadísticos descriptivos de la variable ciudad 52
Tabla 9 Estadísticos descriptivos: Relación contractual 53
Tabla 10 Estadísticos descriptivos: Puntualidad en los pagos 54
Tabla 11 Estadísticos descriptivos: Facilidad proceso de facturación y pagos 55
Tabla 12 Estadísticos descriptivos: Calidad de la comunicación con el personal de la empresa aseguradora 56
Tabla 13 Estadísticos descriptivos: Frecuencia de soporte 57
Tabla 14 Estadísticos descriptivos: 58
Tabla 15 Índice de Promotores Netos 59
Tabla 16 Recomendaciones por grupo 60
Tabla 17 Digitalización y simplificación de procesos administrativos 79
Tabla 18 Mejora en los tiempos y transparencia de pagos 80
Tabla 19 Fortalecimiento de la comunicación y soporte 80
Tabla 20 Capacitación y actualización continua 81
Tabla 21 Incentivos y Mejora de la Relación Contractual 82

Índice de Anexos

Anexo 1. Encuesta de Satisfacción para Prestadores Médicos 84
Anexo 2. Variable: Especialidades Médicas 86

Resumen Ejecutivo

El presente estudio se centra en analizar la satisfacción de los prestadores médicos, en su relación con una empresa de medicina prepagada en Ecuador. Este análisis se desarrolla en un contexto en el que el Sistema Nacional de Salud enfrenta desafíos relacionados con la sostenibilidad, la calidad y el acceso a los servicios, lo que ha impulsado el crecimiento del sector privado como una alternativa para quienes buscan atención médica eficiente y de calidad.

El sector de la medicina prepagada ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, motivado por la insuficiencia del sistema público de salud y la necesidad de los usuarios de contar con servicios más confiables. En este contexto, la relación entre la empresa aseguradora y los prestadores médicos adquiere un papel central en la percepción que los asegurados tienen sobre los beneficios y la calidad de las pólizas contratadas. Esta relación, que involucra a la aseguradora, los prestadores médicos y los asegurados, constituye el núcleo de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios; sin olvidar que el prestador médico es un actor fundamental en la cadena de valor del servicio.

La investigación evaluó aspectos clave de los procesos internos de la empresa aseguradora, como la puntualidad en los pagos, la claridad en los términos contractuales, la eficiencia en la gestión administrativa y la calidad de la comunicación.

La población objeto del presente estudio estuvo conformada por 755 prestadores médicos distribuidos en diferentes regiones del país, tanto urbanas como rurales, y se analizó su experiencia durante el período comprendido entre junio y noviembre de 2024.

El estudio resalta la relevancia de una gestión eficiente y una relación sólida con los prestadores médicos, ya que estos factores son determinantes para garantizar la satisfacción de los asegurados y el fortalecimiento del sector de la medicina prepagada en el país.

En este contexto, se proponen acciones orientadas a reforzar la comunicación, reducir los tiempos de respuesta, implementar programas de reconocimiento y fidelización para los prestadores, y optimizar los procesos operativos internos de la empresa aseguradora. Estas medidas no solo mejorarán la experiencia de los prestadores médicos, sino que también contribuirán a la consolidación de una red de prestadores médicos de alta calidad y a la promoción de una imagen positiva de la empresa en el mercado.

Abstract

The prepaid medical sector in Ecuador has grown significantly, positioning itself as a vital complement to the public health system. Within this framework, medical providers play a crucial role in ensuring the quality and efficiency of services delivered by insurers. This study evaluates medical providers' satisfaction with the internal processes of a prepaid health insurance company, focusing on critical factors such as communication, payment punctuality, and administrative efficiency.

A quantitative methodology was employed, surveying 755 medical providers across the country between June and November 2024. The findings reveal high satisfaction levels regarding the clarity of contractual terms and payment punctuality. However, they also identify areas needing improvement, particularly in direct communication and administrative agility. Addressing these challenges is essential for strengthening the provider network, optimizing service delivery, and improving the insurer's reputation among its collaborators.

The study concludes that strategic and efficient management of relationships with medical providers benefits not only these professionals but also enhances the quality of care for insured individuals. It underscores the need for continuous improvements in internal processes, effective communication, and provider network stability as critical pillars for the company's sustainable growth and competitive positioning in the health sector.

Capítulo 1. Introducción

La inversión en el sector salud en el Ecuador, ha sido uno de los ejes fundamentales alrededor del cual gira la gestión del Gobierno Nacional, es así como en la última década se pudo observar una gran inversión para el sector salud, sin embargo, ésta no fue sostenible en el tiempo, ocasionando un sinnúmero de problemas que el gobierno actual, con menor presupuesto tiene que afrontar, entendiendo la lógica de sus antecesores.

Desde la lógica de salud pública, la inversión en este sector se amplía a otros enfoques como prevención, educación, concientización del uso racional de recursos, otorgando mayor eficiencia al sistema.

A pesar de que el Ecuador no alcanza los estándares aceptables de inversión en el sector de la salud, se han realizado varios intentos para mejorar este servicio, con alianzas pública – privadas, a través de la cooperación internacional y otros actores que han intervenido para apoyar y sumar a la gestión estatal.

Todos estos esfuerzos son válidos, sin embargo, la brecha social en el tema de salud aun es amplia, lo que ha provocado que muchas personas, a pesar de contar con un seguro social, migren a un seguro médico privado que garantiza la cobertura de ciertas prestaciones sanitarias.

El sector de la medicina prepagada en el Ecuador es un sector relativamente nuevo, que ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, impulsado por la creciente demanda de servicios por parte de los usuarios de un seguro social deficiente y que cuentan con recursos para contratar un seguro médico adicional que cubra sus necesidades.

Los seguros privados juegan un papel más importante en los sistemas de salud de América Latina comparado con cualquier otra región en día de desarrollo (1).

Es así como las empresas de medicina prepagada - como parte del Sistema Nacional de Salud - se han ido posicionando en el país no solo como un financiador de servicios de salud que alivia la carga tanto del Ministerio de Salud Pública, como del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sino también como contribuyentes fiscales al Estado Ecuatoriano, generando puestos de trabajo y una dinámica de mercado que brinda mayores opciones al consumidor.

Las empresas de medicina prepagada han captado rápidamente el cambio en el comportamiento del consumidor, ajustando sus estrategias comerciales para satisfacer las nuevas expectativas de los posibles afiliados. Estos buscan no solo servicios médicos de calidad, sino también beneficios adicionales que faciliten el acceso a sus pólizas, coberturas extendidas, compromiso con la sostenibilidad ambiental, herramientas tecnológicas accesibles y una respuesta ágil en caso de necesidad.

Dentro de este análisis integral, uno de los pilares fundamentales ha sido la creación y gestión de una red amplia y estratégica de prestadores médicos. Esta red no solo se extiende a ubicaciones clave que maximicen la conveniencia para los afiliados, sino que también incluye servicios especializados y de calidad que aportan un valor significativo.

El objetivo es ofrecer a los asegurados una experiencia positiva que no solo mejore su percepción del seguro médico, sino que también incremente su satisfacción general. Una red bien diseñada y operativa puede influir notablemente en la satisfacción del asegurado, generando confianza en el servicio y, a su vez, fomentando recomendaciones positivas hacia familiares y amigos.

Además, contar con prestadores médicos ubicados en áreas estratégicas y con servicios especializadas puede proporcionar una ventaja competitiva significativa en el mercado de seguros médicos. Esto no solo facilita el acceso a atención médica de calidad, sino que también puede diferenciar a la aseguradora en un entorno altamente competitivo. La calidad y

accesibilidad de los servicios ofrecidos juegan un papel crucial en la fidelización de los asegurados y en la promoción de una imagen favorable de la empresa en el mercado

En este contexto, el prestador médico se convierte en un aliado estratégico fundamental para la empresa de medicina prepagada. La relación entre ambos actores es crucial, ya que permite que el asegurado perciba de manera tangible los beneficios de su póliza al acceder a los servicios de salud ofrecidos por un prestador médico en convenio. En esencia, la empresa transfiere parte significativa de su responsabilidad hacia el afiliado a sus prestadores médicos.

Esta vinculación establece una relación de confianza entre la empresa y los prestadores, la cual puede resultar en un beneficio mutuo si se gestiona adecuadamente. Una alianza bien manejada no solo optimiza la experiencia del asegurado, sino que también fortalece la reputación y la eficacia del servicio proporcionado por la empresa de medicina prepagada.

Por estas razones es importante medir la satisfacción de los prestadores médicos con respecto a los procesos internos de la empresa aseguradora, para así optimizar la eficiencia operativa, garantizar una alta calidad de servicio y mantener relaciones estables. Esta evaluación permite identificar y corregir áreas problemáticas, mejorar la calidad del servicio, reducir la rotación de prestadores, y prevenir conflictos. Además, contribuye a una mejor experiencia para los asegurados, refuerza la reputación de la empresa y facilita una colaboración efectiva que beneficia a todas las partes involucradas.

Capítulo 2. Justificación

En el sector de la medicina prepagada, la eficiencia y efectividad de los procesos internos de las aseguradoras son fundamentales para garantizar la calidad del servicio contratado frente a los asegurados. La razón de esto es que el verdadero valor del seguro médico se materializa cuando los asegurados acceden a los servicios contratados en los prestadores médicos en convenio, y bajo la percepción individual categorizan al servicio recibido vs el servicio contratado, esto en base a la relación con la empresa de medicina prepagada, no con el prestador médico.

Sin embargo, para garantizar que los servicios ofrecidos sean efectivos y de alta calidad, es fundamental que exista una relación sólida y satisfactoria entre la empresa de medicina prepagada y sus prestadores médicos. La satisfacción de estos prestadores no solo es un indicador de la salud de esta relación, sino que también impacta en la calidad de la atención médica, la continuidad de los servicios y la eficiencia operativa del sistema de salud en general.

Es así como esta relación tripartita establece tres actores principales: la empresa aseguradora – prestador médico – asegurado, quienes al trabajar de manera cohesionada establecen una prestación de servicio satisfactoria.

Por su parte, es fundamental garantizar la retención y estabilidad de la red de prestadores médicos, evitando la rotación y el cambio constante de prestadores, lo que podría afectar la percepción del asegurado. Para lograrlo, es necesario un seguimiento periódico de la relación contractual con los prestadores médicos, permitiendo identificar áreas de mejora en los procesos y políticas de la empresa.

La satisfacción de los prestadores médicos puede influir en la eficiencia operativa y en los costos asociados a los servicios de salud. Prestadores insatisfechos pueden generar

ineficiencias, reclamos o incluso litigios, que impactan negativamente en las finanzas de las empresas de medicina prepagada.

En un mercado cada vez más competitivo, las empresas de medicina prepagada que demuestran una gestión efectiva y satisfactoria de su red de prestadores médicos pueden diferenciarse positivamente, atrayendo a más afiliados y fortaleciendo su posición en el sector.

Además, una evaluación sistemática de la satisfacción de los prestadores médicos con los procesos internos de la aseguradora permite identificar y abordar áreas de mejora. Esto no solo optimiza la operativa interna de la aseguradora, sino que también fortalece la red de prestación de servicios, contribuyendo a una atención médica más eficiente y satisfactoria para los asegurados.

La presente investigación tiene como objetivo analizar la satisfacción de los prestadores médicos (médicos especialistas, subespecialistas y personal de la salud: Psicólogos, Nutricionistas y Odontólogos) a nivel nacional, frente a los procesos internos de la empresa aseguradora.

Capítulo 3. Alcance de la Investigación

Esta investigación se centra en evaluar la satisfacción de los prestadores médicos a nivel nacional en su relación con la empresa aseguradora, específicamente durante el período comprendido entre junio y noviembre de 2024. La población estudiada incluye a 755 prestadores médicos entre especialistas, subespecialistas y personal de salud como: Nutricionistas, Psicólogos, Odontólogos, etc.., distribuidos en diferentes regiones del país, abarcando tanto áreas urbanas como rurales.

El estudio buscará identificar los factores clave que influyen en la satisfacción de los prestadores médicos en su interacción con los procesos internos de la empresa aseguradora, tales como la eficiencia en la comunicación, el pago de honorarios médicos, entre otros.

Capítulo 4. Objetivos

4.1. General

- Evaluar la satisfacción de los prestadores médicos en relación con los procesos internos de la empresa aseguradora.

4.2. Específicos

- Caracterizar los prestadores médicos de la empresa aseguradora.
- Identificar la satisfacción de los prestadores médicos de la empresa aseguradora.
- Diseñar una propuesta de mejora para fortalecer la relación de la empresa aseguradora con los prestadores médicos.

Capítulo 5. Marco teórico y conceptual

5.1. El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

El Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye la rectoría; el financiamiento y aseguramiento; y la provisión de servicios de salud como parte de sus funciones y cada país define la estructura institucional mediante la cual las organiza e implementa; sin embargo, se reconocen los siguientes elementos básicos. (2)

El Sistema Nacional de Salud en el Ecuador se deriva del cumplimiento de la Constitución de la República del Ecuador que en su artículo 3, menciona de forma textual lo siguiente: *"(...) La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (...)* (3); bajo este concepto, se ha ido desarrollando varios instrumentos legales que amparan su cumplimiento y ejecución a través de Órganos de control, regulación y demás instituciones que garantizan a la salud como un derecho irrenunciable.

Además, que la Constitución del Ecuador establece que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado de forma universal, equitativa y gratuita, a través de un Sistema Nacional de Salud regulado por la Autoridad Nacional, específicamente en los siguientes artículos:

"(...) Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; ¡abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, ¡con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (...)" (4)

Para las empresas de medicina prepagada, estos artículos implican que deben alinearse con la supervisión y las políticas públicas de salud, garantizando la calidad de sus servicios y contribuyendo al acceso universal, sin discriminar por condiciones económicas. Esto las obliga a ser un complemento del sistema público, respetando las normativas nacionales.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública es considerado como la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo su principal función como Ente Rector que tiene a su cargo la coordinación con los diferentes subsistemas de salud, para fortalecer e incrementar su acceso universal a los servicios de salud, promoción y prevención. A la par es prestador y financiador de servicios de salud a toda la población ecuatoriana.

El Sistema Nacional de Salud está compuesto por el sector público y privado que trabajan de forma coordinada amparados en la "*Norma del Proceso de Relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria"* (4)*;* esta norma ha fortalecido la interacción y la complementariedad de todos los actores en beneficio del usuario final. Este sistema se encuentra conformado de la siguiente manera:

Ilustración 1 Unidades médicas públicas y privadas

SECTOR PÚBLICO

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Inclusión Economíca y Social
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Instituto Ecuatoriano de las Fuerzas Armadas
- Instituto Ecuatoriano de la Policia Nacional

SECTOR PRIVADO

- Entidades con fines de lucro (Hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios)
- Organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social.
- Empresas de Medicina Prepagada

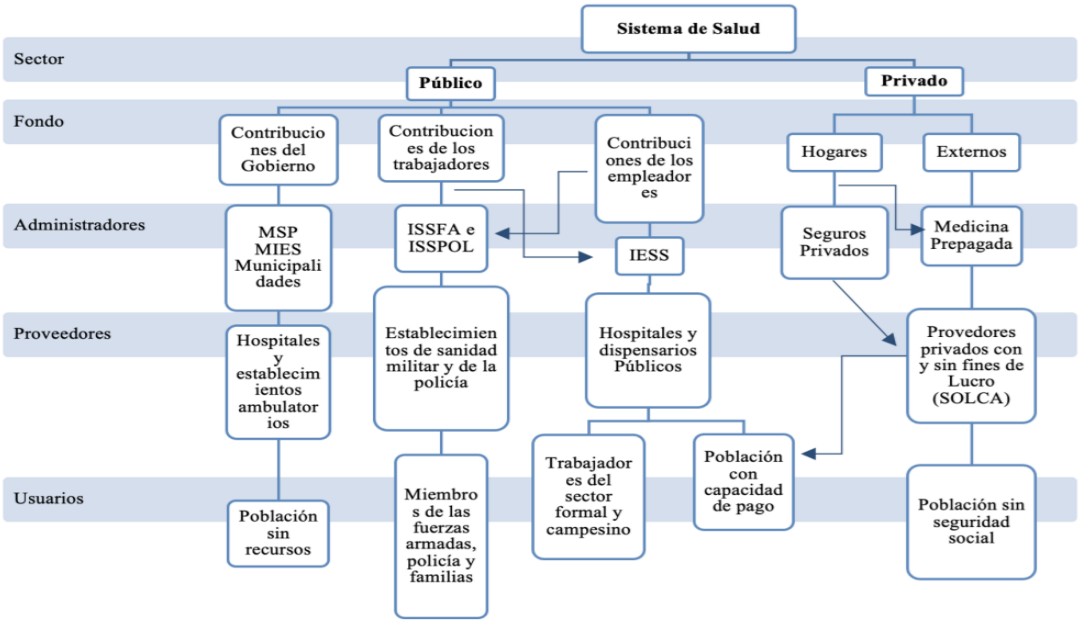
Fuente: Información disponible del Ministerio de Salud Pública
Elaborado por: Autor

Su importancia radica en que promueve la atención integral de la población, independientemente de su situación económica, y coordina los esfuerzos de distintos sectores para asegurar que el derecho a la salud se cumpla de manera eficiente, con calidad y sin exclusiones. Este sistema permite un enfoque inclusivo, intercultural y participativo, respondiendo a las necesidades de salud de la población en el marco de un modelo preventivo y curativo.

Como parte fundamental del Sistema Nacional de Salud se encuentra los Institutos de Seguridad Social, los cuales se encuentran financiados con un aporte del empleado, del empleador y del Estado Ecuatoriano; por su parte el subsistema privado de salud se enfoca en la población con mayor poder adquisitivo, y el subsistema público netamente es financiado por el Estado Ecuatoriano, aquí se incluyen clínicas y hospitales, privados, empresas de medicina prepagada y otras subdivisiones que aportan en la economía ecuatoriana.

