



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS**

TEMA:

**Análisis de mercado de la ley que regula compañías de salud
prepagada y de asistencia médica en Ecuador.**

AUTOR:

Mori Vera, Walter Pablo

**Componente práctico del examen complejo previo a la obtención
del título de Ingeniero en Administración de Ventas**

TUTOR:

Ec. Coello Cazar, David, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
23 de febrero del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente **componente práctico del examen complejo**, fue realizado en su totalidad por **Mori Vera, Walter Pablo**, como requerimiento para la obtención del título de **Ingeniero en Administración de Ventas**.

TUTOR:

f. 
Ec. Coello Cazar, David, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Ec. Pico Verzoza, Lucía, Mgs.

Guayaquil, a los 23 del mes de febrero del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Mori Vera, Walter Pablo

DECLARO QUE:

El componente práctico del examen complejo, **Análisis de mercado de la ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica en Ecuador**, previo a la obtención del título de **Ingeniero en Administración de Ventas**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 23 del mes de febrero del año 2026

EL AUTOR

f. _____

Mori Vera, Walter Pablo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

AUTORIZACIÓN

Yo, Mori Vera, Walter Pablo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el **Análisis de mercado de la ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica en Ecuador**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 del mes de febrero del año 2026

EL AUTOR:

f. _____
Mori Vera, Walter Pablo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

Reporte Compilatio



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Walter.Mori

< 1%
Textos sospechosos



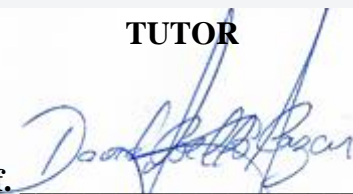
< 1% Similitudes
< 1 % similitudes entre comillas
0 % entre las fuentes mencionadas
4% Idiomas no reconocidos (ignorado)
< 1% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Walter.Mori.doc
ID del documento: 72ea62ea6922e1e2f01a96e34bfeafa0592fb93e
Tamaño del documento original: 3,43 MB

Depositante: David Coello Cazar
Fecha de depósito: 21/1/2026
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 21/1/2026

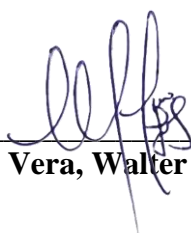
Número de palabras: 10.657
Número de caracteres: 69.939

TUTOR

f. 

Ec. Coello Cazar, David, Mgs.

EL AUTOR:

f. 

Mori Vera, Walter Pablo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE ECONOMÍA Y EMPRESA
ADMINISTRACIÓN DE VENTAS

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Ec. Pico Versoza, Lucía Magdalena, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Ing. Reyes De Luca, María Antonieta, Mgs.
Miembro II

f. _____

Ing. Bajaña Villagómez, Yanina Shegía, Ph.D.
Miembro III

ÍNDICE

RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
Introducción.....	2
Desarrollo.....	4
Conclusiones	31
Referencias.....	34

RESUMEN

El presente ensayo tiene como principal objetivo hacer un resumen integral de la Ley que Regula la comercialización del ramo de Asistencia Médica, es decir, seguros de Salud y de Medicina Prepagada, plasmando un análisis de mercado conforme lo establece la Ley, sus cambios, con un antes y un después de la Ley, y su situación actual. Para tal fin, se ilustra al lector en que, el ensayo se centra en la experiencia de su autor dentro del mercado de seguros, desde el año 2012 hasta la actualidad, por tal motivo, toda la información que contiene, se fundamenta dentro del periodo citado. Sin embargo, para mayor comprensión de la situación legal y su normativa en su conjunto técnico, legal y comercial, se citarán fuentes e información adicional a través de una revisión documental que permiten determinar el contexto del problema y sus propuestas de mejora, ya que, se busca contribuir al cumplimiento de parámetros: comerciales, de servicio, de fidelización, y/o, de retención; es decir, robustecer y optimizar los procesos y expertise de todo canal de ventas y postventa, para velar y garantizar el cumplimiento del presupuesto comercial del canal, salvaguardar los ingresos de las empresas, y, de sobremanera, según faculte, contribuir al Estado con observaciones a la Ley para su estudio y análisis, para optimizar el presupuesto anual en materia de salud, y redireccionar los recursos que se puedan liberar, asignándolos hacia otras necesidades adicionales pero también primordiales en la salud.

Palabras Claves: Analizar, Información, Comparación, Seguros, Ley de Seguros, Prepaga, Venta Seguros, Ley, Seguros Médicos, Medicina Prepaga, Asistencia Médica, Medicina Prepagada.

ABSTRACT

The main objective of this essay is to provide a comprehensive summary of the Law Regulating the Marketing of Medical Assistance, i.e., Health and Prepaid Medical Insurance, presenting a market analysis as established by the Law, its changes, with a before and after of the Law, and its current situation. To this end, the reader is informed that the essay focuses on the author's experience in the insurance market from 2012 to the present, and therefore all the information it contains is based on the aforementioned period. However, for a better understanding of the legal situation and its technical, legal, and commercial regulations, additional sources and information will be cited through a document review that allows for determining the context of the problem and proposals for improvement, since the aim is to contribute to the fulfillment of commercial, service, loyalty, and/or retention parameters; that is, to strengthen and optimize the processes and expertise of all sales and after-sales channels, to ensure and guarantee compliance with the channel's commercial budget, safeguard the companies' revenues, and, above all, as authorized, contribute to the State with observations on the Law for its study and analysis, in order to optimize the annual health budget and redirect the resources that may be freed up, allocating them to other additional but also essential health needs.

Keywords: Analyze, Information, Comparison, Insurance, Insurance Law, Prepaid Health Care, Insurance Sales, Law, Medical Insurance, Prepaid Medicine, Medical Assistance, Prepaid Medicine.

Introducción

La Constitución de la República del Ecuador, publicada en su Registro Oficial No. 449, el 20 de octubre del 2008, hace referencia que, la salud, es un Derecho Fundamental, y que es obligación del Estado garantizar el cumplimiento de este Derecho (Registro Oficial, 2008). Basado en este Derecho Fundamental, el 17 de octubre de 2016, se publica en el Registro Oficial No. 863, la nueva “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”. Con un *vacatio legis* de 180 días, es decir, un periodo de tiempo entre su publicación y su entrada en vigor obligatoria, la nueva Ley entra plenamente en vigor el 15 de abril de 2017 (Asamblea Nacional, 2016).

Durante este lapso de tiempo, esta nueva Ley, obligó a que todas las empresas del mercado ecuatoriano que oferten ramos de asistencia médica o medicina prepagada, realicen cambios obligados e inmediatos en sus políticas corporativas, ejecuten implementaciones o desarrollos tecnológicos, así como, ajustes y estrategias comerciales y de servicio, de forma y de fondo, *ipso facto*, para cumplir la Ley de manera integral, dentro de un marco legal y técnico, debiendo custodiar paralelamente el cumplimiento comercial de ventas establecido en su plan de negocios. Para muchas empresas fue catalogado una amenaza, un serio problema; para otras, una nueva oportunidad para hacer una reingeniería en sus procesos y cumplir sus indicadores de gestión.