El Sistema Nacional de Salud visto desde su estructura, composición y financiamiento puede ser representado en la siguiente ilustración para un mayor entendimiento:

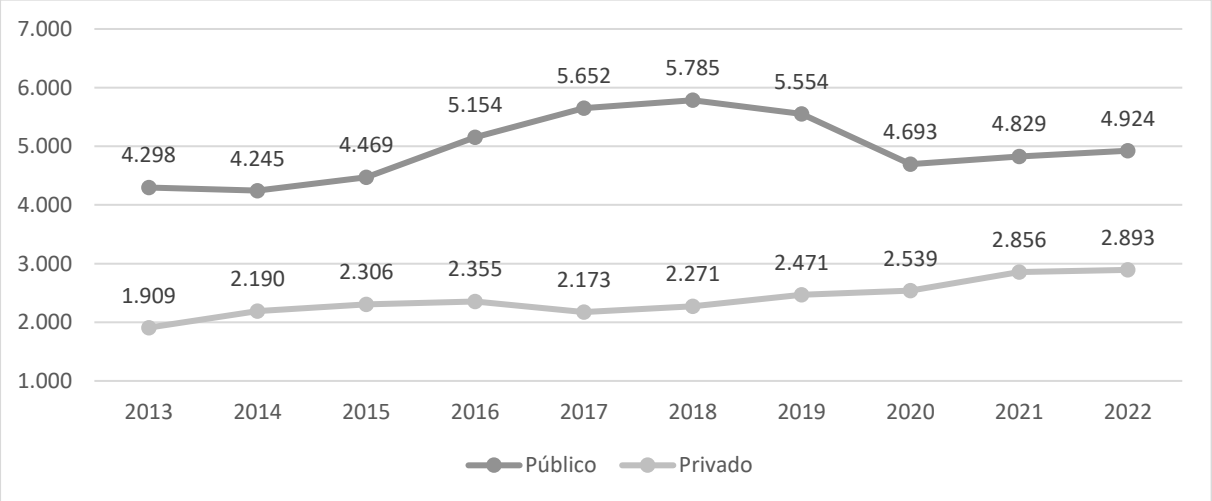
Ilustración 2 Composición del Sistema Nacional de Salud del Ecuador



Fuente: Superintendencia de Control del Poder de Mercado. Estructura del sistema Privado de Salud en Ecuador.
Elaborado por: Análisis de cobertura de medicina prepagada en Pichincha (2019-2020)

El Estado Ecuatoriano en la última década incrementó de forma constante la inversión anual para el sector social, especialmente para salud sector que fue fuertemente descuidado por los gobiernos de turno. Es así que como en la siguiente tabla se muestra en el siguiente gráfico:

Ilustración 3 Financiamiento de los servicios de salud (en millones de dólares)



Fuente: INEC CSS 2022
Elaborado por: Autor

En este contexto, Ecuador inició hace varios años la consolidación de un Sistema Nacional de Salud acorde a los estándares básicos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, a través de inversión en equipamiento, infraestructura, talento humano y otros componentes de modelo social complementario entre instituciones, cada uno desde su especialización y complementariedad para consolidar un fuerte Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con los datos disponibles en el INEC, para el año 2021, aproximante el 32,9% de los ecuatorianos tienen acceso a un seguro de salud, en la siguiente ilustración se detalla esta distribución por género y tipo de seguro de salud:

Tabla 1 Acceso a un seguro de salud Ecuador 2021

Tipo de seguro	Mujeres		Hombres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
IESS, seguro general	1.989.928	21,73%	2.289.810	26,08%	4.279.738	23,86%
IESS, seguro general voluntario	224.793	2,45%	193.531	2,20%	418.324	2,33%
IESS, seguro campesino	473.865	5,17%	451.804	5,15%	925.669	5,16%
ISSFQ, ISSPOL	85.301	0,93%	115.605	1,32%	200.906	1,12%
Seguro privado con hospitalización	33.318	0,36%	36.653	0,42%	69.971	0,39%
Seguro privado sin hospitalización	6.379	0,07%	4.579	0,05%	10.958	0,06%
AUS	753	0,01%		0,00%	753	0,00%
Seguro Ministerio de Salud Pública	775	0,01%		0,00%	775	0,00%
Ninguno	6.342.947	69,26%	5.687.773	64,78%	12.030.720	67,07%
Total	**9.158.059**		**8.779.755**		**17.937.814**	

Fuente: INEC 2021 – Consejo Nacional para la Igualdad de Género.
Elaborado por: Autor

En cuanto a establecimientos de salud en el Ecuador, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador en su informe detalla la siguiente información*:*

> *"(…) En el Ecuador existen 4.223 establecimientos de salud (1). De este total, 3.458 brindan servicios ambulatorios y 765 con internación. El 94% de los establecimientos del sector Público (3.269) brindan atención ambulatoria. El 6% (192) de dichos establecimientos brinda atención con internación. El Sector Privado en cambio concentra el grueso de establecimientos de salud con internación, a cuya naturaleza*

corresponde el 75% de sus instituciones (573) mientras el 25% de ellas (189) brindan atención ambulatoria (...) (5)*"*

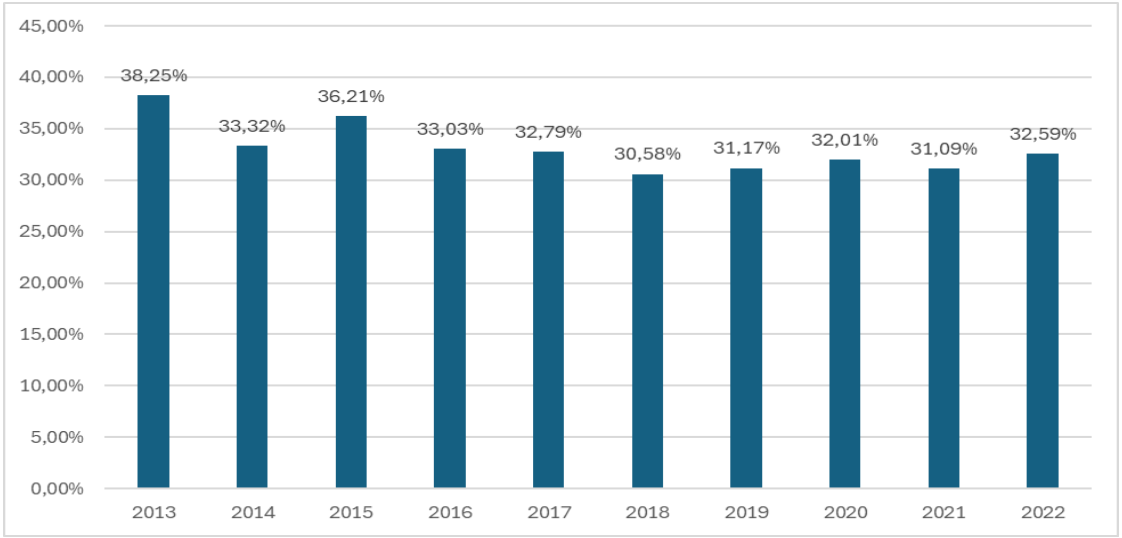
En este apartado es importante contextualizar el comportamiento de gasto de bolsillo en el Ecuador, para brindar una visión macro de la eficiencia del sistema Nacional de Salud en el Ecuador, es así como en base a los datos proporcionados por el INEC para los años 2012 – 2022, se presenta en la siguiente tabla y gráfico los datos más relevantes:

Tabla 2 Datos de Gasto de bolsillo en Ecuador 2012 - 2022

Año	GFC Salud	Gasto Bolsillo	Evolución
2013	6.562	2.510	38,25%
2014	6.959	2.319	33,32%
2015	7.568	2.740	36,21%
2016	7.426	2.453	33,03%
2017	7.877	2.583	32,79%
2018	8.439	2.581	30,58%
2019	8.424	2.626	31,17%
2020	8.273	2.648	32,01%
2021	8.934	2.778	31,09%
2022	8.829	2.877	32,59%

Fuente: INEC CSS 2022
Elaborado por: Autor

Ilustración 4 Gasto de Bolsillo en Ecuador 2012 - 2022



Fuente: INEC CSS 2022
Elaborado por: Autor

El gasto de bolsillo en salud en el Ecuador permite realizar un análisis en el que juega un rol importante la política pública del país, el acceso a los servicios de salud y factores económicos que influyen de manera directa en el comportamiento de gasto en los hogares.

Conceptualmente el gasto de bolsillo definido por la Organización Mundial de la Salud es:

> *"Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro"* (7)

En el Ecuador, el gasto de bolsillo representa uno de los indicadores más importantes sobre la gestión e implementación de políticas públicas, ya que refleja la eficiencia de la inversión y la gestión del Sistema Nacional de Salud en la prestación de los servicios sanitarios, es así como se puede observar que en los años que existió bonanza económica el gasto de bolsillo se redijo, pero no guardó relación con la alta inversión pública.

En el año 2022 se observó una ligera recuperación económica, pero el gasto de bolsillo siguió siendo significativo, reflejando una dependencia del sector privado, de su resultado se puede determinar que, por cada dólar de gasto en bienes y servicios de salud, los hogares asumen 33 centavos.

Según organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, el comportamiento de este indicador es similar en los países de la región, exceptuando países como Chile y Uruguay que cuenta con sistemas de salud más consolidados ye estructurados.

5.2. El sector de la Medicina Prepagada en el Ecuador.

La medicina prepagada en el Ecuador inicia en el año 1978, cuando el grupo Sanitas Internacional constituye en el país a la primera empresa aseguradora, convirtiéndose un referente nacional para las demás empresas que se van formando a lo largo de los años.

Estas empresas inicialmente centraron sus esfuerzos en brindar servicios complementarios de salud, esto como respuesta a la deficiente gestión pública sanitaria del gobierno; es así como en pocos años se constituyen varias empresas que compiten para un mercado reducido, ya que existe poca confianza en este sistema privado en el país.

El 17 de octubre de 2016, la Asamblea Nacional del Ecuador aprobó la nueva *"Ley Orgánica que regula a las Compañías que financian Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Seguros de Asistencia Médica".* Esta legislación introdujo cambios significativos en el sector, entre ellos la obligación de asegurar a cualquier persona que solicite el seguro, con especial atención a personas con discapacidades y adultos mayores. Además, la ley impuso la obligatoriedad de cubrir enfermedades preexistentes después de un período establecido, y modificó el cálculo de las primas, basándolas en la edad y el género de los asegurados, asimismo, se prohibió el aumento de las primas basado en la siniestralidad acumulada. Estas y otras disposiciones tuvieron un impacto considerable en los índices financieros de las empresas aseguradoras.

Otra de las exigencias de esta nueva ley es que las empresas de medicina prepagada deben cumplir con un capital suscrito de $ 1.000.000 USD (Un millón de dólares americanos); lo que ocasionó el quiebre de alrededor de siete (7) empresas, lo que provocó un cambio en el panorama de estas empresas en el Ecuador.

De acuerdo con la información de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el año 2024, se encuentran aprobadas 21 empresas para prestar sus servicios en el país, de acuerdo con el siguiente detalle:

Tabla 3 Empresas de Medicina Prepagada – Ecuador

Nro.	Nombre Compañía	Fecha de Aprobación
1	Primepre S.A.	12/12/2017
2	Compañía de Medicina Prepagada Inmedical Medicina Internacional S.A.	14/12/2017
3	Asisken Asistencia Médica S.A.	14/12/2017
4	Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada	14/12/2017
5	Empresa aseguradora S.A.	15/12/2017
6	Saludsa Sistema de Medicina Pre-Pagada del Ecuador S.A.	15/12/2017
7	Medicina para el Ecuador Mediecuador-Humana S.A.	05/09/2018
8	Vumilatina Medicina Prepagada S.A.	22/10/2018
9	Plus Medical Services S.A. Ecuatoriana de Medicina Prepagada	05/12/2018
10	Mediken Medicina Integral Kennedy S.A.	11/12/2018
11	Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana S.A.	19/02/2019
12	Confiamed S.A.	03/04/2019
13	Latina Salud Compañía de Medicina Prepagada S.A. "Latinasalud"	23/01/2020
14	Proassislife S.A.	06/02/2020
15	Med-Ec S.A.	18/03/2020
16	Medicompanies C.A.	04/06/2020
17	Medicina Prepagada Cruzblanca S.A.	18/09/2020
18	Bluecard Ecuador S.A.	23/06/2021
19	Transmedical Health Systems S.A.	12/07/2021
20	Plan Vital Vitalplan S.A.	05/12/2023
21	BMI Igualas Medicas Del Ecuador S.A.	26/12/2023

**La fecha de aprobación corresponde a la fecha en la que se aprobaron los planes, de acuerdo con las regulaciones de la nueva ley de medicina prepagada del ecuador.*
Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros
Elaborado por: Autor

En cumplimiento con la nueva Ley, todas las empresas de medicina prepagada ofrecen las mismas coberturas de salud, sin embargo, para volverse atractivas realizan modificaciones – amparadas en la ley – como disminución de tiempos de carencia en prexistencias, una amplia red de prestadores médicos, fee competitivos, entre otras estrategias comerciales que las diferencian y por ende incrementa su número de afiliados e ingresos.

A continuación, se presenta la composición del mercado de las empresas de medicinas prepagadas a marzo 2023, en base a los montos de primas emitidas de las 10 principales empresas del país:

Tabla 4 Primas Emitidas Medicina Prepagada Ecuador

GRUPO ECONÓMICO	2024			Crecimiento 2023 - 2024	2023		
	Rank.	Agosto 2024 Valor (MM USD)	Part.		Rank.	Agosto 2023 Valor (MM USD)	Part.
Salud S.A.	1	$149	30%	10%	1	$136	29%
BMI	2	$117	23%	7%	2	$110	23%
Humana	3	$71	14%	14%	3	$62	13%
Empresa aseguradora S.A.	4	$41	8%	-3%	4	$43	9%
Confiamed	5	$35	7%	11%	5	$32	7%
Best Doctors	6	$27	5%	6%	6	$26	6%
Yumilatina	7	$15	3%	29%	7	$12	2%
Asisken	8	$9	2%	-4%	8	$9	2%
Inmedical	9	$7	1%	12%	9	$6	1%
Plan Vital	10	$6	1%	20%	10	$5	1%
TOTAL SELECCIONADO		**$477**	**94%**	**102%**		**$439**	**93%**
TOTAL NO SELECCIONADO		**$30**	**6%**	**-9%**		**$33**	**7%**
TOTAL DE MERCADO		**$507**	**100%**	**93%**		**$473**	**100%**

Fuente: Latinoinsurance On Line
Elaborado por: Autor

5.3. Marco legal de la Medicina Prepagada en el Ecuador

Las empresas de medicina prepagada en Ecuador se encuentran representados por La Asociación Ecuatoriana de Empresas de Medicina Integral Prepagada (AEEMIP), una organización que agrupa a las empresas de medicina prepagada afines para el tratamiento de temas diversos en el ámbito de sus competencias, ejecutando las políticas generales, y el planteamiento y posterior ejecución de planes. Esta asociación tuvo una fuerte presencia al debatir en contra de la nueva Ley de Medicina Prepagada.

En referencia al marco jurídico que ampara y norma a las empresas de Medicina Prepagada, se cuenta con la siguiente normativa legal

- Constitución de la República del Ecuador
- Código Orgánico de Salud

- Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de Asistencia Médica
- Reglamento a la Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica

5.4. Diagnóstico de la empresa

5.4.1. Reseña Histórica

La empresa aseguradora fue fundada el 7 de abril de 1978, convirtiéndose así en la primera empresa de Medicina Prepagada del Ecuador y la primera incursión de este grupo empresarial en América Latina.

Luego de su posicionamiento en el mercado ecuatoriano, la empresa aseguradora ha mostrado índices financieros positivos frente a la competencia a lo largo de los años, obteniendo gran parte del mercado a nivel nacional.

La empresa aseguradora comprometida en ofrecer un servicio de calidad a sus asegurados obtuvo la certificación ISO 9001:2000 en los procesos de medicina prepagada, atención de servicios médicos y diagnósticos complementarios; certificación otorgada por la empresa Bureu Veritas desde el año 2008 hasta la actualidad.

Dentro de sus principales logros, la empresa aseguradora se consolidó como la mejor empresa en calidad de servicios, en el sector salud en los años 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015, este premio otorgaba la Corporación Ekos, para el 2024 obtuvo el segundo lugar en empresa con mejor reputación.

5.4.2. Misión

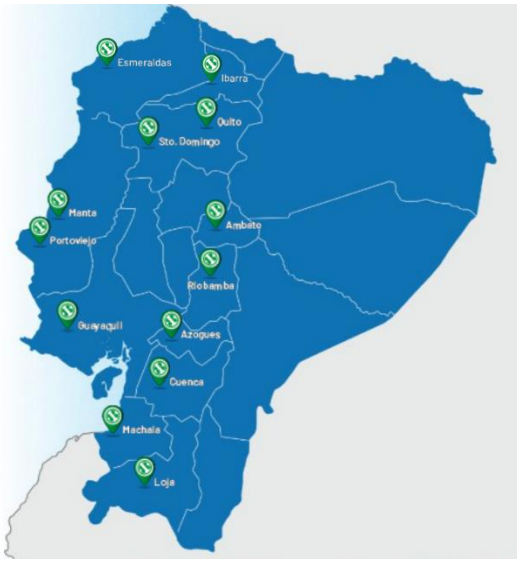
Otorgar y garantizar atención médica de calidad a nuestros asegurados.

5.4.3. Visión

Mantener el liderazgo a través del compromiso de su gente y la excelencia en el servicio.

5.4.4. Presencia a nivel nacional

Oficinas: La empresa aseguradora actualmente cuenta con presencia en 13 ciudades a nivel nacional; la matriz de la empresa se encuentra ubicada en la ciudad de Quito y cuenta con 2 Regionales en las ciudades de Cuenca y Guayaquil, y 10 oficinas distribuidas estratégicamente a nivel nacional en las siguientes ciudades: Manta, Machala, Portoviejo, Esmeraldas, Riobamba, Ambato, Ibarra, Santo Domingo, Azogues y Loja.