Todo contrato de seguros, indistintamente su ramo, se basa y se norma en un principio y valor fundamental de Buena Fe, entre las partes intervinientes. A su vez, como en todo contrato, en el marco legal de los contratos de seguros, las condiciones generales son el cuerpo legal que lo norma la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, actual ente regulador; así también, las condiciones particulares que se establecen en los contratos. Son el marco técnico, en lo comercial y de servicio, que legalmente forman parte integral del contrato que maneja cada empresa y que se suscribe con los usuarios; y, en su conjunto, todos forman parte del contrato de seguros. Toda condición particular se sobrepone sobre toda condición general. Pero, siempre la Ley, se sobrepondrá sobre cualquier norma o condición existente dentro de un contrato.

La Ley en vigor establece un antes y un después. Su reforma y actualización legal también permite socializar y transformar en la mente del consumidor, un favorable interés y necesidad de adquisición de cara hacia nuevos prospectos de clientes, y, de fidelización y de retención de sus actuales usuarios. No obstante, por otra parte, también permite salvaguardar el interés de las empresas de seguros ante posibles reclamos mal infundados por parte de sus usuarios.

Y, aunque contiene mejoras significativas que sí están a favor de las partes que lo celebran, exclusivamente a favor de los usuarios, el autor presentará y argumentará, algunos puntos que se interpretan como vacíos legales, técnicos y comerciales, que existen y que deben; primero, ser revisados y analizados en su totalidad de manera integral, sus incidencias directas e indirectas, para; segundo, delinear nuevos parámetros legales que permitan reformar y garantizar, una protección integral en salud conforme lo establece la Carta Magna, considerando y recalando que, la salud, es un legítimo y fundamental derecho Constitucional. Y, también pueda facultar al órgano Legislativo tener una opción con bases en derecho para poder redistribuir los recursos económicos del Estado que se logren optimizar con este trabajo de investigación realizado.

El presente ensayo tiene como principal objetivo hacer un resumen integral de la Ley que Regula este importante ramo de seguros, plasmando un análisis de mercado conforme lo establece la Ley, sus cambios, con un antes y un después de la Ley, y su situación actual. Se ilustra al lector en que, el ensayo se centra en la experiencia de su autor dentro del mercado de seguros, desde el año 2012 hasta la actualidad, por tal motivo, toda la información que contiene, se fundamenta dentro del periodo citado. Desde el enfoque y expertise comercial y de servicio de su autor, en este ensayo se presentará información sobre la Ley enfocada al seguro de personas, es decir, solo de seguros individuales. Las compañías del Estado que regulan este mercado de la salud en el país, ranking de empresas privadas en el ramo de salud, su comportamiento histórico comercial en ventas, comparativo de planes de mayor demanda por sus coberturas, beneficios, entre otros factores, e información clave adicional que le permita al lector su análisis e interpretación.

No se tomará en cuenta información de usuarios de cuentas corporativas, ni compañías, ni planes, ni ningún tipo de producto o servicio, de planes del segmento de cuentas corporativas.

Desarrollo

Según Generali (1941), se constituye “La Nacional Ecuador Compañía de Seguros Generales S. A.”, como la primera aseguradora en el territorio ecuatoriano, enfocada a ramos generales. Su nombre original fue cambiado a Generali Ecuador (2001).

Según La Unión Compañía Nacional de Seguros S. A. (1943), el 21 de abril de 1943, se constituye como compañía de seguros, quienes se promocionan como la primera compañía nacional de seguros de Ecuador en una época en donde solo operaban aseguradoras extranjeras. Al igual que la compañía Generali, La Unión, se enfoca a ramos generales.

El seguro de personas o también conocido como seguros individuales, interpretado por los usuarios como “familiar”, inicia en el Ecuador con la compañía Pan-American Life de Ecuador S. A. (1956), con oficinas en las ciudades de Quito y Guayaquil. Esta empresa es conocida comercialmente como PALIG, y se introduce en el mercado ecuatoriano con la comercialización del ramo de seguros de vida.

Según la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (2025), sobre los seguros de personas, ramo de seguros de Asistencia Médica o Medicina Prepagada, la compañía ECUASANITAS S. A., es la pionera, constituida legalmente desde 07 de abril de 1978. Le continúan MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S. A., constituida el 03 de mayo de 1983; y, PLAN VITAL VITALPLAN S. A., constituida el 02 de diciembre de 1991.

Las tres compañías líderes en el mercado ecuatoriano en el ramo medicina prepagada, del periodo 2024, fueron constituidas como se muestra a continuación: 1) SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S. A., constituida el 27 de septiembre de 1993; 2) BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., constituida el 11 de marzo del 2004; y, 3) MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S. A., constituida el 27 de octubre de 1994 (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2025).

A continuación, en la figura 1, se muestra el listado de empresas de Medicina Prepagada y su fecha de constitución. El autor del presente ensayo ha adaptado el listado, incorporando dos compañías de seguros de Asistencia Médica o Salud, que son: BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S. A. y BUPA

ECUADOR S. A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, ambas, también dedicadas a la comercialización de seguros médicos.

Figura 1

Listado de empresas de Asistencia Médica o Medicina Prepagada y su fecha de Constitución.

EMPRESA	RUC	FECHA CONSTITUCIÓN
ECUASANITAS S. A.	1790363333001	07/04/1978
MEDIKEN S. A.	990631425001	03/05/1983
PLAN VITAL S. A.	991189270001	02/12/1991
SALUDSA S. A.	1791257049001	27/09/1993
HUMANA S. A.	1791279352001	27/10/1994
BMI DEL ECUADOR S. A.	1791301692001	13/09/1995
VIDASANA S. A.	1791334493001	07/01/1997
TRANSMEDICAL S. A.	991385703001	14/03/1997
MEDEC S. A.	991389504001	09/04/1997
BUPA S. A.	1791782402001	15/02/2001
CRUZBLANCA S. A.	1791816757001	18/01/2002
BLUECARD S. A.	1391722907001	17/03/2003
PLUS MEDICAL S. A.	1791903927001	28/10/2003
BMI IGUALAS S. A.	1791927559001	11/03/2004
LATINA SALUD S. A.	992444649001	20/02/2006
INMEDICAL S. A.	1792092051001	11/07/2007
BEST DOCTORS S. A.	992581441001	02/07/2008
MEDICOMPANIES C.A.	992621915001	03/03/2009
CONFIAMED S. A.	1792206979001	04/08/2009
PRIMEPRE S. A.	1792232155001	22/01/2010
ASISKEN S. A.	992703008001	22/12/2010
COLMEDIKAL S. A.	1792342031001	05/10/2011
VUMILATINA S. A.	992883677001	15/09/2014
PAN AMERICAN LIFE S. A.	1792602688001	25/03/2015

Nota. Adaptado “Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2025, Portal Societario y de Información”.

Como antecedente legal importante, existe la Ley de Seguros, Normativa que Regula a todas las Compañías de Seguros, indistintamente su ramo, general o de personas; Código de Comercio, Registro Oficial No. 497 – Suplemento, con fecha 29 de mayo del 2019, Libro Sexto; siendo su naturaleza mercantil por ser un acto de comercio por parte de los contratantes. Su órgano regulador es la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. En la Ley de Seguros, Capítulo Segundo, Sección V, se hace referencia sobre el ramo de seguro de personas. Es importante ilustrar al

lector la existencia y diferenciación entre las compañías de seguros de Salud o de Asistencia Médica versus las compañías de Medicina Prepagada. El concepto o fin pueden ser o sonar similar, pero el tipo de empresa y las leyes que lo conforman varían. En la figura 2, se ilustra al lector, un claro ejemplo de dos empresas con distinta razón social, técnica y legal, pero ambas, forman parte de un mismo grupo empresarial.