Prestadores Médicos: Por su parte, la empresa aseguradora cuenta con una amplia red de prestadores médicos en 44 ciudades a nivel nacional, incluida la Región Insular. Dentro de su red constan médicos especialistas y subespecialistas, Centros Médicos ambulatorios y Centros Especializados en oftalmología, Oncología, Neurología, Gastroenterología, entre otros; también con Centros de fisioterapia y Rehabilitación, Laboratorios clínicas y de anatomía patológica, Hospitales del día, básicos, generales y de especialidades.

5.4.5. Planes de Asistencia Médica

Dentro de la oferta de servicios de la empresa aseguradora, la cobertura ambulatoria, hospitalaria y de emergencia integral se encuentran dentro de su promesa de valor, pero

también ofrece servicios adicionales complementarios como: medicamentos, odontología, servicio exequial y telemedicina. Sus planes van desde $ 8.000 USD hasta los $ 100.000 abracando un nicho de mercado muy competitivo.

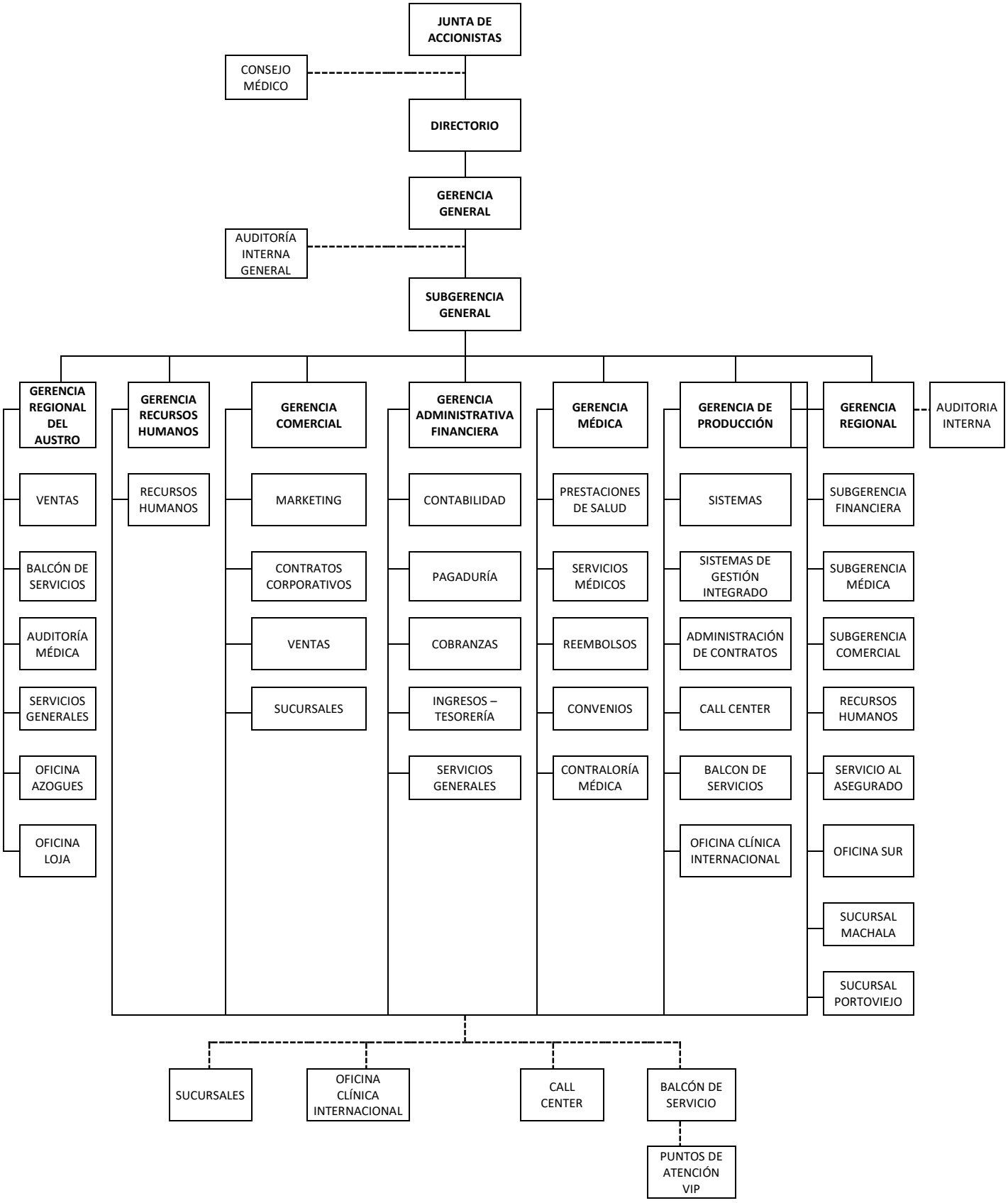
5.4.5. Responsabilidad Social Corporativa

La empresa aseguradora, a través de su fundador creó una organización comprometida con brindar apoyo integral a la niñez ecuatoriana en situación de vulnerabilidad, incluyendo aquellos que enfrentan pobreza extrema, desnutrición y abandono.

La Fundación se centra en ofrecer servicios médicos, nutricionales y educativos a los niños de diversas regiones del país, trabajando en conjunto con otros actores sociales que contribuyen con insumos, profesionales y fondos para garantizar la continuidad de sus actividades en Ecuador.

En su página web se detallan todos los programas sociales que la Fundación ha implementado hasta la fecha.

5.4.6. Estructura Organizacional



Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

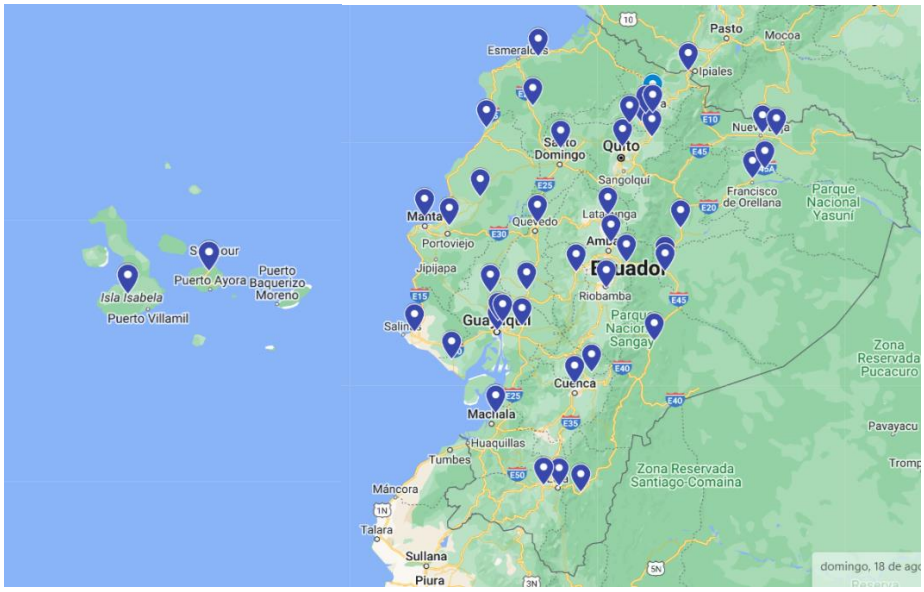
5.5. Características de la Red de Prestadores Médicos de la empresa aseguradora

La empresa aseguradora al ser la pionera en el sector de la Medicina Prepagada en el Ecuador cuenta con la experiencia necesaria para liderar el mercado ecuatoriano, es así como, del análisis realizado, esta empresa cuenta con un de las mejores y más completas redes de prestadores médicos a nivel nacional.

5.5.1. Presencia a nivel nacional

La empresa aseguradora es una empresa que brinda servicios de asistencia médica a través de prestadores médicos en territorio nacional, por lo que para el año 2024 mantiene presencia en 44 ciudades del país, de acuerdo con el siguiente detalle:

Ilustración 5 Mapa de prestadores médicos a nivel nacional



Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

Tabla 5 Ubicación geográfica – Prestadores Médicos

Sierra		Costa		Amazonía	Región Insular
Quito	Baños	Guayaquil	Babahoyo	Puyo	Santa Cruz
Cuenca	Tulcán	Manta	Quevedo	Macas	Santa Isabela
Riobamba	Guaranda	Sto. Domingo	Salinas	Joya	
Ambato	Atuntaqui	Esmeraldas	Milagro	El Coca	
Ibarra	Pujilí	Machala	Daule	Lago Agrio	
Azogues	Cayambe	Portoviejo	La Libertad	Tena	
Loja	San Pablo	Chone	Samborondón	Zamora	
Latacunga	Gualaceo	Pedernales	Quinindé		
Catamayo	Otavalo	Playas	Durán		

Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

El mayor número de prestadores médicos están situados en las ciudades de Quito y Guayaquil, con el 42% y 20%, respectivamente; esto se debe a la gran oferta de servicios de salud en las dos (2) ciudades más grandes y pobladas del país.

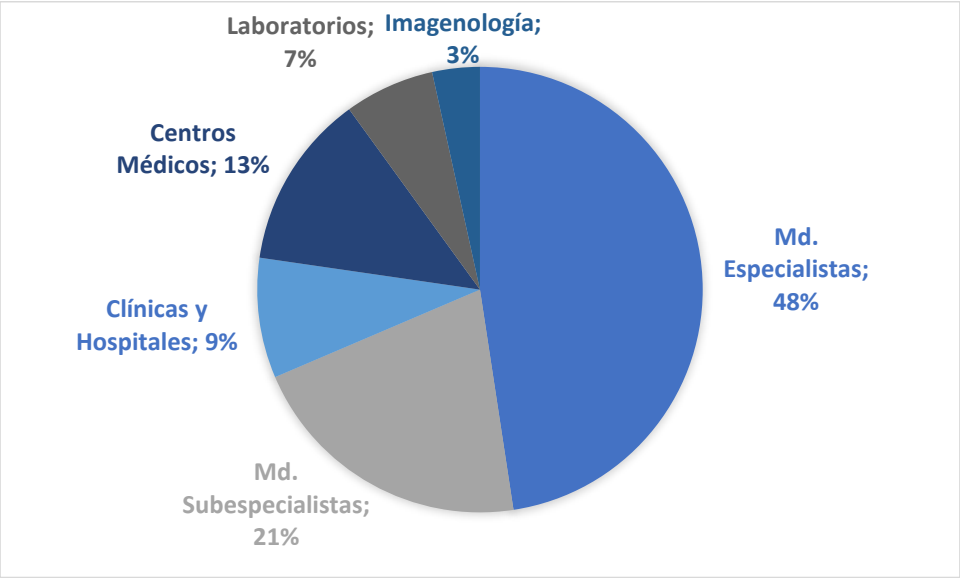
Sin embargo, como estrategia comercial se busca garantizar una red amplia de prestadores médicos en ciudades en donde actualmente se cuenta con afiliados, con proyección de crecimiento.

5.5.2. Detalle de prestadores médicos por tipología

Para el servicio de consulta ambulatoria, la empresa aseguradora oferta 56 Especialidades Médicas, 29 Subespecialidades Médicas y 6 prestaciones sanitarias (Psicología, Nutrición, Odontología). Esta amplia cartera de especialidades es el resultado de la firma de convenios con prestadores médicos que cumplen con los años de experiencia solicitados por la empresa aseguradora, con el registro de sus títulos profesionales, la habilitación profesional para la prestación de servicios, el cumplimiento del licenciamiento de sus consultorios en donde prestan sus servicios, la negociación de tarifas y una fuerte relación comercial como aliados estratégicos.

Por su parte, visto desde su tipología se cuenta con la siguiente distribución porcentual:

Ilustración 6 Prestadores médicos por tipología



Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

5.5.3. Requisitos para formar parte de la Red de prestadores médicos

La empresa aseguradora ha definido ciertos requisitos que deben cumplir todos y cada uno de los candidatos a ser prestadores médicos, y otros requisitos que de acuerdo con su tipología son propios. En la siguiente tabla se muestran los requisitos mínimos por tipología:

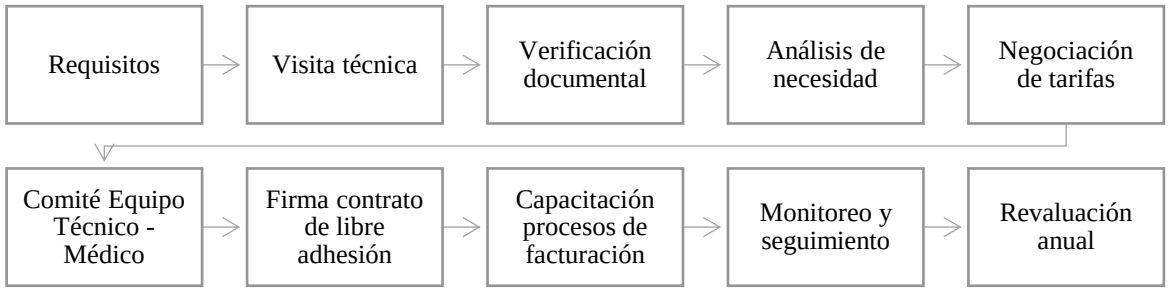
- RUC
- Permiso de Funcionamiento
- Nombramiento Representante legal
- Registro título
- Años de experiencia
- Habilitación Profesional
- Curriculum Vitae
- Fotografías instalaciones

- Staff profesionales de la salud
- Certificado bancario
- Facturación electrónica

5.5.4. Proceso para la firma de convenios

Dentro del proceso para la firma de convenios, de manera general se detalla a continuación el proceso a seguir:

Ilustración 7 Proceso para la firma de un convenio



Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

5.6. Procesos internos de la empresa aseguradora relacionados con la atención a los prestadores médicos

Los procesos internos de la empresa aseguradora en los que participan los prestadores médicos están diseñados para gestionar la relación entre las partes. Estos procesos buscan garantizar la calidad de la atención, optimizar costos y asegurar la satisfacción tanto de los afiliados como de los prestadores médicos. A continuación, se detallan los de mayor relevancia:

Proceso de selección, acreditación y registro de prestadores médicos: Es el procedimiento mediante el cual la empresa aseguradora selecciona, acredita y registra a

los prestadores médicos para formar parte de su red. El proceso general se detalla a continuación:

- Revisión de credenciales, experiencia y especialización del prestador médico.
- Firma de contratos que establecen términos de colaboración, tarifas y condiciones de pago.
- Inclusión del prestador en la red y comunicación al asegurado.

En este proceso la participación del prestador es al proporcionar la documentación requerida, cumplir con estándares de calidad y aceptar las condiciones del contrato.

Proceso de autorización de servicios: Proceso mediante el cual permite a los afiliados acceder a servicios médicos cubiertos por la empresa aseguradora, previa auditoría médica y contractual de la solicitud. El proceso se detalla a continuación:

- Recepción de la solicitud por parte del prestador médico
- Evaluación por parte de la empresa aseguradora (verificación de cobertura, condiciones del afiliado, etc.).
- Emisión de la autorización al prestador médico o rechazo con la debida explicación.

En esta parte del proceso el prestador participa en el llenado de las solicitudes de servicios detalladas, justificando tratamientos o procedimientos y garantizando el cumplimiento de políticas de la aseguradora.

Prestación del servicio médico: Corresponde a la entrega del servicio médico solicitado y autorizado por la aseguradora. Las etapas claves son las siguientes:

- Ejecución de consultas, procedimientos o tratamientos médicos.
- Registro adecuado de la atención (historial médico, diagnósticos, facturación).

- Comunicación de resultados al paciente y a la aseguradora si es necesario.

El prestador médico asegura una atención de calidad y documenta correctamente la prestación del servicio.

Facturación y presentación de reclamos: Se refiere al proceso mediante el cual el prestador médico envía a la empresa aseguradora la documentación habilitante relacionada con los servicios prestados para su pago. El proceso se detalla de la siguiente manera:

- Entrega de los respaldos de los procedimientos médicos realizados.
- Revisión de los códigos de facturación y la documentación requerida.
- Envío de la factura a la aseguradora para su procesamiento.

El prestador garantiza que las facturas sean precisas y cumplan con los requisitos establecidos por ley.

Proceso de pago al prestador médico: Corresponde al procedimiento de la aseguradora para realizar el pago por los servicios prestados, de acuerdo con el siguiente detalle:

- Validación de facturas (confirmación de que los servicios están autorizados y se han cumplido las políticas).
- Aprobación de los pagos.
- Transferencia de los montos correspondientes al prestador médico dentro de los plazos establecidos.

El prestador médico verifica los pagos realizados y reporta discrepancias o retrasos en el caso que los hubiere.

Gestión de reclamos y auditorías médicas: Incluye la revisión de discrepancias relacionadas con servicios facturados, rechazados o pagos pendientes. Este proceso se detalla de la siguiente manera:

- Análisis de reclamos presentados por prestadores o asegurados.
- Revisión técnica y administrativa de los servicios facturados.
- Resolución de conflictos o ajustes en los pagos.

En este proceso el prestador médico provee información adicional, justifica procedimientos o negocia discrepancias en los pagos.

Evaluación de desempeño y actualización de contratos: Proceso para revisar la calidad y el cumplimiento del prestador médico en relación con los términos acordados y las expectativas de la aseguradora. Este proceso de revaluación se realiza una (1) vez al año, al 100% de prestadores médicos a nivel nacional. El proceso es el siguiente:

- Análisis de métricas como la satisfacción del paciente, tiempos de respuesta de inconformidades, y facturación.
- Reuniones periódicas para discutir mejoras y resolver problemas recurrentes.
- Renovación o terminación de contratos según resultados.

El prestador recibe retroalimentación y ajusta su desempeño a los indicadores requeridos.