Figura 2

Ejemplo de empresas de Asistencia Médica y Medicina Prepagada.



The figure displays three promotional cards for BMI insurance products. Each card features a photograph of people at the top, the BMI logo, a product title, a brief description, and a 'Ver Planes' button.

- Card 1 (Left):** BMI logo and 'BMI Unique' logo. Title: 'Seguros de Asistencia Médica con Cobertura Internacional'. Description: 'Planes con cobertura Internacional desde un límite máximo de USD 500.000'. Button: 'Ver Planes'.
- Card 2 (Middle):** BMI logo. Title: 'Seguros de Vida'. Description: 'Asegura el Patrimonio y el estilo de vida de tu familia con un seguro de vida'. Button: 'Ver Planes'.
- Card 3 (Right):** BMI logo and 'IGUALAS MEDICAS' logo. Title: 'Planes Medicina Prepaga con Cobertura Nacional'. Description: 'La Tranquilidad que te brinda un plan médico con cobertura Nacional completa + Colombia (Exclusivamente en Red Afiliada)'. Button: 'Ver Planes'.

Nota. Tomado “BMI del Ecuador S. A., 2025”. Ilustra dos empresas de un mismo grupo pero bajo diferente estructura legal.

En materia del presente ensayo, el 26 de agosto de 1998, se realiza el Registro Oficial No. 12, de la Ley No. 8: “Ley Que Regula Las Empresas Privadas De Salud y Medicina Prepagada”. Esta Ley se establece como una Normativa. Desde su Registro y hasta el 16 de octubre del 2016, esta Normativa, establecía las reglas y controles hacia todas las compañías privadas de Asistencia Médica y de Medicina Prepagada. Pero, lamentablemente, no garantizaba de manera integral todos los controles legales necesarios para el bienestar de los usuarios; es decir, era más básica: enfocada en regular la existencia de las compañías y los contratos, con mínima defensa segura para el afiliado. Antes de esta Ley, no existía una Ley o Norma que permita tener un control sobre este mercado, salvo Leyes o reglamentaciones dispuestas por el Ministerio de Salud.

El 25 de marzo del 2014, la Asambleísta Pamela Falconí, presenta ante la Asamblea Nacional el Proyecto de “Ley Seguros Médicos y Medicina Prepagada”, calificado con fecha 03 de abril del 2014. Luego de los procesos de debates,

aprobación por el Pleno, objeción parcial de la Presidencia, y, debate y ajustes del Proyecto luego de la objeción, el 17 de octubre de 2016, se publica en el Registro Oficial No. 863, la nueva “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”. Esta nueva Ley derogó expresamente la Normativa anterior de 1998 (Asamblea Nacional, 2016).

La nueva Ley, cita a la Carta Magna publicada en su Registro Oficial No. 449, del 20 de octubre del 2008. Hace referencia de artículos que hablan sobre la salud, concretamente, lo establecido en: el Artículos No. 3, numeral No. 1, sobre los elementos constitutivos con sus principios fundamentales; el Artículo No. 11, numeral No. 2, sobre los derechos con principios de aplicación; el Artículo No. 32, sobre los Derechos del buen vivir; entre otros artículos, como lo son, numerales: 52, 358, 359, 360 y 362; todos ellos, vinculantes en la nueva Ley que Regula a las Empresas de Asistencia Médica o Medicina Prepagada, por medio de los cuales, el Estado, insta a garantizar a la salud como un Derecho Fundamental.

El objetivo de la Ley es Regular y controlar la creación y actividad de todas las compañías de Salud y Medicina Prepagada, y establecer requisitos legales para la prestación de dichos servicios, preservando el legítimo interés empresarial y los derechos y garantías de los prestatarios de los servicios de salud privados.

Según la Asamblea Nacional (2016), los beneficios que la nueva Ley promueve: a) Garantizar el ejercicio del derecho a la salud frente a los servicios médicos prestados por el sector privado; b) Permitir que los asegurados de las compañías de Salud o Medicina Prepagada reciban atención de calidad; c) En caso de surgir controversias por la deficiente prestación de los servicios de salud, los asegurados tengan la facultad de reclamar en el ámbito civil y administrativo, por el perjuicio ocasionado, sea a la compañía de medicina prepagada o a la compañía de seguros de salud; d) Ampliar la cobertura en la prestación de servicios de atención en salud desde las instituciones de la Red Pública Integral de Salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas beneficiarias de los servicios de medicina prepagada; f) Las compañías de Medicina Prepagada o las de seguros de Salud tendrán la obligación de reembolsar los valores que las casas de salud pública realizaron en favor de los beneficiarios de la prestación de los servicios privados. Esto permitirá incrementar la atención en salud y mantener la prestación de

los servicios de calidad en la Red Pública Integral de Salud; g) Exige el cumplimiento de coberturas mínimas y cláusulas obligatorias.

Además, esta nueva Ley, regula, garantiza y obliga de manera específica a las empresas de Salud o Medicina Prepagada, a brindar la cobertura para enfermedades preexistentes con reglas puntuales. Por consiguiente: 1) La ley establece que el período de carencia (tiempo de espera) para la atención de una preexistencia declarada será máximo de 24 meses; 2) La Ley también insta a que el monto mínimo de cobertura para enfermedades preexistentes para los planes de salud de medicina prepagada y seguros médicos será de 20 salarios básicos unificados; 3) La no limitación de afiliación por edad actuarial del afiliado, garantizando la no discriminación; 4) La no limitación de afiliación por preexistencias catalogadas como catastróficas, como, por ejemplo: cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades renales, hipertensión según su grado, entre otras que puedan ser catalogadas de alto riesgo previa evaluación de auditoría médica de cada empresa, garantizando la no discriminación; 5) La no realización de chequeos o exámenes médicos o evaluación de historias clínicas de usuarios previa afiliación según edad o condición de salud reportada, garantizando la no discriminación.

A continuación, en figura 3, resumen cronológico técnico y legal de la Normativa anterior y la nueva Ley:

Figura 3

Línea de tiempo con resumen informativo técnico / legal sobre Ley de Salud y Medicina Prepagada en el Ecuador.

Período	Criterio Técnico / Legal	Ente Regulador	Observaciones
Antes del 26-agosto-1998	Sin regulación básica / Sin Norma / Sin Ley	Ministerio de Salud Pública	Autorización sanitaria
Desde el 26-agosto-1998 hasta el 2010	Regulación Básica	Ministerio de Salud Pública + Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	Autorización sanitaria sin un profundo Control Financiero
Desde el 2011 hasta el 2015	Revisión Sanitaria + Constitucional	Ministerio de Salud Pública	Se hace análisis y se reconoce necesidad de una nueva Ley Integral
Desde 2016 hasta el 2018	Reforma estructural integral	Ministerio de Salud Pública + Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	Creación del marco orgánico, control técnico y financiero en su conjunto
Desde el 2019 hasta el 2025	Consolidación y Vigilancia Técnica / Legal	Ministerio de Salud Pública + Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	Supervisión Integral, transparencia y protección del Afiliado

Nota. Adaptado “Ministerio de Salud Pública, 1998”; “Asamblea Nacional, 2016”.