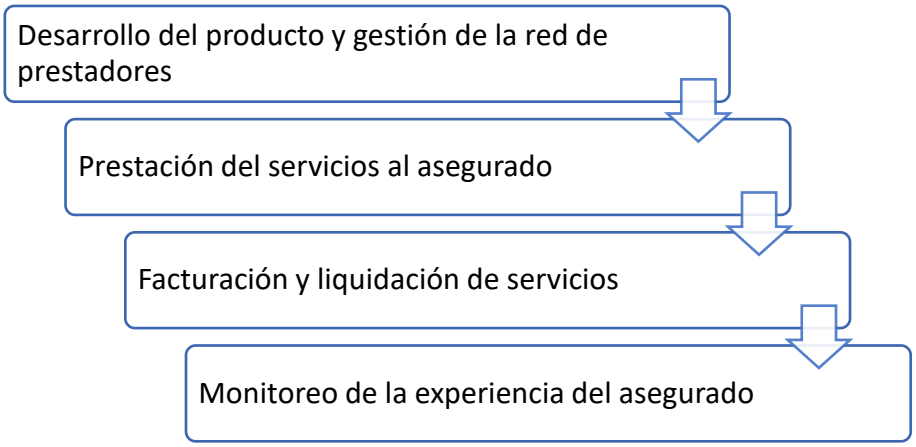
Estos procesos son interdependientes y forman parte de una dinámica constante entre la empresa aseguradora y los prestadores médicos, donde la comunicación y el cumplimiento de acuerdos son fundamentales para el éxito mutuo.

5.7. Relación entre las empresas aseguradoras y sus prestadores médicos

En su libro "Ventaja competitiva", Michael Porter (14) explica que una cadena de valor es el conjunto de actividades que realiza una empresa para aportar un valor más alto al producto o servicio que ofrece.

En el sector de la medicina prepagada, al ser un sector competitivo, las empresas buscan ofrecer un valor añadido que les diferencie de la competencia, es así que una de las estrategias exitosas, es ofrecer una amplia red de prestadores médicos, ubicados estratégicamente y que cuenten con todos los servicios en convenio, añadiendo tecnología a través de aplicaciones que faciliten su acceso.

A continuación, se detalla la cadena de valor de la empresa aseguradora:



Fuente: Empresa asegurador
Elaborado por: Autor

Desarrollo de productos y gestión de la red médica: El prestador médico desde el inicio del relacionamiento (previo a la firma del convenio) participa en la negociación de tarifas y define la cartera de servicios que está incluido en su convenio, esto basado en la cobertura médica que brinda la empresa aseguradora.

Posterior a esto, el prestador médico contribuye a la configuración de la red de prestadores ofrecida por la empresa aseguradora, lo que incide en la competitividad del producto en el mercado.

Con la información que antecede, el prestador proporciona información médica que puede influir en el diseño de coberturas.

Provisión de servicios al asegurado: El prestador médico es el encargado de entregar el servicio de salud contratado por el asegurado, garantizando que la atención sea de calidad y dentro de los términos establecidos en el convenio.

Del mismo modo, colabora directamente con la empresa aseguradora para gestionar autorizaciones de servicios y coordinar la atención del asegurado.

Facturación y liquidación de servicios: Dentro de este proceso, el prestador médico proporciona la documentación habilitante sobre los servicios prestados para su validación y pago por parte de la empresa aseguradora, en algunas ocasiones también participa en auditorías para garantizar la transparencia y cumplimiento de los términos contractuales.

Monitoreo de la experiencia del asegurado / asegurado: El prestador médico contribuye de manera directa con la satisfacción del asegurado a través de la calidad del servicio prestado. Con esto proporciona retroalimentación a la empresa aseguradora sobre procesos que podrían optimizarse para mejorar la experiencia del asegurado.

5.8. Satisfacción

Medir la satisfacción es un componente esencial en cualquier sector, puesto que permite a las organizaciones conocer el grado en que sus productos, servicios o interacciones cumplen con las expectativas de sus consumidores. Esta medición es clave para asegurar la competitividad y la sostenibilidad de las empresas, independientemente de su industria.

En el contexto de servicios de salud, este concepto se vincula estrechamente con factores como la calidad del servicio, la accesibilidad, el relacionamiento y los procesos administrativos como la facturación y pago, pero también en salud inciden de manera directa otros elementos como el tiempo de espera y la claridad de la comunicación, llegando a ser determinantes en el grado de satisfacción; todo esto conlleva a destacar la importancia de adaptar los servicios a las necesidades y expectativas específicas. (8)

Una de las principales razones para medir la satisfacción es que este proceso proporciona información valiosa para la mejora continua. Al identificar áreas donde los asegurados están insatisfechos, las empresas pueden ajustar sus procesos, mejorar la calidad de sus productos o servicios, y optimizar la experiencia del asegurado, lo que en última instancia fideliza a los consumidores. Esta retroalimentación constante fomenta la innovación y permite a las organizaciones adaptarse a las cambiantes demandas del mercado.

Además, la satisfacción del asegurado está directamente vinculada a costos e ingresos de las empresas, puesto que los asegurados satisfechos son más propensos a repetir sus compras de bienes o servicios, recomendar la marca a otros y generar publicidad positiva, lo que reduce los costos de adquisición de nuevos asegurados. En contraste, la insatisfacción puede llevar a la pérdida de asegurados y a una reputación negativa que puede perjudicar gravemente el crecimiento a largo plazo.

5.9. Modelos teóricos de satisfacción de prestadores médicos.

Según la literatura existente, en el país no se han realizado estudios específicos que evalúen la satisfacción en la relación entre los prestadores médicos y las empresas aseguradoras. La mayoría de las investigaciones y mediciones disponibles se han enfocado en la satisfacción de los usuarios o asegurados finales con los servicios de salud

brindados, dejando de lado el análisis de las dinámicas y percepciones que tienen los prestadores médicos en su interacción con las empresas aseguradoras.

La satisfacción del asegurado suele medirse a través de encuestas y herramientas que evalúan aspectos como la calidad del servicio, tiempos de atención, claridad en la información proporcionada y resultados obtenidos. Sin embargo, esta perspectiva se centra en el usuario final y no considera factores clave que afectan la relación con los prestadores médicos.

Ampliando la búsqueda, el Colegio de Médicos de Barcelona realizó una encuesta a un grupo de médicos en donde se expone las opiniones de los médicos respecto a las empresas de seguros médicos y proporciona un ranking basado en la valoración de los profesionales sobre las empresas de seguro en Cataluña. La encuesta examina las condiciones laborales de los médicos, su relación con las compañías del sector, la eficiencia de las entidades en la gestión de trámites administrativos y otros aspectos.

A pesar de ser similares los estudios, se tomó gran parte de esta primera experiencia para adaptarla a la realidad ecuatoriana y contar con un referente para finalmente comparar resultados, sin obviar las diferencias entre el Sistema Nacional de Salud de España y Ecuador.

De los datos analizados, se pueden observar los siguientes resultados:

Género: 71% médicos – 29% médicas

Actividades: 41% combina el trabajo en el sector público y privado; 59% trabaja únicamente en el sector privado, dedicando 23,7 horas semanales al sector privado.

Contrato: 82.8% trabaja por cuenta propia, 11,4% contrato laboral y el 5,9% ambas opciones

Pago: 6% reembolso por paciente, 28% pago directo pacientes sin seguro, 66% pago a través de aseguradora.

Búsqueda de médicos: 45% agendamiento directo, 11% internet, 16% por referencia y 27% por medio del Cuadro Médico.

Percepción: Se siente valorado por las entidades para las que trabaja, si el 34% y 66% no.

Aseguradora: en este apartado se detallan los criterios a analizarse con la relación directa que mantiene el médico con la aseguradora, en donde se analiza la percepción del prestador referente a tiempos, honorarios y respuesta. A continuación, se detallan los temas encuestados:

1. Existencia de contratos con entidades
2. Información detallada de los honorarios facturados y cobrados
3. Plazo de pago
4. Agilidad del sistema de facturación
5. Nivel de honorarios
6. Actualización de los baremos en el último año
7. Aceptación de nuevas pruebas diagnósticas y nuevos tratamientos
8. Facilidad para solicitar autorizaciones de pruebas y tratamiento
9. Diligencias del responsable en dar una respuesta
10. Facilidad para contactar a un responsable de la entidad
11. Claridad de las pólizas (el asegurado y el médico saben lo que está cubierto y lo que no)

En el siguiente gráfico se muestran los resultados obtenidos

Ilustración 8 Valoración Entidades Seguro Libre

Fuente: ENQUESTA D'ASSEGURANÇA LLIURE 2021-2022
Elaborado por: Autor

Como se puede observar en el gráfico que antecede, los resultados obtenidos de esta encuesta son poco alentadores, teniendo en cuenta que la calificación fue entre 1 y 7 puntos; adicionalmente, esta encuesta se enfocó en la percepción de los prestadores médicos sobre las empresas de medicina prepagada con las que laboran.

5.10. Prestador Médico

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un prestador de servicios de salud "(…) *es cualquier individuo u organización que preste servicios relacionados con la salud a través de la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, incluidas instituciones públicas y privadas (...)*" (7), en este contexto el prestador médico desempeña un papel crucial en la relación tripartita entre la empresa aseguradora y el paciente final, actuando como el punto de contacto directo que garantizar la calidad y eficacia del servicio de salud.

La atención que recibirá el paciente en este prestador médico materializa su seguro médico y la cobertura ofrecida por la empresa aseguradora, traduciéndolas en atención médica oportuna, ética y profesional. Su desempeño impacta directamente en la percepción del paciente sobre la calidad del servicio recibido y, por ende, en la confianza y lealtad hacia la empresa aseguradora.

El prestador médico no solo asegura que los tratamientos sean adecuados, sino que también facilita el cumplimiento de las políticas de cobertura establecidas por la empresa aseguradora, equilibrando las necesidades del paciente y las normativas de la empresa. Una relación sólida y bien gestionada entre la aseguradora y los prestadores médicos permite mejorar la experiencia del asegurado / paciente, reducir costos operativos y fortalecer la imagen de la aseguradora en el mercado.

5.11. Calidad de la atención de salud

Muchos teóricos han determinado que la satisfacción del trabajador es considerada como un factor determinante en la calidad de la atención de salud (10). Esto también se refleja en el servicio al paciente, donde un médico motivado y satisfecho es mucho más eficiente, empático y comprometido con la atención, lo que mejora la percepción del paciente sobre el servicio recibido.

En resumen, aplicar estos conceptos en el contexto de los prestadores médicos implica entender que la satisfacción laboral no solo afecta el bienestar de los médicos, sino que también tiene un impacto directo en la calidad del servicio brindado al paciente. Un equipo de salud satisfecho y motivado es más propenso a brindar un servicio más eficiente, efectivo y empático, lo cual beneficia tanto a la empresa aseguradora como al asegurado / paciente final.

5.12. Especialidad Médica

La especialidad médica hace referencia a la rama de la medicina en la que un médico se ha especializado después de completar su formación básica como médico general. Esta especialización le permite enfocarse en una determinada área de la medicina, lo cual requiere años de estudios y formación práctica después de la graduación. El nivel de especialización varía según la complejidad, y algunas especialidades pueden contar con subespecialidades que profundizan aún más en áreas específicas dentro del campo (11); este concepto será tomado para agrupar las especialidades médicas y analizar los datos de que arroje la encuesta al medir la satisfacción de los prestadores médicos.

Dentro del contexto de este estudio se incluyó la variable especialidad médica para identificar con mayor detalle el área de la medicina de los prestadores médicos. Esta información permite analizar si la percepción de satisfacción varía según la especialidad y evaluar necesidades específicas de cada grupo. Al conocer las particularidades de cada especialidad médica, la empresa puede diseñar estrategias personalizadas para mejorar su relación con los prestadores y optimizar los servicios ofrecidos, asegurando una gestión más eficiente y enfocada en las características de cada área médica.

5.13. Años de relacionamiento

La variable años de relacionamiento se refiere al tiempo durante el cual un profesional de la salud ha interactuado o trabajado con una organización, aseguradora o institución médica específica. Este concepto es relevante en el análisis de la satisfacción laboral y la fidelidad de los prestadores médicos, ya que los años de relacionamiento pueden influir en su grado de confianza y satisfacción con la empresa o institución con la que trabajan (12).

Cuantos más años de experiencia tenga un médico con una aseguradora o entidad médica, mayor será su conocimiento de los procesos, políticas y dinámicas de trabajo. Además, este tiempo puede influir en la forma en que el médico percibe la calidad de las relaciones laborales y la efectividad de los procesos internos en los que está involucrado.

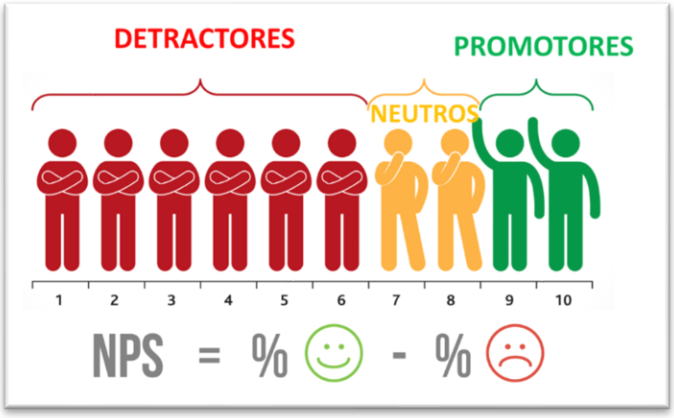
En el desarrollo de este estudio es de suma importancia definir los años de relacionamiento entre la empresa aseguradora y los prestadores médicos, ya que con esta información se puede analizar si ha existido un proceso de fidelización, conocimiento de los procesos internos, y mejoras en la comunicación entre las partes.

Los años de relacionamiento no solo impactan la satisfacción laboral, sino también la calidad del servicio, formando una relación bidireccional que beneficia tanto a los prestadores médicos como a la empresa aseguradora y a los asegurados / pacientes.

5.14. Índice de Promotores Netos

El Índice de Promotores Netos es una métrica utilizada para medir la satisfacción de los asegurados a través de una sola pregunta: "¿Qué tan probable es que recomiende este producto/empresa?" Los asegurados responden en una escala de 0 a 10, y con base en sus respuestas se clasifican en tres grupos: promotores (puntajes de 9-10), pasivos (7-8) y detractores (0-6). La puntuación final se calcula restando el porcentaje de detractores del de promotores, lo que proporciona un indicador claro de la satisfacción general (13).

Ilustración 9 Forma de cálculo NPS



Fuente: https://www.antoniokovacevic.com/nps-medir-satisfaccion-asegurado/
Elaboración: Antonio Kovacevic

El IPN se utiliza ampliamente en distintos sectores para identificar áreas de mejora, comparar la satisfacción de los asegurados con la de la competencia, y mejorar la calidad del servicio o producto. Un puntaje alto indica un nivel elevado de lealtad, mientras que uno bajo sugiere la necesidad de cambios. Es especialmente útil para organizaciones que buscan comprender la experiencia del asegurado de manera rápida y efectiva

Capítulo 6. Metodología y diseño de la investigación

El presente trabajo tiene como objetivo principal medir la satisfacción de los prestadores médicos de consultorio, incluyendo médicos especialistas, subespecialistas y profesionales de la salud como odontólogos, nutricionistas y psicólogos, respecto a su relación con la empresa aseguradora.

Para esto, se recopilarán los datos a través del envió de una encuesta mediante medios físicos y digitales, con el fin de tabular y analizar los resultados. Dado su enfoque, este estudio es de naturaleza cuantitativa y alcance descriptivo.

En los criterios de análisis, se considerará la satisfacción de los prestadores médicos en función de variables como la especialidad médica, los años de relación con la empresa, la ubicación geográfica y otras condiciones relevantes para la evaluación. Lo que permitirá realizar varios análisis en base a variables que pueden llegar a condicionar la satisfacción.

6.1. Tipo de estudio.

De acuerdo con las características de este estudio es de tipo descriptivo, debido a que se pretende determinar la satisfacción de los prestadores médicos, frente a la relación con la aseguradora en temas relacionados a la claridad de los términos y condiciones del contrato firmado con la empresa aseguradora, puntualidad en los pagos, facilidad en los procesos de pagos y facturación, eficiencia en la atención de los requerimientos de los prestadores médicos por parte del personal de la empresa aseguradora y satisfacción global.

Los datos serán recolectados en tiempo presente y las variables serán medidas en una sola ocasión, por lo que es prospectiva y transversal.

6.2. Área de Estudio

El estudio se aplicó a los prestadores médico de la empresa aseguradora, que brindan el servicio de manera ambulatorio, a través de consulta médica ambulatoria, es decir, en este estudio se incluirán a médicos especialistas, subespecialistas y personal de la salud como odontólogos, nutricionistas y psicólogos; el levantamiento de la data se realizará a nivel nacional.

6.3. Universo

El presente estudio se realizó considerando un universo de 755 prestadores médicos, que incluye médicos especialistas, subespecialistas, así como profesionales de la salud, entre ellos odontólogos, psicólogos y nutricionistas. Todos forman parte del Cuadro Médico de la empresa aseguradora a nivel nacional.

Para este estudio, se empleó un muestreo por conveniencia no probabilístico, tomando un total de 213 participantes que están disponibles y accesibles para el presente estudio en función de la facilidad de contacto. Dado el enfoque exploratorio del análisis, este método permitió recopilar datos rápidamente y de manera eficiente, adaptándose a las limitaciones de tiempo y recursos del proyecto.

6.4. Criterios de inclusión

- Prestadores médicos de consultorio.
- Prestadores médicos: especialistas, subespecialistas y personal de salud como odontólogos, nutricionistas y psicólogos
- Prestadores médicos a nivel nacional que deseen participar en el estudio.

6.5. Criterios de exclusión

- Prestadores médicos de alta complejidad como centros médicos ambulatorios y especializados, centros de imagenología, laboratorios clínicos y patológicos y clínicas y hospitales.
- Prestadores médicos que no deseen participar en el estudio.
- Prestadores médicos que no hayan recibido la encuesta por error en su correo electrónico
- Prestadores médicos que no se encuentren disponibles para participar en el estudio.