El autor del presente ensayo junto a su Familia, han sido clientes de seguros privados desde el año 2002. A partir de enero del 2012, junto a su Esposa como socia

comercial, inician profesionalmente en el negocio de la comercialización técnica de seguros de vida, medicina prepagada y seguros médicos, ambos como asesores de seguros independientes por medio de dos Agencias Productoras de Seguros, hasta febrero del 2020.

En marzo del 2020, previa pandemia, se independizan como consultores y asesores técnico comercial. Su Socia obtuvo el nombramiento de: Agente de Seguros sin Relación de Dependencia; conforme a Credencial No. 10757, acreditada por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, en los ramos de: Asistencia Médica, que abarca a los seguros de Salud y de Medicina Prepagada; también, en los ramos de Vida Individual, Vida Colectiva, Vehículos, entre otros ramos.

Se recalca que, durante todo este tiempo, el mercado de seguros privados de salud o medicina prepagada, estaba y está hasta la fecha, ordenado por dos tipos de proveedores: a) Compañías de Medicina Prepagada: empresas privadas con el objetivo principal de otorgar financiamiento y la prestación de servicios de salud integral bajo un contrato de servicios; b) Compañías aseguradoras que comercializan seguros de Asistencia Médica: empresas privadas que venden pólizas de salud con consideraciones distintas a la medicina prepagada.

La regulación de estas empresas lo establecen: la Ley Orgánica vigente, y, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ente responsable del registro y supervisión de cada compañía de medicina prepagada y de seguros; y, también, la Ley de Seguros, según razón social de la empresa, sumado a otras leyes que se integran en su conjunto.

El soporte de control lo complementan las normas emitidas por dos autoridades sanitarias: el Ministerio de Salud y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada o sus siglas “ACCESS”. Ambas entidades se encargan de todo lo relacionado con las prestaciones sanitarias y aprobación de contratos y sus tipos de planes.

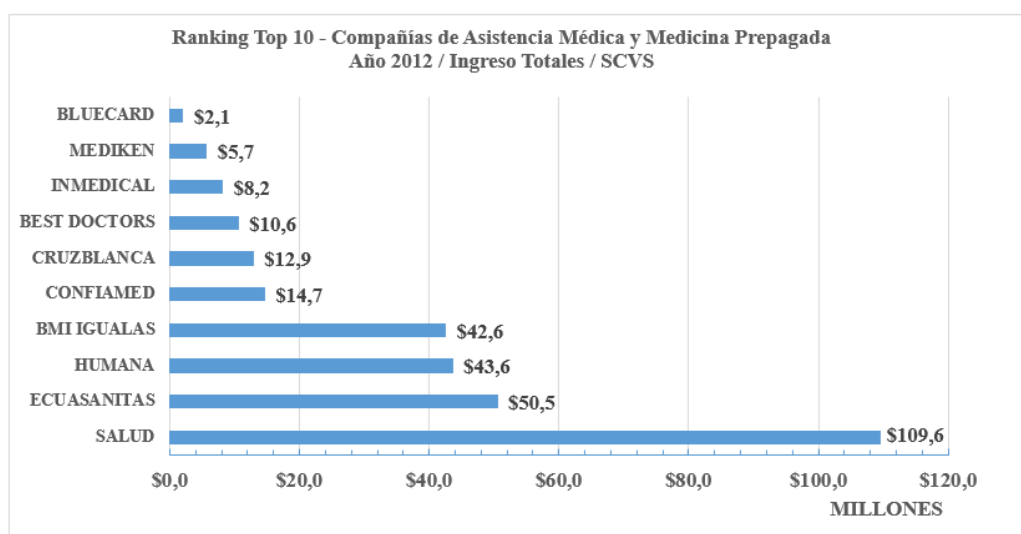
También interviene el Servicio de Rentas Internas o “SRI”, ente que regula la política tributaria en el país, garantizando el cumplimiento integral de facturación, declaración y pago de impuestos. Y, aunque impera desde hace algunos años atrás, desde el año 2024, la Unidad de Análisis Financiero y Económico, conocida por sus siglas “UAFE”, tiene un rol de suma relevancia dentro del mercado asegurador, ya que es el ente con autoridad regulatoria para normar la prevención y detección del lavado de activos y financiamiento de delitos, sobre todo “Sujeto Obligado”,

compañía y agentes o agencias productoras, en el mercado asegurador. Hoy en día, se está trabajando en la elaboración del Reglamento hacia las Agencias o Agentes Productores de Seguros.

En el año 2012, cuando el autor del presente ensayo inició en el giro de negocio de los seguros privados de personas, según “Ingresos Totales”, el ranking y la participación del mercado de las compañías de Asistencia Médica y Medicina Prepagada, top 10, se conformaba como se muestra a continuación en figuras 4 y 5:

Figura 4

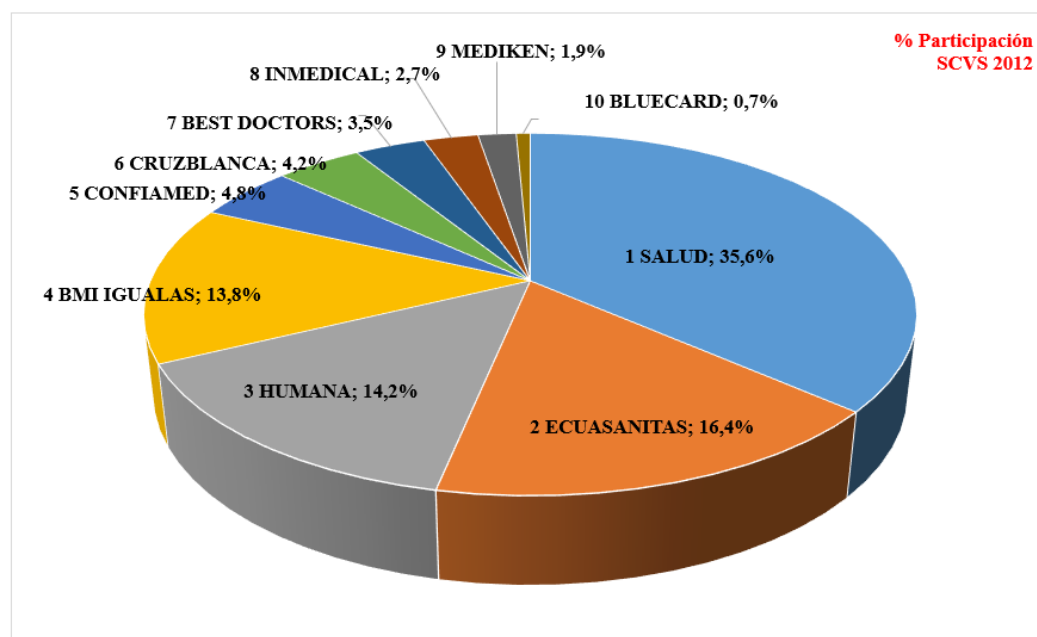
Top 10, Ranking empresas, año 2012.



Nota. Adaptado “Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2012”.

Figura 5

Top 10, % Participación Mercado, año 2012.



Nota. Adaptado de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2012.