6.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Este estudio utilizará como único instrumento de recolección de datos la encuesta, la cual será enviada a los prestadores médicos a través de correo electrónico. Posteriormente, y dependiendo de la recepción de los prestadores, se evaluará la implementación de otros canales físicos, como visitas presenciales a los prestadores médicos o la solicitud de completar las encuestas al momento de la entrega de la documentación habilitante para el pago de sus honorarios. Con estas acciones se espera obtener el mayor número de encuestas para el análisis previsto y posterior propuesta de mejoras.

Encuesta:

A partir de la revisión de la literatura existente, se identificó que no se han utilizado instrumentos específicos para medir la satisfacción de los prestadores médicos y su relación con la empresa aseguradora. Por esta razón, se tomó como referencia el único estudio realizado en Cataluña – España en el año 2022, la cual se modificó y adaptó a la realidad y terminología de Ecuador para facilitar la medición y posteriormente realizar la comparación de resultados entre ambos países.

Este modelo adaptado mantuvo los principales criterios de evaluación, tales como la claridad de los términos y condiciones del contrato firmado con la empresa aseguradora, puntualidad en los pagos, facilidad en los procesos de pagos y facturación, eficiencia en la atención de los requerimientos de los prestadores médicos por parte del personal de la empresa aseguradora y satisfacción global.

6.7. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Técnica de medición
Prestadores Médicos	Independiente	Prestador Médico: "(…) es cualquier individuo u organización que preste servicios relacionados con la salud a través de la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, incluidas instituciones públicas y privadas) (9)	El prestador médico es el establecimiento de salud que presta un servicio a cambio de un importe previamente convenido. Prestador Médico puede ser considerado un establecimiento de salud o un profesional de salud, en ambos casos deben contar con las habilitaciones determinadas por los organismos de ley.	Relacionamiento	Especialidad médica	Selección múltiple	Encuesta
					Años de relacionamiento	De 0 a 5 años / De 6 a 10 años / De 11 a 15 años / De 16 a 20 años / Más de 20 años	
					Ciudad	Selección múltiple	

Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Técnica de medición
Satisfacción	Dependiente	*"La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario"* (15)	La satisfacción de la relación entre un prestador y la aseguradora se deriva de varios aspectos de cumplimiento de expectativas referente a pago de honorarios, plazo de pagos, tiempo de respuestas, entre otros aspectos.	Relación con la aseguradora	Claridad relación contractual	Muy clara / Clara / Poco clara / Confusa	Encuesta
					Puntualidad en los pagos	Muy satisfecho/ Satisfecho/ Insatisfecho/ Muy insatisfecho	
					Proceso de facturación y gestión de pagos	Siempre / La mayoría de las veces/ Algunas veces / Nunca	
				Comunicación y soporte	Calidad de la comunicación	Buena / Regular / Deficiente	
					Frecuencia de soporte	Siempre / La mayoría de las veces / A veces / Nunca	
				Satisfacción global	Recomendación	Sí /No	
					Calificación general	1.Nada satisfecho 2. Muy insatisfecho 3. Moderadamente insatisfecho 4. Ligeramente insatisfecho 5. Neutral 6. Ligeramente insatisfecho 7. Moderadamente satisfecho 8. Satisfecho 9. Muy satisfecho 10. Totalmente satisfecho	
					Propuestas específicas	Abierta	

Fuente: Empresa aseguradora
Elaborado por: Autor

Capítulo 7. Resultados

La encuesta realizada a los prestadores médicos afiliados a la empresa aseguradora permitió obtener información importante sobre su experiencia en diferentes aspectos de su relacionamiento. Los resultados destacan áreas de satisfacción, desafíos en la relación contractual y oportunidades de mejora que permitirán fortalecer la colaboración.

GENERALIDADES

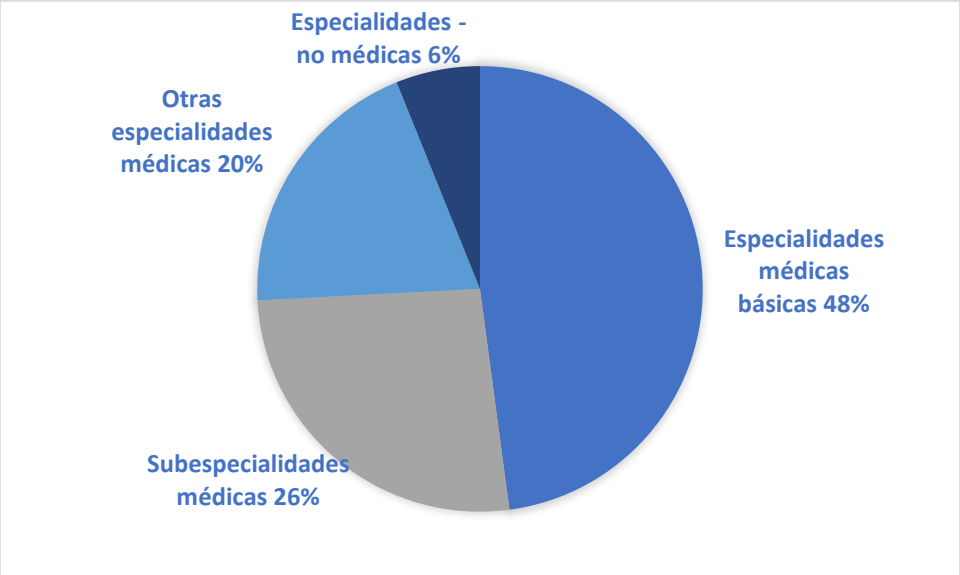
7.1. Especialidad médica

De la información recolectada a través de la encuesta aplicada a los prestadores médicos de la empresa aseguradora, se agrupó las especialidades médicas en tres (3) grandes grupos con la finalidad de presentar información homogénea y que pueda ser útil para el análisis de los resultados, la información detallada puede ser consultada en *Anexo 2 Variable: Especialidades Médicas.*

- **Especialidades médicas básicas:** Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Pediatría, Cirugía General, Dermatología, Medicina Interna y Medicina General.
- **Subespecialidades médicas:** Gastroenterología, Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Reumatología, Oncología Clínica, Cirugía Cardiotorácica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Cirugía Torácica, Coloproctología, Neonatología, Hematología, Endocrinología Pediátrica, Gastroenterología Pediátrica, Neurología Pediátrica, Oncohematología Pediátrica, Cirugía de Mano, Diabetología, Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Mastología, Nutriología Pediátrica, Urología Pediátrica y Cirugía Oncológica.

- **Otras especialidades médicas:** Neurocirugía, Cirugía Vascular, Acupuntura y Moxibustión, Nutriología, Neumología, Flebología, Proctología, Fisiatría, Medicina Nuclear, Otorrinolaringología, Oftalmología, Psiquiatría, Neurología y Urología
- **Otras especialidades – no médicas:** Psicología Clínica, Psicología Infantil, Nutrición y Odontología.

Ilustración 10 Distribución de la muestra por especialidad médica



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 6 Estadísticos descriptivos de la variable Especialidad médica

Especialidad médica	Frecuencia	Porcentaje
Especialidades médicas básicas	102	48%
Subespecialidades médicas	56	26%
Otras especialidades médicas	42	20%
Especialidades - no médicas	13	6%
TOTAL	**213**	**100%**

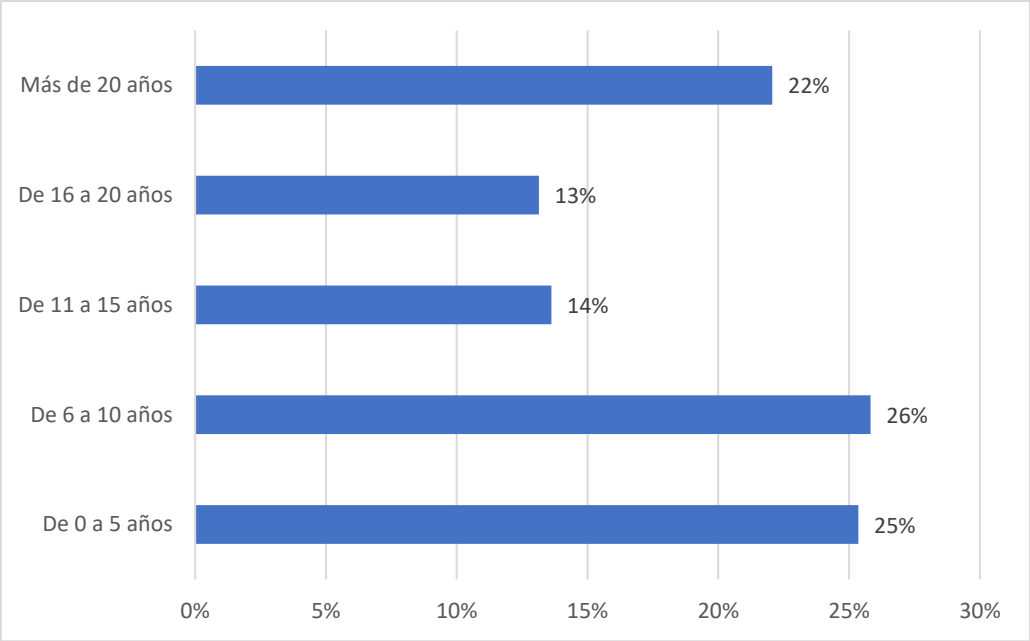
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

La distribución de los datos indica una mayor concentración en “especialidades médicas básicas” con un **48%.** Sin embargo, otro grupo significativo son las “subespecialidades médicas” con un **26%,** seguido por otras “especialidades médicas” con un **20%** y finalmente las “especialidades – no médicas” con un **6%.**

7.2. Años de relacionamiento

La variable **años de relacionamiento** permite analizar la antigüedad de los prestadores médicos en su relación con la empresa aseguradora, con los siguientes datos:

Ilustración 11 Distribución de la muestra por años de relacionamiento con la empresa aseguradora



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 7 Estadísticos descriptivos de la variable años de relacionamiento

Rangos	Frecuencias	Porcentaje
De 0 a 5 años	54	25%
De 6 a 10 años	55	26%
De 11 a 15 años	29	14%
De 16 a 20 años	28	13%
Más de 20 años	47	22%
TOTAL	**213**	**100%**

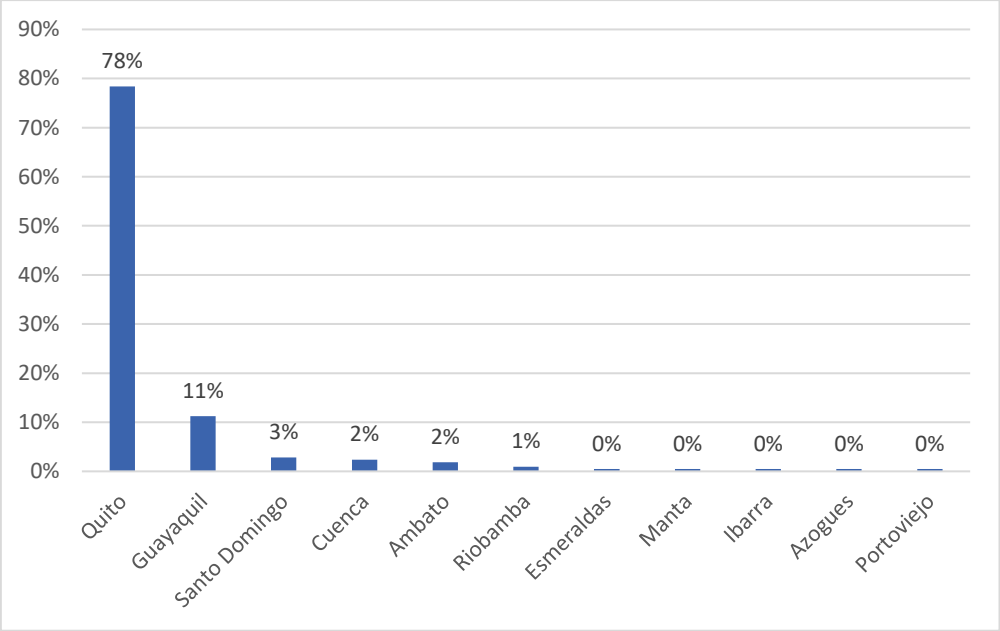
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Como se puede observar en la tabla que antecede, el mayor número de prestadores que respondieron la encuesta se encuentran en el rango de "6 a 10 años" con un **26%,** seguido de los nuevos prestadores "0 a 5 años" con un **25%**, en tercer lugar, los prestadores más antiguos en un rango "mayor a 20 años" con una porción del **22%**, los prestadores de entre "11 y 15 años" representados por **un 14%** y finalmente el rango entre "16 y 20 años" con **13%** de la porción total.

7.3. Ciudad

La variable ciudad es fundamental para analizar la distribución geográfica de los prestadores médicos que colaboran con la empresa aseguradora, de los valores recolectados en la encuesta se obtuvo lo siguiente:

Ilustración 12 Distribución de la muestra por ciudad



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 8 Estadísticos descriptivos de la variable ciudad

Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Quito	167	78%
Guayaquil	24	11%
Santo Domingo	6	3%
Cuenca	5	2%
Ambato	4	2%
Riobamba	2	1%
Esmeraldas	1	0%
Manta	1	0%
Ibarra	1	0%
Azogues	1	0%
Portoviejo	1	0%
TOTAL	**213**	**100%**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

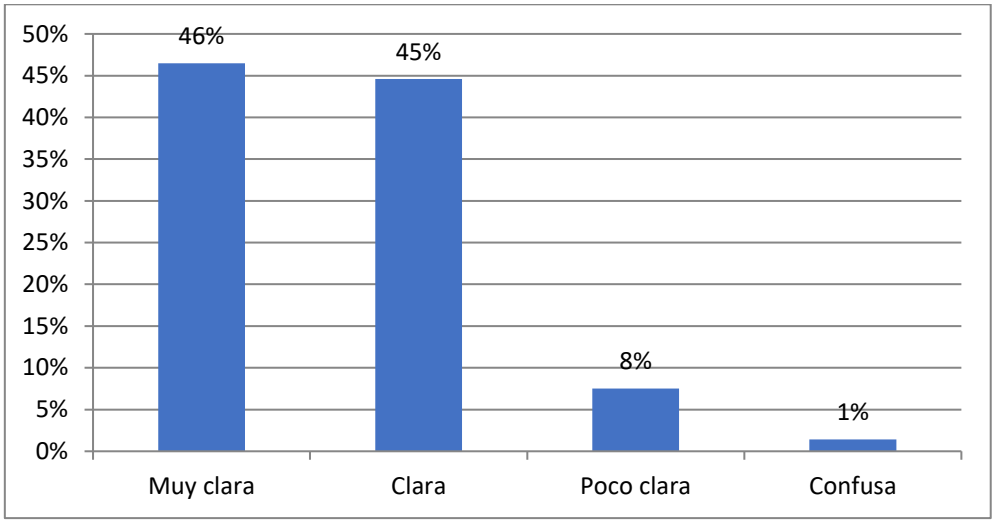
Los prestadores médicos con mayor tasa de respuesta a la encuesta se encuentran ubicado en la ciudad de "Quito" con el **78,40%** (167 profesionales), seguido muy de lejos por las ciudades de "Guayaquil", "Santo Domingo" y "Cuenca" con una porción de **2.82%**, **2.35%** y **2,35%,** respectivamente, el restante de ciudades tiene una baja representatividad.

RELACIÓN CON LA EMPRESA ASEGURADORA

7.4. Claridad relación contractual

El prestador médico suscribe un Contrato de libre adhesión en el cual se establecen las responsabilidades y obligaciones, por lo que en la siguiente tabla e ilustración se detallan los resultados de la percepción del prestador médico, frente a la claridad de los términos del contrato que mantiene con la empresa aseguradora:

Ilustración 13 ¿Cómo calificaría la claridad de los términos y condiciones del contrato de prestación de servicios médicos?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 9 Estadísticos descriptivos: Relación contractual

	Frecuencia	Porcentaje
Muy clara	99	46%
Clara	95	45%
Poco clara	16	8%
Confuso	3	1%
TOTAL	**213**	**100%**

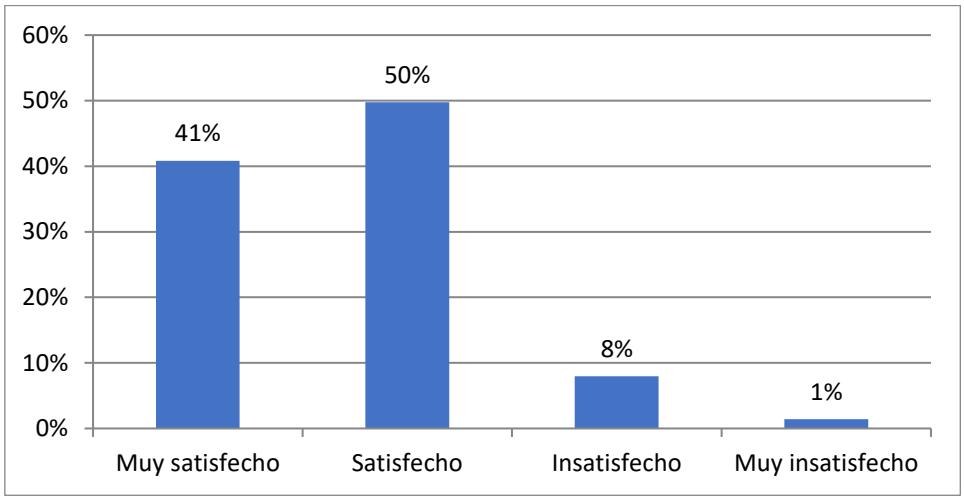
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Como se puede observar en los datos que preceden, el **46%** de los prestadores médicos que respondieron la encuesta consideran que el contrato en muy claro, seguido del **45%** que perciben el contrato como "claro" y el restante **8%** y 1**%** piensan que el contrato el "poco claro" y "confuso", respectivamente.

7.5. Puntualidad en los pagos

Uno de los criterios más importantes en la medición de la satisfacción del prestador es la puntualidad en los pagos, por lo que se detalla a continuación los resultados de la encuesta aplicada:

Ilustración 14 ¿Qué tan satisfecho está con la puntualidad de los pagos?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 10 Estadísticos descriptivos: Puntualidad en los pagos

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	87	41%
Satisfecho	106	50%
Insatisfecho	17	8%
Muy insatisfecho	3	1%
TOTAL	**213**	**100%**

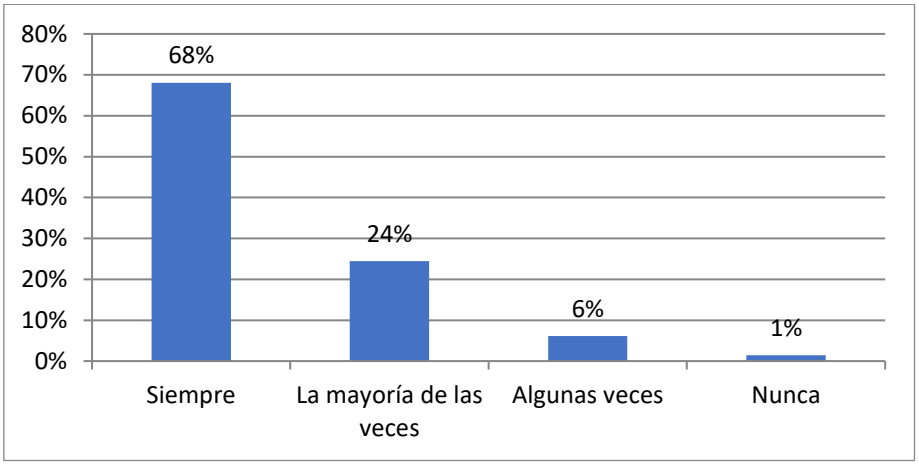
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Como puede apreciarse en la tabla e ilustración que antecede, los prestadores médicos encuestados se encuentran "muy satisfechos" y "satisfechos" con el **41%** y **50%** respectivamente, con la puntualidad de los pagos, seguido del **8%** que consideran estar insatisfechos y muy insatisfechos el **1%.**

7.6. Proceso de facturación y gestión de pagos

La empresa aseguradora mantiene procesos de pagos establecidas de acuerdo con la tipología del prestador y otros criterios para que este proceso sea más eficiente, a continuación, se observan los resultados de la encuesta:

Ilustración 15 ¿La aseguradora facilita el proceso de facturación y gestión de pagos?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 11 Estadísticos descriptivos: Facilidad proceso de facturación y pagos

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	145	68%
La mayoría de las veces	52	24%
Algunas veces	13	6%
Nunca	3	1%
TOTAL	**213**	**100%**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

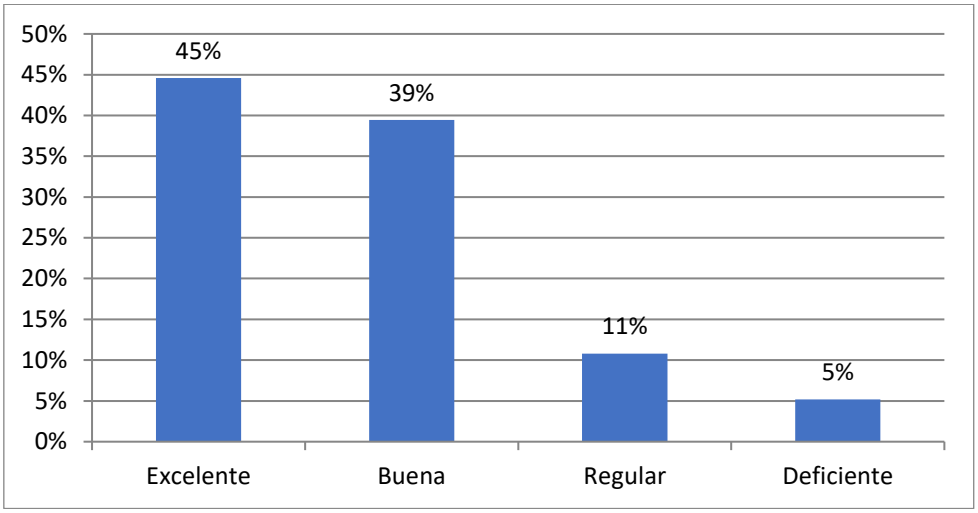
El comportamiento de esta pregunta es similar a la pregunta anterior que se relaciona con el proceso de pagos, el **68%** de los prestadores médicos considera que es "fácil" el proceso de pago, el **24%** considera que es fácil "la mayoría de las veces", el **6%** "algunas veces" y finalmente el **1%** cree que "nunca" es fácil este proceso.

COMUNICACIÓN Y SOPORTE

7.7. Calidad de la comunicación

Dentro de esta pregunta se ha considerado a toda la estructura de la empresa, por lo que la percepción en cuanto a la comunicación es global, con los siguientes resultados:

Ilustración 16 ¿Cómo evalúa la calidad de la comunicación con los representantes de la aseguradora?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 12 Estadísticos descriptivos: Calidad de la comunicación con el personal de la empresa aseguradora

	Frecuencia	Comunicación
Excelente	95	45%
Buena	84	39%
Regular	23	11%
Deficiente	11	5%
TOTAL	**213**	**100%**

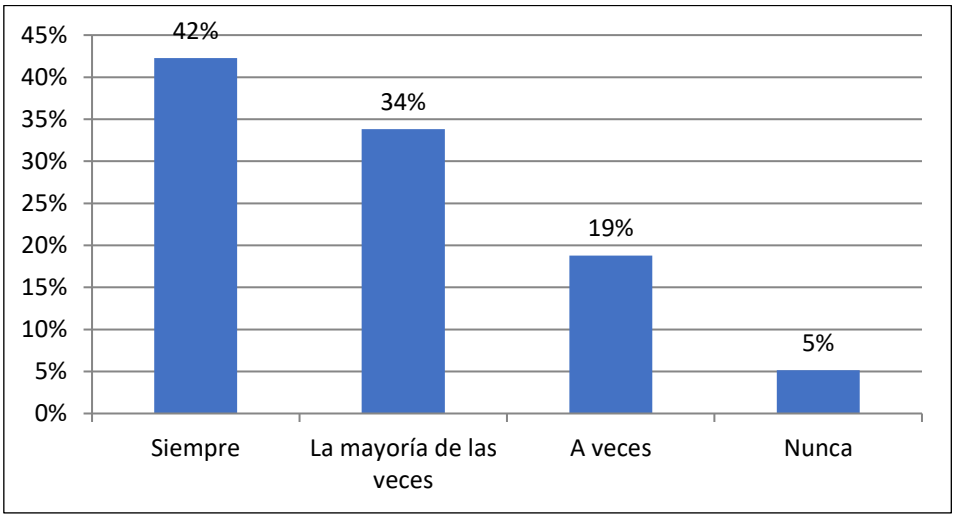
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

El comportamiento en cuanto a la satisfacción de los prestadores médicos referente a la comunicación con la empresa aseguradora es "excelente" con el **45%,** seguido de "buena" con el **39%, 11%** "regular" y "deficiente" con el **5%.**

7.8. Frecuencia de soporte

Los requerimientos de los prestadores médicos son recurrentes debido a que el proceso de pago son periódicos (mensuales) y otros requerimientos de relacionamiento, por lo que a continuación se detallan los resultados de la encuesta:

Ilustración 17 ¿Con qué frecuencia recibe soporte cuando lo necesita?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 13 Estadísticos descriptivos: Frecuencia de soporte

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	90	42%
La mayoría de las veces	72	34%
A veces	40	19%
Nunca	11	5%
TOTAL	**213**	**100%**

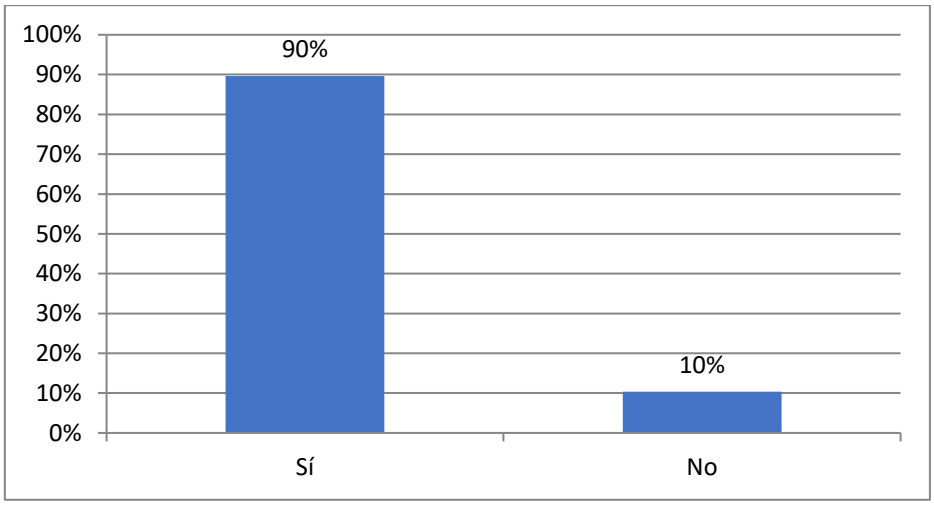
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

El **42%** de prestadores que consideran que "siempre" recibe soporte, "la mayoría de las veces" el **34%;** no obstante, el **19%** considera que "a veces" recibe soporte y un **5%** manifiesta que "nunca" recibe soporte.

7.9. Intensión de recomendación

Con esta pregunta se busca conocer si el prestador recomendaría a sus colegas la firma de un convenio con la empresa aseguradora, para lo cual se obtuvieron los siguientes datos:

Ilustración 18 ¿Recomendaría a otros prestadores trabajar con la aseguradora?



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 14 Estadísticos descriptivos:

Recomendaría trabajar en la empresa aseguradora

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	191	90%
No	22	10%
TOTAL	**213**	**100%**

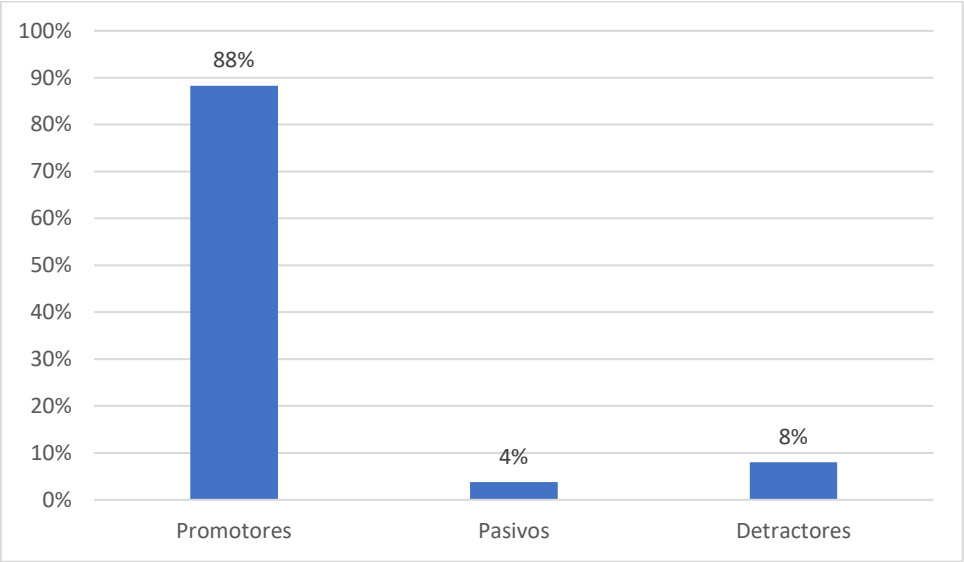
Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

El **90%** de los prestadores médicos "recomendaría" mantener un convenio con la empresa aseguradora y el **10%** de prestadores "no recomendaría" trabajar con la empresa aseguradora.

7.10. Calificación general

Dentro de la estructura de la encuesta se incluyó una pregunta para el cálculo del IPN (Índice de Promotores Netos) obteniendo los siguientes resultados:

Ilustración 19 Índice de Promotores Netos



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 15 Índice de Promotores Netos

	Frecuencia	Porcentaje
Promotores	188	88%
Pasivos	8	4%
Detractores	17	8%
IPN		**80%**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

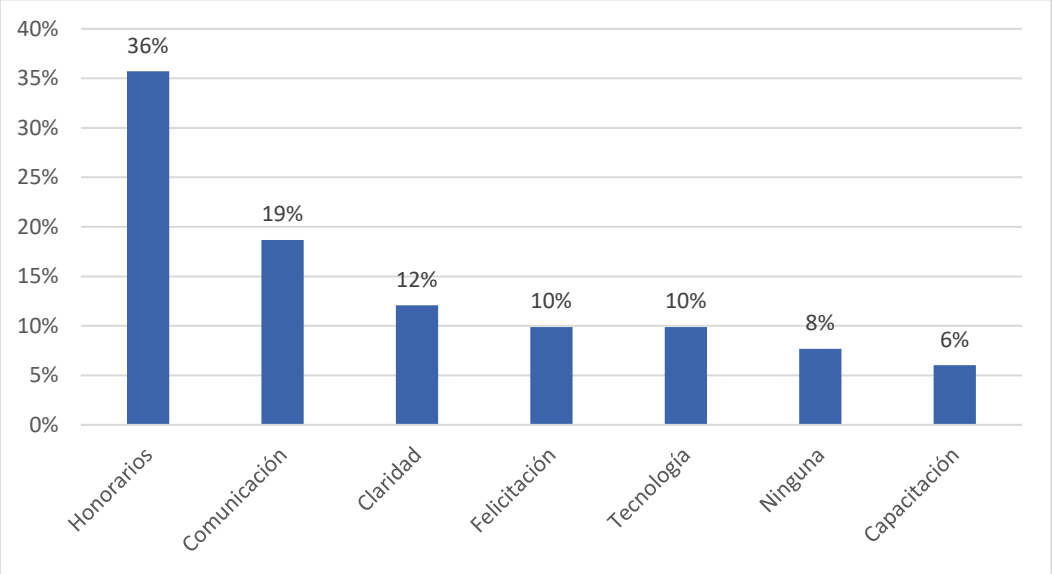
Al aplicar la fórmula para el cálculo del IPN (Promotores – Detractores), el resultado muestra un **80%** de satisfacción general que es el resultado de contar con el **88%** de "promotores", **4%** prestadores "pasivos" y el 8% de "detractores".

7.11. Recomendaciones expuestas por los prestadores médicos

Dentro de la encuesta se planteó una pregunta abierta diseñada para identificar aspectos clave que requieren atención y mejora, con el objetivo de optimizar la experiencia de los prestadores médicos, quienes son fundamentales para la operación de la empresa aseguradora.

Del total de encuestas aplicadas se obtuvieron 182 respuestas, agrupadas en el siguiente detalle:

Ilustración 20 Recomendaciones por grupo



Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Tabla 16 Recomendaciones por grupo

	Frecuencia	Porcentaje
Honorarios	65	36%
Comunicación	34	19%
Claridad	22	12%
Felicitación	18	10%
Tecnología	18	10%
Ninguna	14	8%
Capacitación	11	6%
TOTAL	**182**	**100%**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

De acuerdo a la clasificación realizada, existen prestadores que "felicitan" la gestión de la empresa aseguradora que corresponde al **10%** y otro grupo que no tiene "ninguna recomendación" que realizar con un **8%;** el restante de prestadores manifiesta que requieren la revisión de "honorarios" con el **36%,** mejorar la "comunicación" con el **19%,** mayor "claridad" en la relación contractual y en los procesos administrativos con el **12%,** establecer una plataforma que mejore el seguimiento de los pagos y la entrega de la documentación habilitante, es decir "tecnología" con el **10%** y finalmente solicitan mayor "capacitación" y reuniones periódicas, como encuestas de satisfacción con el **6%.**

Capítulo 8. Análisis e interpretación de los resultados

En el sector de la medicina prepaga, la calidad y eficiencia de los procesos internos de la empresa aseguradora juegan un papel fundamental en la percepción y satisfacción de los prestadores médicos, quienes son actores esenciales en la cadena de valor del servicio. La interacción fluida y eficaz entre la empresa aseguradora y sus prestadores médicos afectan no sólo al cumplimiento de las obligaciones contractuales, sino también a la calidad de los servicios recibidos por el asegurado.

El propósito de este estudio es analizar los resultados de una encuesta aplicada a los prestadores médicos para evaluar su satisfacción referente a los procesos internos de la empresa aseguradora; identificando las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora de la gestión con el objetivo de implementar estrategias para optimizar las relaciones y promover el fortalecimiento de los estándares de calidad.

El análisis de los datos recopilados permitirá conocer las diferentes percepciones de los prestadores médicos como insumo para generar recomendaciones basadas en evidencia y ayudar a desarrollar modelos de gestión más acordes con sus necesidades y expectativas.

El estudio fue realizado mediante estadística básica de tipo descriptiva; en cuanto a la recolección, análisis e interpretación de datos se utilizó el programa Microsoft Excel.

El estudio estuvo conformado por 213 prestadores médicos a nivel nacional, entre médicos especialistas, médicos subespecialistas, odontólogos, nutricionistas y psicólogos, que pertenecen al Cuadro Médico de la empresa aseguradora.

GENERALIDADES:

Variable: Especialidad médica:

Se incluyó en el estudio la variable "especialidad médica" para identificar posibles diferencias en la percepción y satisfacción de los prestadores médicos en función de sus áreas de especialización. Los resultados permiten segmentar las respuestas obtenidas y analizar tendencias específicas en cada especialidad, aportando información valiosa para desarrollar estrategias más personalizadas y efectivas.

El comportamiento de esta variable muestra como los prestadores de las especialidades médicas básicas lideran la respuesta a esta encuesta con un 48%, esto mantiene relación con el número de prestadores médicos totales, siendo las especialidades básicas como Ginecología y Traumatología, las que cuentan con un mayor número de prestadores por su gran oferta en el mercado.