Como dato relevante, es importante indicar que, la compañía BLUECARD, está enfocada en seguros médicos para viajes. En las figuras 4 y 5 que anteceden, sí se la ha considerado.

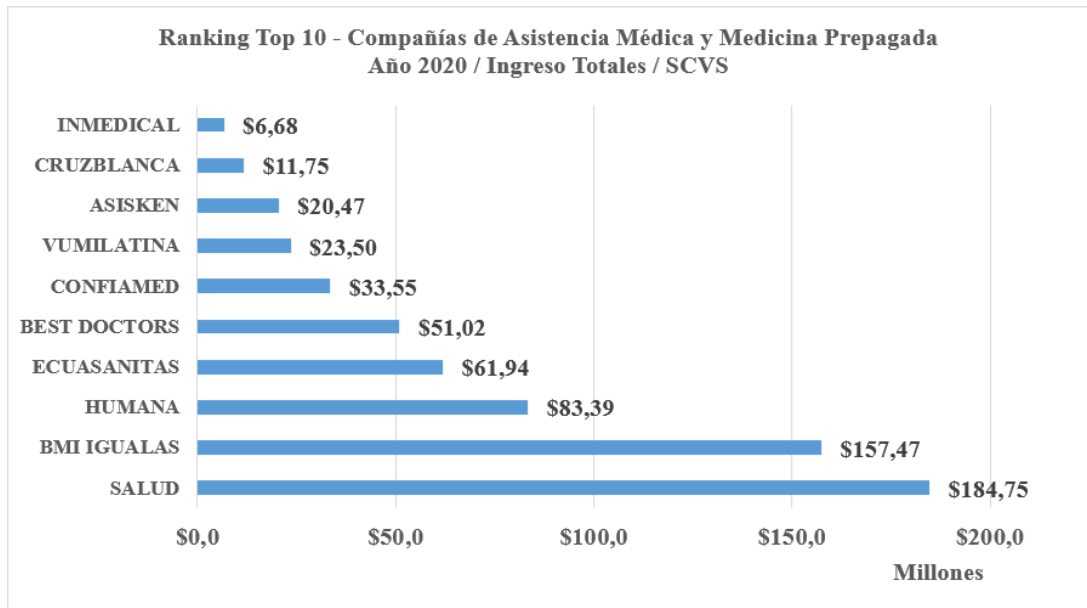
Las Agencias Productoras de Seguros (Brókeres de Seguros) en donde el autor trabajó dentro del periodo de enero de 2012 hasta febrero de 2020, tenían acuerdos comerciales con las siguientes compañías de seguros y de medicina prepagada: BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S. A., BUPA ECUADOR S. A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S. A., MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S. A, ASISKEN ASISTENCIA MÉDICA S. A., CONFIAMED S. A., VUMILATINA S. A., y, BEST DOCTORS S. A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA.

Sin embargo, el principal socio comercial era la compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A. para negocios de pólizas con cobertura nacional, y, BMI DEL ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S. A. para negocios de pólizas con cobertura internacional.

Cuando el autor y su Socia se independizan con su licencia en marzo del 2020, según “Ingresos Totales”, el ranking de compañías de Asistencia Médica y Medicina Prepagada, top 10, se conformaba como se muestra en la figura 6.

Figura 6

Top 10, Ranking empresas, año 2020.

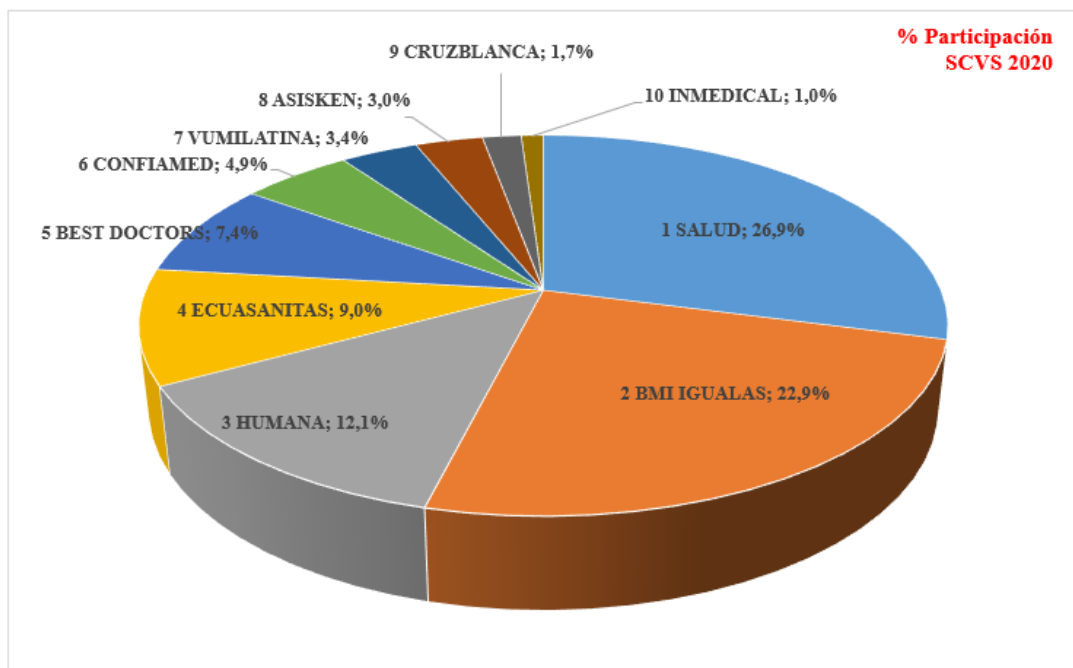


Nota. Adaptado de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2020.

Y, la participación del mercado, como se ilustra a continuación en la figura 7:

Figura 7

Top 10, % Participación Mercado, año 2020.



Nota. Adaptado de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2020.

Dato importante, dentro de la información de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, dentro del ranking del año 2020, top 10, consta la compañía TECNISEGUROS S. A. en el puesto 9, pero no se la ha considerado en las figuras que anteceden 6 y 7, ya que su giro de negocio está enfocado como Agencia

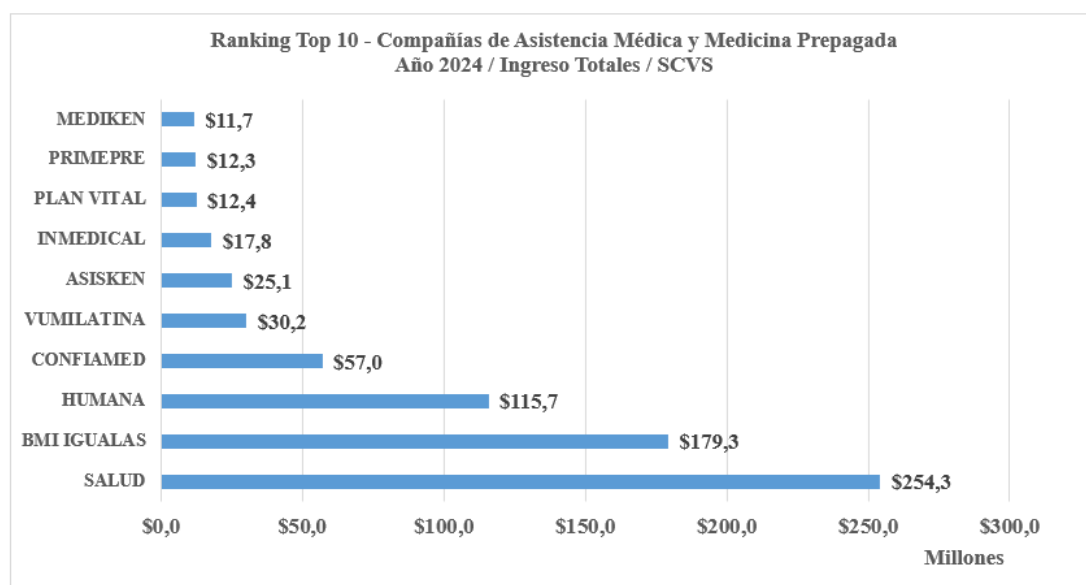
Productora de Seguros. Por tal motivo, lo suple dentro del top 10 la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S. A.