Este resultado es seguido por las "subespecialidades médicas" con un 26%, que en proporción es bastante alto en relación con la competencia. Esto se debe al cumplimiento de uno de los objetivos más importantes de la empresa aseguradora, y es la ampliación del Cuadro Médico con médicos subespecialistas, apara así ofrecer un servicio integral.

Finalmente, se muestra "otras especialidades médicas" con un 20% y "especialidades – no médicas" con un 6%, este último está representado por: odontólogos, nutricionistas y psicólogos, siendo considerados como prestaciones de salud que por ley las empresas de medicina prepagada deben brindar con cierto sublimites, sin embargo, la empresa aseguradora garantiza estas prestaciones a través de crédito, mejorando la calidad y percepción de sus afiliados.

Variable: Tiempo de colaboración con la empresa aseguradora

Este análisis permite comprender cómo afecta la antigüedad en la relación a la percepción de los procesos internos y a la satisfacción de los prestadores médicos

De 0 a 5 años: El resultado muestra 54 prestadores médicos que respondieron la encuesta, lo que corresponde al 25,4% en este rango de edad. Sus opiniones pueden reflejar de primera mano su percepción frente a la actual administración de la empresa aseguradora, ya que a lo largo de los años han existido cambios importantes en su estructura y administración lo que podría modificar su respuesta.

6 a 10 años: Este grupo tuvo la mayor frecuencia con 55 prestadores médicos (25,8%). Su conocimiento es valioso porque combina la experiencia reciente con una integración más estrecha en el proceso.

De 11 a 15 años: El grupo estuvo conformado por 29 prestadores médicos (13,6%), lo que proporciona una perspectiva de aquellos con experiencia media, reflejando un equilibrio entre aspectos positivos y áreas de mejora.

16 a 20 años: En este rango se encontraban 28 prestadores médicos (13,1%), lo que refleja la perspectiva de experiencia de los prestadores médicos que han trabajado con la empresa durante un período de tiempo más largo.

Desde hace más de 20 años: Con 47 prestadores médicos (22,1%), estos proporcionarán información valiosa sobre la experiencia y la lealtad a la empresa aseguradora, destacando fortalezas y áreas potenciales de estancamiento en el proceso, ya que se han mantenido en relación con la empresa aseguradora por muchísimos años, a pesar de los cambios administrativos y de estructura, cambios en la Ley que norma a las empresas de medicina prepagada y otros cambios de

aspectos externos como políticos, tributarios, entre otros que pudieron llegar a modificar su relacionamiento.

La distribución de frecuencias refleja el equilibrio entre prestadores médicos con menor o mayor años de relacionamiento con la empresa aseguradora, lo que enriquece el análisis al incluir diferentes opiniones. Sin embargo, cabe señalar que más del 50% de los encuestados tenían una relación con la empresa desde hacía 10 años o menos. Esto puede indicar que la mayoría de los prestadores son relativamente nuevos y han tenido una interacción limitada con los procesos históricos de la organización.

Un análisis del número de años de relación con la empresa muestra que las opiniones pueden diferir significativamente según la antigüedad. Este aspecto es clave para desarrollar estrategias de mejora que aborden tanto las expectativas de los prestadores recientes como las necesidades de los prestadores más experimentados, brindando una atención integral y personalizada.

Variable: Ciudad

Los prestadores médicos están concentrados en mayor medida en las ciudades principales como son: Quito, Guayaquil y Cuenca; sin embargo, la respuesta de los prestadores fue en mayor medida de la ciudad de Quito con un total de 167 prestadores médicos, lo que representa el 78.40%, frente a la segunda cuidad con mayor respuesta que corresponde a Guayaquil con un total de 24 prestadores médicos y un 11.27%.

El análisis de los resultados según las ciudades donde los prestadores médicos prestan sus servicios mostró la relación entre la tasa de respuesta y la ubicación geográfica de la oficina matriz (Quito) y la oficina regional (Guayaquil) de la empresa aseguradora, evidenciando el trato personalizado y la relación directa que reciben los prestadores médicos.

Los hallazgos resaltan la necesidad de equilibrar las estrategias de la empresa aseguradora para satisfacer las necesidades de todas las regiones, particularmente aquellas con menor participación, y para fomentar una relación más equitativa y representativa con todos y cada uno de los prestadores médicos.

Relación de la empresa aseguradora

Claridad de los términos y condiciones del contrato de prestación de servicios de salud:

La primera pregunta propuesta en la encuesta evalúa la percepción de los prestadores médicos sobre la claridad de los términos y condiciones del contrato que establece su relacionamiento con la empresa aseguradora.

El 91% de los encuestados calificó los términos y condiciones como "muy claros" (46%) o "claros" (45%). Este resultado indica que la mayoría de los prestadores médicos perciben que el contrato está bien redactado y que los términos eran fáciles de entender. Esto refleja los esfuerzos activos de la empresa aseguradora para garantizar la transparencia de los términos del contrato.

Sólo el 9% de los encuestados encontró los conceptos "poco claros" (8%) o "confusos" (1%). Si bien esta proporción es baja, su existencia sugiere que todavía existe un pequeño porcentaje de prestadores que tienen problemas para entender el contrato, lo que puede causar confusión o inconvenientes en su trato con la empresa aseguradora, pero sobre todo con el asegurado / paciente.

La alta proporción de respuestas positivas indica que el proceso de comunicación y desarrollo del contrato es claro y comprensible para la mayoría de los prestadores médicos. Esto fortalece la confianza y la relación entre las dos partes.

El bajo número de respuestas negativas impulsa la necesidad de revisar y adaptar algunos aspectos del contrato que pueden hacer referencia a disposiciones técnicas o específicas que pueden resultar poco claras para algunos prestadores.

Con esta información se puede plantear realizar un análisis detallado de cláusulas que pudieran interpretarse como ambiguas e identificar posibles mejoras de redacción.

Nivel de satisfacción con el proceso de facturación y puntualidad de los pagos

Puntualidad en los pagos: Las preguntas sobre la satisfacción con la puntualidad de los pagos nos permiten evaluar las percepciones de los prestadores sobre la eficacia con la que las aseguradoras cumplen con sus obligaciones financieras.

El 41% de los prestadores médicos (87 encuestados) están muy satisfechos con el pago puntual, en tanto que, el 50% (106 respuestas) calificaron como satisfechos con el pago puntual. Esto significa que la mayoría de los prestadores médicos tienen experiencias positivas, lo que indica que los pagos se realizan con regularidad, pero hay algunas áreas en las que podrían mejorar como es el 8% de los prestadores médicos (17 respuestas) estaban insatisfechos con la puntualidad de los pagos, y el 1% (3 respuestas) admitieron que están muy insatisfechos con la exactitud de los pagos. Aunque esta tasa es baja, indica que existen circunstancias inusuales con retrasos importantes o problemas de pago que deben abordarse de inmediato para evitar un impacto negativo.

El 91% de los prestadores médicos están satisfechos o muy satisfechos con la puntualidad de los pagos, lo que indica que la empresa aseguradora generalmente cumple con los pagos de manera efectiva y puntual. Aunque el nivel de insatisfacción fue bajo, el 9% tuvieron problemas con la puntualidad de los pagos.

Proceso de facturación y gestión de pagos: La mayoría de los prestadores (68%) percibe que la aseguradora siempre facilita el proceso. Este resultado indica una gestión eficiente

en términos de facturación y pagos, lo que refuerza una buena relación con este grupo de prestadores. Un 24% considera que la aseguradora facilita el proceso la mayoría de las veces. Aunque esta calificación es positiva, refleja que existen momentos donde el proceso podría ser más consistente o fluido, en tanto que el 6% de los prestadores experimenta facilidad solo en algunas ocasiones, lo que sugiere una percepción de inconsistencia en la gestión del proceso de facturación y pagos y solo el 1% indica que la empresa aseguradora nunca facilita este proceso. Aunque es una proporción mínima, este dato refleja un área crítica que debe ser atendida para evitar insatisfacción o pérdida de confianza.

Con la finalidad de mitigar los resultados negativos se deberá implementar en el Plan de Mejora, las siguientes acciones: optimización de procesos, atención personalizada, capacitación y comunicación y seguimiento continuo.

La mayoría de los prestadores médicos considera que la empresa aseguradora facilita el proceso de facturación y gestión de pagos de manera constante, lo cual es un aspecto positivo en la relación contractual. Sin embargo, se deben abordar los casos de insatisfacción para garantizar que la experiencia sea óptima para todos los prestadores, fortaleciendo la confianza y la colaboración.

COMUNICACIÓN Y SOPORTE

Calidad de la comunicación con los representantes de la aseguradora y soporte de la empresa aseguradora

De los resultados obtenidos en estas dos (2) preguntas determina que la percepción positiva sobre la calidad de la comunicación parece estar correlacionada directamente con la frecuencia en que se recibe soporte.

- De los prestadores que califican la comunicación como "Excelente" o "Buena", se puede inferir que muchos de ellos reciben soporte "Siempre" o "La mayoría de las veces", lo que refuerza una experiencia de interacción eficiente con la empresa aseguradora.
- Por otro lado, aquellos que evalúan la comunicación como "Regular" o "Deficiente" probablemente pertenezcan al grupo que recibe soporte "A veces" o "Nunca", lo que puede impactar negativamente su percepción.
- El 11% que califica la comunicación como "Deficiente" coincide con el 11% que indica que "Nunca" recibe soporte. Esto muestra que una falta de atención oportuna puede deteriorar la percepción general de la calidad de la comunicación.

La mayoría de los prestadores médicos tiene una percepción positiva tanto de la calidad de la comunicación como de la frecuencia del soporte recibido, lo que evidencia un nivel adecuado de atención por parte de la aseguradora.

No obstante, un 24% (40 "A veces" + 11 "Nunca") señala problemas en la frecuencia del soporte, lo que coincide con el 16% que evalúa la comunicación como "Regular" o "Deficiente". Es crucial atender estos casos para garantizar una experiencia uniforme para todos los prestadores médicos.

Dentro de las acciones a ser implementadas deben analizarse las siguientes: fortalecer la disponibilidad del soporte, capacitación en atención al asegurado, implementar mecanismos de retroalimentación, priorizar casos críticos.

La calidad de la comunicación y la frecuencia del soporte están estrechamente relacionadas. Un soporte frecuente y oportuno contribuye a una percepción positiva sobre la comunicación. Aunque la mayoría de los prestadores tiene experiencias favorables, es

fundamental trabajar en los casos de insatisfacción para garantizar un servicio uniforme y mantener relaciones sólidas con todos los prestadores médicos.

SATISFACCIÓN GLOBAL

De los resultados obtenidos se puede observar que el 88% (188 respuestas) de los prestadores evaluó su experiencia general con puntajes altos: 110 calificaron "10 - Totalmente satisfecho" y 78 calificaron "9 - Muy satisfecho". Esto refleja una percepción global muy positiva de la experiencia con la aseguradora.

En tanto, 5 prestadores (2%) son neutrales y 12 prestadores (6%) manifestaron algún nivel de insatisfacción, aunque los puntajes bajos (3 o menos) son minoritarios.

Con la finalidad de contar con varios criterios para analizar la satisfacción global de los prestadores médicos, se incluyó dentro de la encuesta una pregunta la cual requería que los prestadores médicos respondieran si recomendarían a la empresa aseguradora con sus colegas para la firma de un convenio de prestación de servicios, a lo que el 90% (191 prestadores) está dispuesto a recomendar trabajar con la aseguradora, lo que refuerza la percepción positiva reflejada en el primer párrafo. Y únicamente 22 prestadores (10%) no recomendarían trabajar con la aseguradora, lo cual podría estar relacionado con los niveles de insatisfacción reflejados anteriormente.

Los altos niveles de satisfacción y recomendación demuestran que la aseguradora mantiene relaciones sólidas con la mayoría de sus prestadores médicos, consolidando su reputación.

El grupo insatisfecho y los que no recomendarían trabajar con la aseguradora, aunque minoritarios, representan oportunidades para identificar problemas específicos que puedan estar afectando su percepción, para lo cual se pueden aplicar las siguientes

acciones: encuestas cualitativas, estrategias de retención, reconocimiento a los prestadores médicos satisfechos a través de programas de fidelización.

La relación entre las respuestas muestra una fuerte alineación entre satisfacción general y la disposición para recomendar. Mientras que la mayoría de los prestadores médicos expresa una experiencia positiva con la aseguradora, es fundamental abordar las áreas de mejora señaladas por los casos de insatisfacción para mantener y aumentar la confianza en la relación.

Recomendaciones

Como un punto clave en la encuesta aplicada, la última pregunta solicitó a los encuestados detallar las recomendaciones que bajo su percepción deberían ser tomadas en cuenta por los directivos de la empresa aseguradora para mejorar la relación, desde la visión del prestador médico como aliado estratégico. De los resultados variados se resumen las principales recomendaciones

- Muchos prestadores médicos han solicitado simplificar y digitalizar trámites administrativos como la emisión de Órdenes de autorización (ODAS) y procesos de facturación para evitar procesos innecesarios. Se destacó la necesidad de un portal en línea para gestionar autorizaciones, entregas y pagos, así como protocolos de auditoría y facturación más claros. También sugirieron crear canales de comunicación más directos para abordar los problemas y garantizar que los informes sean precisos y oportunos. revisión de gastos médicos
- La mayoría de los prestadores manifestaron que es urgente actualizar las tarifas por consultas y procedimientos médicos, pues muchos mencionaron que son las mismas desde hace más de una década. También pidieron revisiones periódicas de las tarifas y ajustes de acuerdo con la inflación y el costo de vida.

- El prestador mencionó que se requieres nuevos canales de comunicación entre la empresa aseguradora y los prestadores médicos. Recomiendan realizar reuniones o capacitaciones periódicas para mejorar la colaboración y brindar más retroalimentación sobre su desempeño. Los prestadores de servicios también agradecieron la oportunidad de participar en el desarrollo del protocolo y de que se escucharan sus opiniones. Atención y cobertura al paciente

  Algunos prestadores expresan que las políticas de cobertura son más estrictas y pueden crear conflictos con los pacientes. Sugirieron flexibilizar el proceso de aprobación de autorizaciones para procedimientos médicos y así evitar tensiones y facilitar el acceso.

Si bien muchos proveedores expresaron satisfacción general con su relación con Empresa aseguradora, hay áreas claras de mejora, particularmente en el área de digitalización de procesos, actualización de tarifas y mejora de la comunicación. Abordar estas áreas clave puede optimizar la experiencia proveedor-paciente y fortalecer la colaboración estratégica.

Análisis comparativo de los resultados con el estudio realizado en Barcelona – España

A pesar de las múltiples y evidentes diferencias entre el sistema Nacional de Salud de España y Ecuador, y el modelo de medicina prepagada, se puede observar un comportamiento bastante similar en los resultados, siendo así que la satisfacción global de los prestadores médicos en el Ecuador bordea el 80% a través del cálculo del IPN (Índice de Promotores Netos) frente a los resultados de médicos españoles que luego de realizar un cálculo para mantener similitudes en la escala a medir, el resultado es de un 74% de satisfacción.

Capítulo 9. Conclusiones

Los resultados reflejan una perspectiva general positiva en la relación entre la empresa aseguradora y sus prestadores médicos, mostrando áreas de alto desempeño, así como oportunidades específicas de mejora.

El estudio recopiló información de 755 prestadores médicos, incluyendo especialistas y subespecialistas, así como otros profesionales de la salud como nutricionistas, odontólogos y psicólogos. Esta caracterización proporcionó un perfil detallado de los prestadores, lo que permitió entender la diversidad de su formación y las áreas de especialización, factores clave para garantizar la calidad en la atención que brindan. La información recopilada de los prestadores también permitió identificar algunas diferencias en sus experiencias con la empresa aseguradora, brindando una base sólida para las siguientes fases del estudio.

En primer lugar, la mayoría de los participantes valoró muy positivamente la claridad de los términos y condiciones del contrato es así como el 91% lo calificó como "muy claro" o "claro". Esto demuestra que se ha logrado suficiente transparencia en los términos y condiciones que norman la relación entre las partes, aunque una minoría consideró que la falta de claridad podría abordarse mediante estrategias como simplificar los términos del contrato.

La puntualidad en el pago es otro aspecto destacable, ya que el 90% de los encuestados afirmó estar "muy satisfecho" o "satisfecho". Esta percepción positiva enfatiza que la empresa aseguradora cumple con sus obligaciones financieras y fortalece la confianza en los prestadores médicos, esto se debe a las políticas interna de la empresa que prioriza el pago de sus prestadores médicos, en un tiempo no mayor a 20 días laborables, lo que genera una experiencia positiva en el prestador.

El 92% de los participantes consideró muy eficiente el proceso de gestión de facturación y pagos y mencionó que se facilitaba "todo el tiempo" o "la mayor parte del tiempo". Esto convierte a la empresa aseguradora en una entidad comprometida con la agilización de sus procesos administrativos. Sin embargo, el 7% de los encuestados informó problemas, lo que indica que hay margen para una mayor optimización del programa.

El 79% de los encuestados valoró la comunicación con los representantes de la empresa aseguradora como "excelente" o "buena". A pesar de los buenos resultados, el 20% de los encuestados calificó la comunicación como "regular" o "mala", un área clave a fortalecer a través de capacitación interna o la creación de canales de atención más efectivos.

El apoyo recibido de la empresa aseguradora también recibió una buena calificación: el 76% de los encuestados dijo que era "siempre" o "la mayor parte del tiempo". Sin embargo, el 24% de los encuestados informó recibir apoyo con menos frecuencia, lo que demuestra la importancia de aumentar la disponibilidad y la velocidad de la atención para lograr estándares más consistentes.

En términos de satisfacción general, el 88% de los encuestados se mostraron muy satisfechos y eligieron recomendar a la empresa aseguradora con sus colegas. Esto sugiere que, si bien se identificaron algunos casos específicos de insatisfacción que podrían ser áreas específicas de mejora, la experiencia general del prestador médico fue calificada positivamente.