Considerando estándares comerciales y de servicio, y apuntando a cumplir a cabalidad con los compromisos comerciales con sus socios estratégicos, el autor y su Socia deciden trabajar solo con las siguientes empresas: BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., SALUDSA S. A., ASISKEN S. A., BMI DEL ECUADOR S. A. y BUPA ECUADOR S. A. Las tres primeras empresas de su portafolio de servicios, están dentro del top 10 en el ranking de compañías año 2020.

Con corte diciembre del 2024, según “Ingresos Totales”, el ranking de compañías de Asistencia Médica y Medicina Prepagada, top 10, se conformaba como se muestra en la figura 8, y, la participación del mercado, como se muestra en la figura 9. A continuación, ilustraciones:

Figura 8

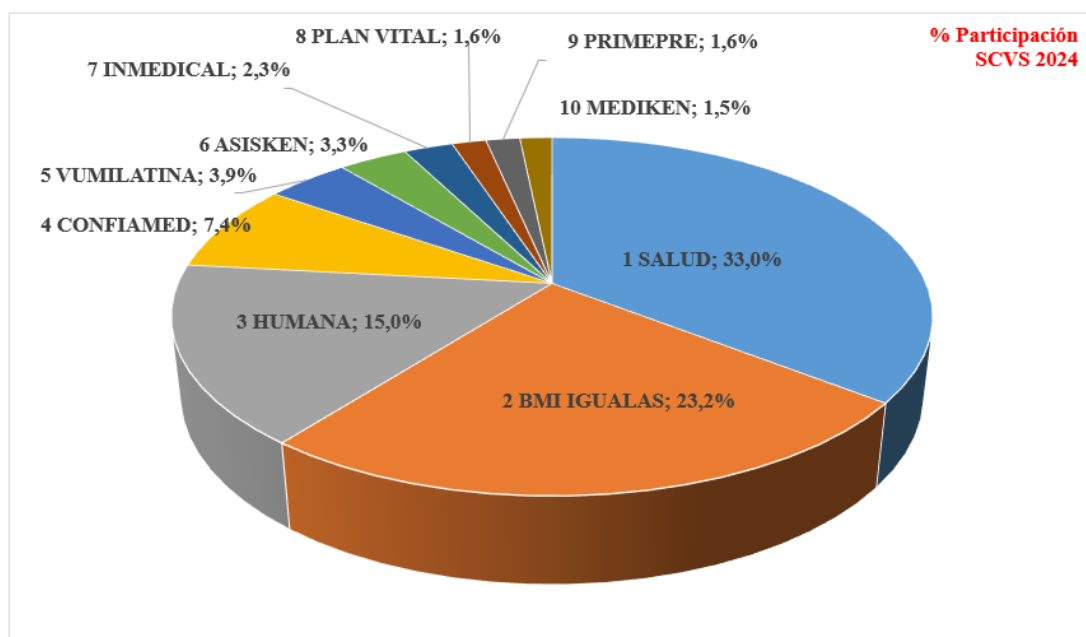
Top 10, Ranking empresas, año 2024.



Nota. Adaptado Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2024.

Figura 9

Top 10, % Participación Mercado, año 2024.



Nota. Adaptado Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2024.

En este periodo, se siguen manteniendo dentro del ranking de compañías, top 10, las tres primeras empresas de su portafolio de productos.

Desde el año 2020 hasta la actualidad, la segmentación de su cartera se encuentra de la siguiente manera:

Figura 10

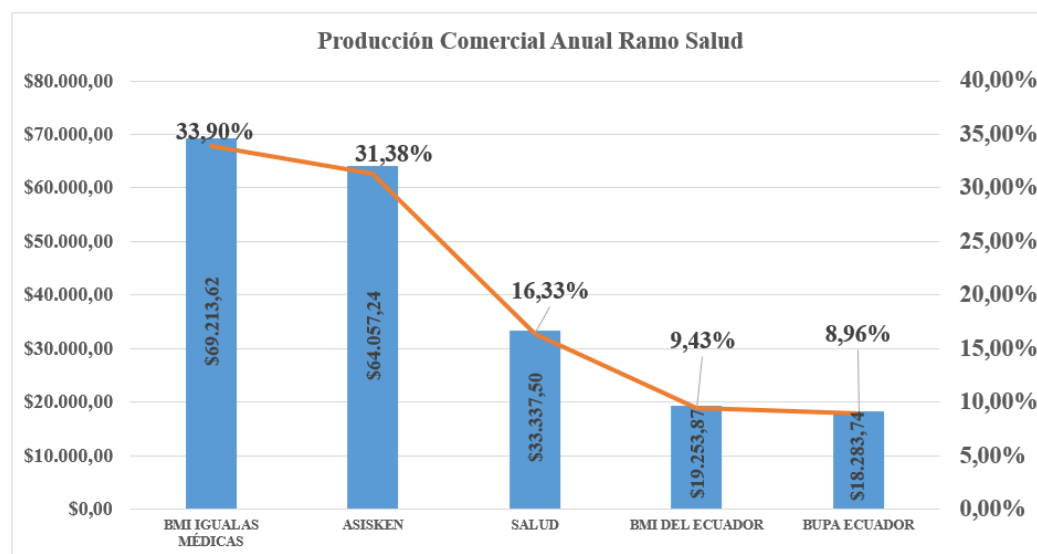
Reporte financiero del Agente de Seguros, cierre periodo 2024.

PRODUCCIÓN COMERCIAL ANUAL RAMO SALUD		
COMPAÑÍA	PRIMA NETA	SEGMENTACIÓN
BMI IGUALAS MÉDICAS S. A.	\$ 69.213,62	33,90%
ASISKEN S. A.	\$ 64.057,24	31,38%
SALUD S. A.	\$ 33.337,50	16,33%
BMI DEL ECUADOR S. A.	\$ 19.253,87	9,43%
BUPA ECUADOR S. A.	\$ 18.283,74	8,96%
TOTAL GENERAL:	\$ 204.145,97	100,00%

Nota. Adaptado del Reporte financiero interno del Agente de Seguros, periodo 2024. Este reporte se debe elaborar y enviar todos los años a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para validar y cotejar con facturación ante el Servicios de Rentas Internas y hacia las Compañías de Seguros, para control y Certificación del Cumplimiento de Obligaciones (CCO).

Figura 11

Reporte financiero del Agente de Seguros, cierre periodo 2024.



Nota. Adaptado del Reporte financiero interno del Agente de Seguros, periodo 2024. Este reporte se debe elaborar y enviar todos los años a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para validar y cotejar con facturación ante el Servicios de Rentas Internas y hacia las Compañías de Seguros, para control y Certificación del Cumplimiento de Obligaciones (CCO).

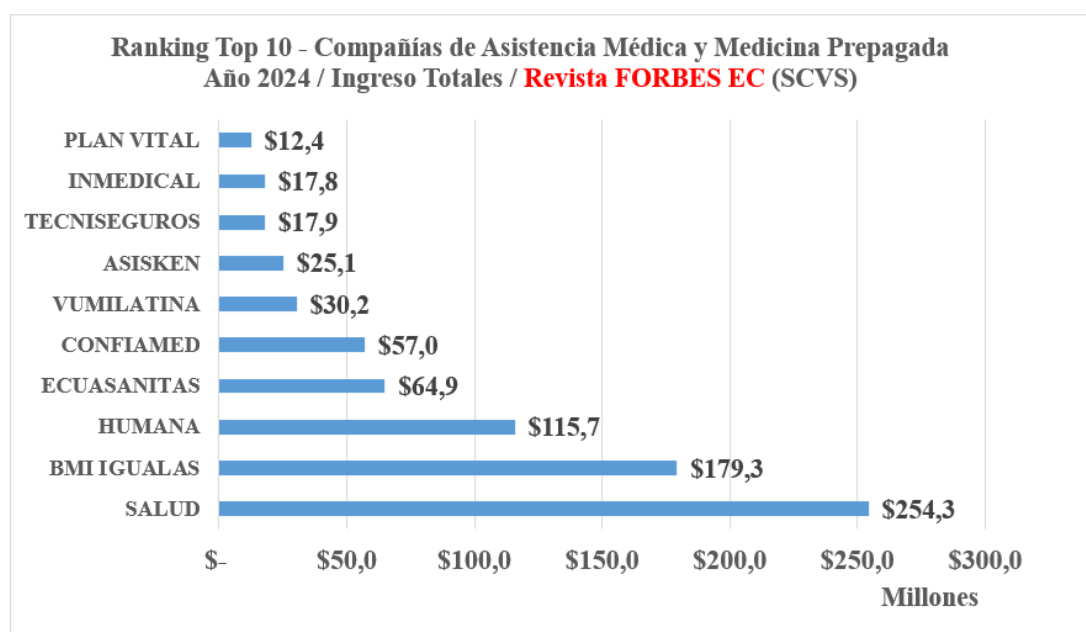
A su vez, revista Forbes Ecuador (2025), en su edición del 12 de junio del 2025, refiere lo siguiente, cito textualmente:

“...el sector cerró con US\$760,5 millones en ingresos... (...)”. “(...) De las 28 empresas registradas como activas en el sector, las 10 primeras concentraron el 94,8% de los ingresos, y, dentro de ese grupo, las primeras tres captaron más del 70%... (...)”. “(...) En conjunto, estas tres compañías (Saludsa, BMI y Humana) suman US\$ 549,3 millones, es decir, más de US\$ 7 de cada 10 facturados en todo el sector. Son, en los hechos, los "big fish" de este ecosistema... (...)”.

En esta edición, Forbes publicó el ranking de las 10 empresas de medicina prepagada con más ingresos. La información utilizada y que detalla Forbes Ecuador, fue obtenida desde la página de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Se muestra a continuación en la figura 12, el ranking, top 10, calculado por “Ingresos Totales”:

Figura 12

Ranking Top 10, Revista Forbes Ecuador, año 2025 (SCVS, año 2024)

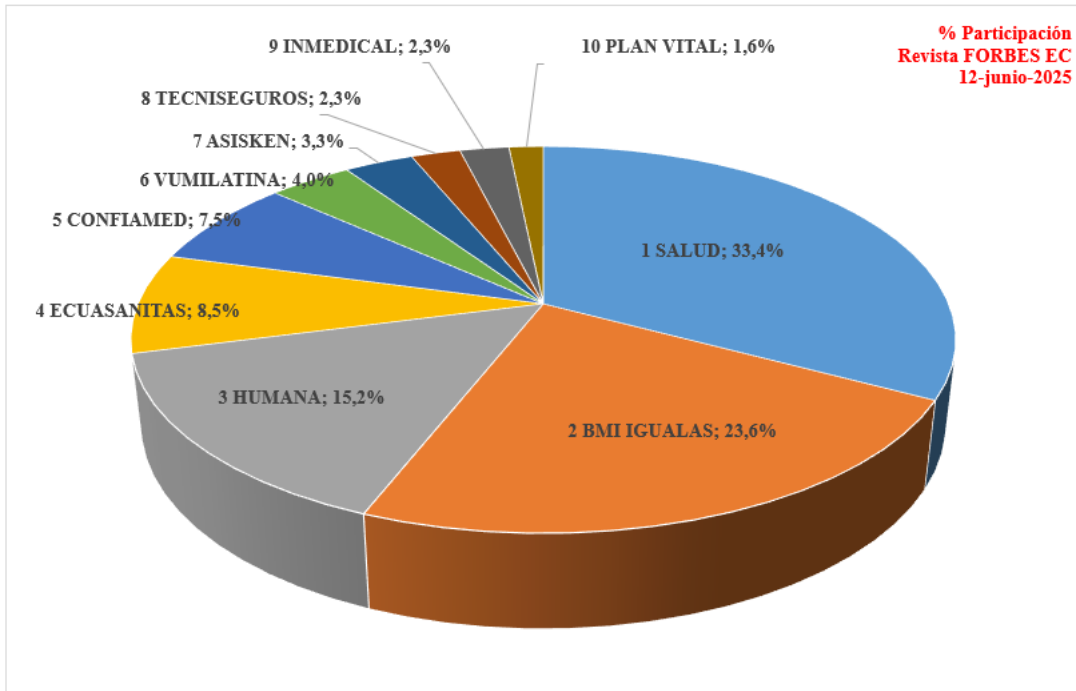


Nota. Adaptado “Forbes Ecuador, 2025”, calculado por “Ingreso Totales” en millones de dólares (Data SCVS, año 2024).

Y, a continuación, en la figura 13, según Forbes Ecuador (2025), información adaptada con la participación del mercado, top 10, calculado por “Ingresos Totales”. De igual manera, la información utilizada y detallada por Forbes Ecuador, fue obtenida desde la página de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Figura 13

*Ranking Top 10, Revista FORBES Ecuador, % Participación Mercado, año 2024.
(Data SCVS, año 2024)*




Nota. Adaptado “Forbes Ecuador, 2025”. % Participación Mercado, Top 10, Ranking empresas, año 2024.

Respecto al ranking que presenta Forbes Ecuador, han considerado dentro del ranking, en el puesto 7, a la compañía TECNISEGUROS S. A., lo cual es un error por estar mal segmentado, ya que la actividad económica de la compañía es de “Agencia Asesora Productora de Seguros” pero como persona jurídica; es decir, al igual que el autor del presente ensayo y su Socia, cumplen misma actividad legal: la comercialización de seguros bajo licencia. A continuación, en figuras 14 y 15, soporte de lo descrito:

Figura 14

Extracto RUC de la compañía TECNISEGUROS S. A.

		Certificado Registro Único de Contribuyentes	
Razón Social	TECNISEGUROS S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS	Número RUC	1790048772001

Tomado “Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2025”.