La disposición a recomendar fue muy alta, con un 90% dispuesto a recomendar la aseguradora a otros prestadores. El indicador confirma la satisfacción generalmente positiva y fortalece la reputación de la empresa aseguradora en el sector.

Las áreas de mejora identificadas, especialmente en la comunicación y el soporte, son cruciales para optimizar la experiencia de los prestadores médicos. Se recomienda

implementar una capacitación interna para los representantes de la aseguradora, con el fin de mejorar la calidad de la comunicación, y establecer canales de atención más eficientes que aseguren respuestas rápidas y efectivas. Asimismo, fortalecer el soporte ofrecido a los prestadores y establecer un sistema más consistente de atención podría generar una mayor satisfacción y confianza.

En general, los resultados reflejan la sólida relación entre la empresa aseguradora y sus prestadores médicos, destacando las fortalezas en la claridad contractual, los pagos oportunos y la eficiencia de los procesos administrativos. Sin embargo, identificamos áreas de mejora en la comunicación y el soporte que, si se abordan, podrían fortalecer aún más las percepciones positivas y optimizar la experiencia general del prestador.

Capítulo 10. Recomendaciones

Con base en el análisis de los resultados obtenidos, se realizan las siguientes recomendaciones para fortalecer y optimizar la relación entre la empresa aseguradora y sus prestadores médicos:

- Mejorar la claridad de los términos y condiciones del contrato:

Desarrollar una guía explicativa o guía simplificada de términos y condiciones. Realizar reuniones informativas periódicas (presenciales o virtuales) para abordar temas específicos del contrato. Cree un canal de servicio dedicado para consultas de contratos.

- Optimice el tiempo de pago:

Automatizar el proceso de pago utilizando sistemas digitales para reducir errores y retrasos. Implementar un sistema de monitoreo en tiempo real que permita a los proveedores de servicios verificar el estado de sus pagos. Establecer protocolos para notificar proactivamente a los prestadores médicos sobre posibles retrasos.

- Mejorar los procesos de facturación y gestión de pagos:

Presentamos herramientas digitales más intuitivas para la gestión de facturación y pagos. Se proporcione formación periódica en el uso de estas herramientas. Establezca un equipo de soporte técnico encargado de resolver rápidamente los problemas administrativos.

- Mejorar la calidad de la comunicación:

Formar al personal de la empresa aseguradora en comunicación y gestión de conflictos. Determinar el tiempo máximo de respuesta para consultas de prestadores. Establecer varios canales de comunicación que incluyen chat en vivo, correo electrónico prioritario y aplicaciones móviles.

- Proporcionar soporte técnico más consistente:

Disponibilidad ampliada del equipo de soporte para garantizar una atención continua (24 horas al día, 7 días a la semana) en situaciones de emergencia. Implementar herramientas de autoservicio. Realizar una encuesta de satisfacción de soporte específica para identificar áreas de mejora.

- Mejorar la satisfacción general:

A través de un análisis cualitativo adicional, identificar las causas más comunes de insatisfacción. Realizar reuniones periódicas con los prestadores médicos para escuchar sugerencias y necesidades. La satisfacción se controla continuamente mediante encuestas breves y frecuentes.

- Promover programas de fidelización:

Crear un programa de fidelización para reconocer y recompensar a los prestadores médicos por su relacionamiento. Promocionar testimonios positivos de sus prestadores más satisfechos como historias de éxito. Crear un compromiso público con la mejora continua que generará confianza entre los prestadores médicos actuales y potenciales.

Estas estrategias están diseñadas para mejorar las fortalezas identificadas y abordar áreas de mejora identificadas por los prestadores médicos. Al implementar estas recomendaciones, la empresa aseguradora no solo fortalecerá su reputación como socio confiable y eficiente, sino que también mejorará la experiencia general del prestador y fomentará relaciones a largo plazo basadas en la confianza y la satisfacción mutua.

Capítulo 11. Plan de Mejora

En el marco de la presente tesis se plantea elaborar un Plan de Mejora enfocado en optimizar la relación entre una empresa aseguradora y sus prestadores médicos, basado en un diagnóstico previo que identificó los principales puntos críticos en su interacción y las recomendaciones propuestas por los prestadores médicos a través de una encuesta aplicada para el efecto.

Este plan propone acciones específicas orientadas a abordar las problemáticas identificadas, priorizando la digitalización de procesos, la mejora en los canales de comunicación, la simplificación de trámites administrativos y la implementación de programas de capacitación.

El objetivo principal del plan es establecer un modelo de relación más eficiente, transparente y colaborativo, que incremente la satisfacción de los prestadores médicos, mejore la percepción de la empresa aseguradora y, en última instancia, contribuya a la calidad del servicio brindado a los asegurados. Para ello, se propone un enfoque integral que combina herramientas tecnológicas, estrategias de comunicación y la optimización de procesos internos.

Este documento no solo presenta un conjunto de actividades y estrategias específicas, sino que también establece indicadores clave de desempeño (KPIs) y un cronograma de implementación, que permitirán evaluar el impacto de las acciones propuestas y realizar ajustes cuando sea necesario. La importancia de este plan radica en su potencial para fortalecer la relación entre las partes involucradas, consolidar la posición de la empresa en el mercado y responder a las necesidades de un entorno altamente competitivo y dinámico.

Del total de recomendaciones realizadas por los prestadores médicos, a través de la encuesta aplicada, se obtuvieron182 recomendaciones, las cuales fueron agrupadas de acuerdo con la temática planteada en los siguientes cinco (5) grupos:

- **Tecnología:** Reducir la burocracia administrativa mediante la digitalización de procesos.
- **Claridad:** Asegurar la puntualidad y claridad en los pagos.
- **Comunicación:** Mejorar la comunicación y el soporte a los prestadores médicos.
- **Capacitación:** Capacitar continuamente a los prestadores en el uso de herramientas y normativas.
- **Honorarios:** Incentivar la calidad del servicio mediante mejoras en las condiciones contractuales y económicas.

Áreas de Mejora y Actividades Específicas

11.1. Digitalización y Simplificación de Procesos Administrativos

Las recomendaciones agrupadas en este subgrupo sugieren que los procesos administrativos actuales son complejos y generan demoras significativas. Para resolverlo, se propone implementar herramientas tecnológicas como plataformas en línea para la gestión de autorizaciones y facturación, así como la automatización de procesos repetitivos. Esto incluye el uso de aplicaciones para seguimiento de solicitudes, sistemas integrados que conecten a los prestadores con la aseguradora y la digitalización de trámites para evitar papeleos innecesarios. Estas medidas buscan reducir los tiempos de espera y optimizar el flujo de trabajo, facilitando la interacción entre ambas partes.

A continuación, se detallan las acciones a implementar y el indicador para su medición:

Tabla 17 Digitalización y simplificación de procesos administrativos

Área de Mejora	Acciones Específicas	Indicadores
Digitalización y Simplificación de Procesos Administrativos	- Implementar una plataforma digital para autorizaciones, facturación y seguimiento de procesos.	- Reducción del tiempo promedio de trámites.
	- Diseñar un sistema de gestión documental en línea.	- Disminución de errores administrativos.
	- Automatizar la aprobación de autorizaciones médicas.	- Aumento del uso de la plataforma por parte de los prestadores.
	- Realizar pruebas piloto con grupos de prestadores antes de la implementación general.	- Feedback positivo tras las pruebas piloto.

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

A pesar, de que algunas de estas gestiones están siendo desarrolladas por la empresa aseguradora, es importante mencionarlas para su medición.

11.2. Mejora en los Tiempos y Transparencia de Pagos

Una de las principales inquietudes identificadas en las recomendaciones es la falta de claridad en el estado de las transacciones en cuanto al pago de honorarios. Para abordar este problema, se propone implementar un medio de comunicación directa que permita a los prestadores verificar el estado de sus facturas en tiempo real. Estas acciones mejorarían la confianza de los prestadores médicos y reducirían conflictos relacionados con pagos.

En la siguiente tabla se muestran las acciones específicas y los indicadores para su medición:

Tabla 18 Mejora en los tiempos y transparencia de pagos

Área de Mejora	Acciones Específicas	Indicadores
Mejora en los Tiempos y Transparencia de Pagos	- Crear un portal financiero para la consulta de estados de pago en tiempo real.	- Reducción de quejas por retrasos
	- Implementar notificaciones automáticas sobre pagos realizados.	- Incremento de la confianza en los procesos financieros.
	- Establecer un equipo especializado en resolución rápida de reclamos financieros.	- Resolución de reclamos en menos de 48 horas.

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

11.3. Fortalecimiento de la Comunicación y Soporte

Las recomendaciones destacan que debe mejorar la comunicación efectiva entre la empresa aseguradora y los prestadores médicos. Para solucionarlo, se plantea la creación de canales de atención exclusivos, como líneas telefónicas y plataformas de chat especializadas. También se propone realizar reuniones periódicas con los prestadores para escuchar sus inquietudes y retroalimentaciones. Los boletines informativos y guías prácticas también contribuirían a mejorar la relación, asegurando que los prestadores estén informados sobre cambios en políticas, procesos y novedades importantes.

En la siguiente tabla se muestran las acciones específicas y sus indicadores:

Tabla 19 Fortalecimiento de la comunicación y soporte

Área de Mejora	Acciones Específicas	Indicadores
Fortalecimiento de la Comunicación y Soporte	- Designar gestores de cuentas exclusivos para prestadores.	- Incremento de la satisfacción con la comunicación.
	- Crear un canal virtual 24/7 para resolver consultas y problemas.	- Reducción en el tiempo de respuesta.
	- Realizar reuniones trimestrales para informar y recibir retroalimentación.	- Incremento de participación de los prestadores en reuniones.
	- Publicar boletines informativos mensuales.	- Difusión efectiva

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

11.4. Capacitación y Actualización Continua

Las recomendaciones enfatizan la necesidad de brindar a los prestadores capacitación sobre el uso de las herramientas digitales y los procedimientos de la empresa aseguradora. Por lo tanto, se propone organizar talleres y webinars periódicos, así como desarrollar manuales y guías prácticas para que los prestadores puedan familiarizarse con los sistemas y procesos. Este esfuerzo aseguraría que los prestadores médicos tengan un conocimiento actualizado, lo que se traduciría en una interacción más fluida y eficiente con la empresa aseguradora.

Se detalla en la siguiente tabla las acciones y sus indicadores de medición:

Tabla 20 Capacitación y actualización continua

Área de Mejora	Acciones Específicas	Indicadores
Capacitación y Actualización Continua	- Organizar talleres semestrales sobre uso de plataformas y normativas. - Crear manuales y guías prácticas en formato físico y digital. - Desarrollar un curso en línea accesible para los prestadores. - Proveer capacitaciones personalizadas para nuevos prestadores.	- Participación de los prestadores en talleres. - Reducción en errores en el uso de herramientas. - Participación en la plataforma de aprendizaje. - Incremento en la satisfacción de los nuevos prestadores.

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

11.5. Incentivos y Mejora de la Relación Contractual

Entre las recomendaciones también se menciona la importancia de revisar los honorarios médicos que son cancelados a los prestadores médicos. Para lo cual se sugiere implementar programas de incentivos basados en el cumplimiento de estándares de calidad y satisfacción del paciente. Además, se propone revisar periódicamente las tarifas, simplificar los términos contractuales y realizar encuestas para conocer la percepción de los prestadores médicos respecto a las condiciones del contrato. Estas acciones

contribuirían a construir una relación más equilibrada, donde ambas partes se beneficien y se sientan valoradas.

A continuación, se muestran las acciones y sus indicadores:

Tabla 21 Incentivos y Mejora de la Relación Contractual

Área de Mejora	Acciones Específicas	Indicadores
Incentivos y Mejora de la Relación Contractual	- Realizar revisiones periódicas de tarifas con ajustes por inflación y mercado. - Diseñar un programa de incentivos por indicadores de calidad (satisfacción del paciente, tiempos de atención). - Simplificar contratos para mayor claridad en derechos y obligaciones. - Implementar encuestas anuales para medir percepción sobre condiciones contractuales.	- Incremento en percepción de justicia en tarifas. - Incremento en el cumplimiento de estándares de calidad. - Reducción de conflictos contractuales. - Recopilación de datos para ajustes en contratos.

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor

Capítulo 12. Bibliografía

1. Savedoff S&. ; 2005.
2. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Sistemas integrados de servicios de salud; conceptos opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas Washington DC; 2008.
3. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. 2008..
4. Constituyrntr AN. Constitución de la República del Ecuador; 2008.
5. Ministerio de Salud Púclica. Norma del Proceso de Relacionamiento para la atención de pacientes y reconocimiento económico por prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria. 2017..
6. ACHPE. El sector privado de salud es un socio estratégico en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano..
7. Organization WH. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Géneva:; 2005.
8. Atalaya L. "La satisfacción del cliente en servicios de salud: un enfoque estratégico". ; 2001.
9. Salud OPdl. Organización Panamericana de la Salud; 2021.
10. Robbins SP. Comportamiento Organizacional México D.F.: Prentice Hall; 1987.
11. Staff MC. Specialties and Subspecialties of Medical Practice. Rochester, MN:, Mayo Clinic; 2020.
12. Robbins SP. Comportamiento Organizacional México D.C.: Prentice Hall; 1987.
13. Team A. NPS Score: What is it & How to Calculate it. Sydney:; 2020.
14. Porter M. Competitive Advantage; 1985.
15. Mira J.J. RMJ,PR,YJ,PJV,PI. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria.; 2002.

Capítulo 13. Anexos

Anexo 1. Encuesta de Satisfacción para Prestadores Médicos

Instrucciones:

Estimado prestador médico, le solicitamos su colaboración para completar esta breve encuesta, cuyo objeto es conocer la satisfacción de usted en su relación con la empresa aseguradora Empresa aseguradora, que nos ayudará a mejorar nuestra relación y los servicios que le brindamos. Sus respuestas son confidenciales.

GENERALIDADES

1. **Especialidad médica:**

_____

2. **Tiempo de colaboración con la aseguradora:**

Menos de 1 año		1-5 años		6-10 años	
11-15 años		16-20 años		Más de 20 años	

3. **Ciudad en la que presta sus servicios:**

_____

RELACIÓN CON LA ASEGURADORA

4. **¿Cómo calificaría la claridad de los términos y condiciones del contrato de prestación de servicios médicos?**

Muy clara		Clara		Poco clara		Confusa	

5. **¿Qué tan satisfecho está con la puntualidad de los pagos?**

Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho		Muy insatisfecho	

6. **¿La aseguradora facilita el proceso de facturación y gestión de pagos?**

Siempre		La mayoría de las veces		Algunas veces		Nunca	

COMUNICACIÓN Y SOPORTE

7. **¿Cómo evalúa la calidad de la comunicación con los representantes de la aseguradora?**

Excelente		Buena		Regular		Deficiente	

8. **¿Con qué frecuencia recibe soporte cuando lo necesita?**

Siempre		La mayoría de las veces		Algunas veces		Nunca	

SATISFACCIÓN GLOBAL

9. **¿Recomendaría a otros prestadores trabajar con la aseguradora?**

Si		No	

10. **Del 1 al 10, donde 10 es totalmente satisfecho y 1 nada satisfecho. ¿Cómo calificaría la relación entre usted como prestador médico, y la empresa aseguradora Empresa aseguradora?**

1. Nada satisfecho		2. Muy insatisfecho		3. Moderadamente insatisfecho		4. Ligeramente insatisfecho		5. Neutral
6. Ligeramente insatisfecho		7. Moderadamente satisfecho		8. Satisfecho		9. Muy satisfecho		10. Totalmente satisfecho

11. **Que podría sugerirnos para mejorar la relación que mantenemos con ustedes como aliados estratégicos:**

_____

_____

Anexo 2. Variable: Especialidades Médicas

Especialidad médica	Frecuencia	Porcentaje
Ginecología y Obstetricia	23	10,80%
Traumatología y Ortopedia	22	10,33%
Pediatría	18	8,45%
Cirugía General	15	7,04%
Dermatología	13	6,10%
Cardiología	9	4,23%
Medicina Interna	9	4,23%
Otorrinolaringología	9	4,23%
Gastroenterología	7	3,29%
Nefrología	6	2,82%
Psicología Clínica	6	2,82%
Endocrinología	5	2,35%
Nutriología	4	1,88%
Oftalmología	4	1,88%
Psicología Infantil	4	1,88%
Urología	4	1,88%
Acupuntura y Moxibustión	3	1,41%
Cirugía Oncológica	3	1,41%
Cirugía Vascular	3	1,41%
Fisiatría	3	1,41%
Neurología	3	1,41%
Oncología Clínica	3	1,41%
Reumatología	3	1,41%
Mastología	2	0,94%
Medicina General	2	0,94%
Neumología	2	0,94%
Odontología	2	0,94%
Proctología	2	0,94%
Psiquiatría	2	0,94%
Urología Pediátrica	2	0,94%
Cirugía Cardiotorácica	1	0,47%
Cirugía Cardiovascular	1	0,47%
Cirugía de Mano	1	0,47%
Cirugía Pediátrica	1	0,47%
Cirugía Plástica y Reconstructiva	1	0,47%
Cirugía Torácica	1	0,47%
Coloproctología	1	0,47%
Diabetología	1	0,47%
Endocrinología Pediátrica	1	0,47%
Flebología	1	0,47%
Gastroenterología Pediátrica	1	0,47%
Hematología	1	0,47%
Medicina Crítica y Terapia Intensiva	1	0,47%
Medicina Nuclear	1	0,47%
Neonatología	1	0,47%
Neurocirugía	1	0,47%
Neurología Pediátrica	1	0,47%
Nutrición	1	0,47%
Nutriología Pediátrica	1	0,47%
Oncohematología Pediátrica	1	0,47%
TOTAL	**213**	**100%**

Fuente: Investigación
Elaborado por: Autor