Figura 15

Extracto RUC de la compañía TECNISEGUROS S. A.

Actividades económicas

- K66220001 - ACTIVIDADES DE AGENTES Y CORREDORES DE SEGUROS (INTERMEDIARIOS DE SEGUROS) QUE VENDEN, NEGOCIAN U OFERTAN CONTRATOS DE ANUALIDADES Y PÓLIZAS DE SEGUROS Y REASEGUROS.

Nota. Tomado de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2025.

El autor del presente ensayo, su Esposa e Hijos, estuvieron afiliados desde el 2012 hasta julio del 2017 en la compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A. Y, desde agosto del 2017 hasta la actualidad, están afiliados en la compañía ASISKEN ASISTENCIA MÉDICA S. A.

Todos los años, todas las compañías de Asistencia Médica y de Medicina Prepagada, sin excepciones, realizan incrementos en sus tarifas. Estos incrementos son determinados por el área técnica interna de cada empresa, y deben ser debidamente presentados con su respectiva justificación, ante el ente de control, la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Los principales indicadores técnicos que se revisan y que afectan al usuario para el incremento anual en sus tarifas son:

- Siniestralidad por tipo de plan, algunas empresas manejan algunos productos, se segrega por producto;
- Siniestralidad de la empresa, el resultado general de la empresa;
- Inflación país, por incremento de costos de insumos médicos, por ejemplo: costo habitación, de materiales quirúrgicos, de la Unidad de Cuidados Intensivos o “UCI”, de equipos especiales, entre otros insumos;
- Inflación país, por incremento de costos por honorarios profesionales según categoría del médico, por su nivel de experiencia, por tipo de rama o especialidad, por su nivel dentro del plan contratado, por ejemplo: honorarios por consulta de médicos dentro de red o fuera de red, honorarios médicos por cirugías varias según diagnóstico, procedimiento o protocolo, por médico de cabecera, por ayudante y por anestesiólogo, entre otros;
- Edad actuarial de cada afiliado (a), algunas empresas lo realizan año a año conforme a la edad actuarial de cada afiliado. Otras empresas como la compañía SALUDSA S. A., lo realiza por rangos de edad o lustro.

Bajo estudios técnicos, estadísticamente estos indicadores son aplicados al cierre de cada año comercial. Sin embargo, aunque no es una práctica común, según situación de cada empresa, se pueden realizar alcances de ajustes trimestrales o semestrales, los mismos deben ser debidamente soportados y enviados a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para su revisión y aprobación técnica.

Estadísticamente los incrementos anuales, según empresa, fluctúan entre un 3% y hasta un 15% en promedio. Sin embargo, cuando los resultados técnicos han sido muy negativos, en algunas empresas se han presentado incrementos que oscilan entre un 22% y hasta un 35%, inclusive.

Otras razones indirectas de incremento son cuando se presentan cancelaciones de un tipo de plan o producto específico dentro de una empresa, o por cambios del plan “X” al plan “Y” de manera progresiva en el tiempo o masiva, o por fallecimiento de los afiliados ya que disminuye el ingreso en primas. Esto genera que la rentabilidad de la compañía o del producto disminuya, y la siniestralidad general afecte a los usuarios que deciden mantener activo su servicio con “X” producto.

Lo anterior afecta las finanzas de los clientes y ha provocado que muchos busquen alternativas varias para contrarrestar esta situación, como, por ejemplo:

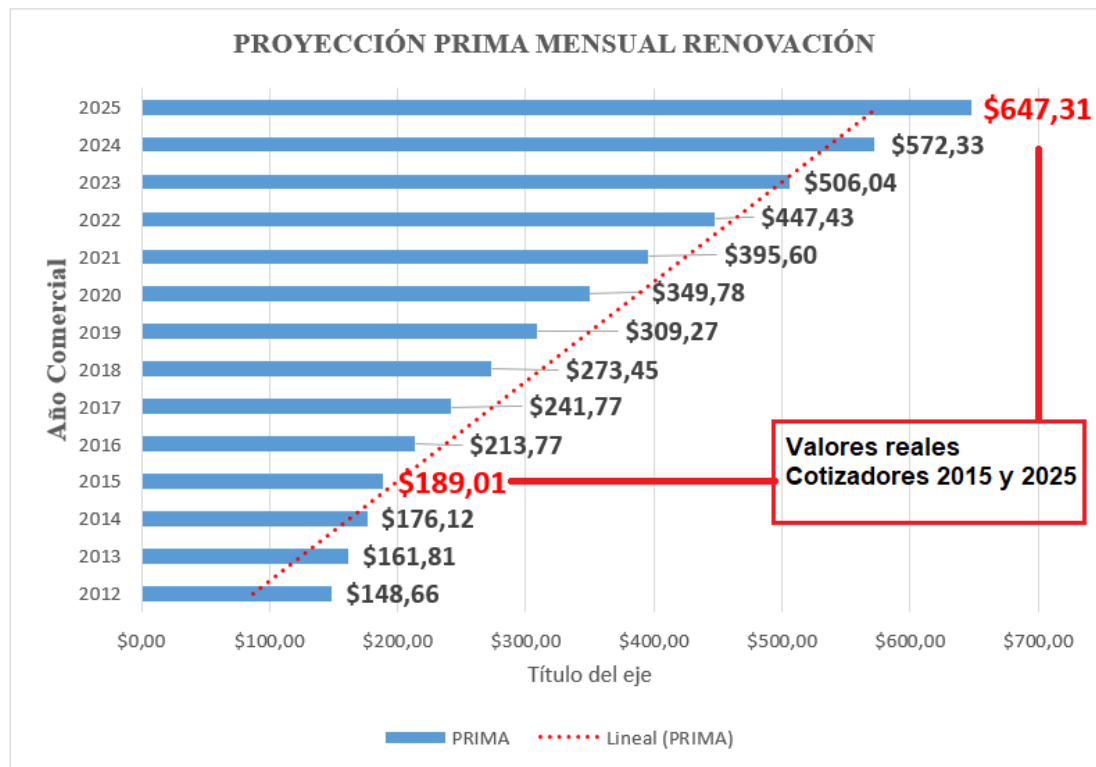
- Cambiar de producto o plan dentro de la misma empresa (*Downgrade*), aunque todas las empresas sí lo permiten ya que la ley lo faculta, no siempre en todas las empresas es lo recomendable, ya que dependerá de la política comercial que maneja internamente cada empresa para este tipo de necesidad o escenario ante el cliente, especialmente sobre las políticas de cambio en cuanto a la cobertura para las enfermedades sobrevinientes dentro del contrato - enfermedades adquiridas en vigencia en curso y cubiertas por la empresa hasta el tope del contrato -, y, por el histórico de enfermedades preexistentes informadas previa contratación;
- Cambiar de compañía de seguros, no siempre será lo más recomendable para el cliente ya que por la ley de preexistencias, se puede ver afectado ante un cambio, especialmente si tiene enfermedades reportadas, más si son enfermedades de alto riesgo y con alto valor para su tratamiento;
- Cancelar su contrato de seguros, que, bajo experiencia profesional del autor, es una de las últimas alternativas que normalmente el cliente escoge;

- En muchas ocasiones, como medida comercial de retención, se busca negociar con las compañías otras alternativas de pago para que el cliente obtenga descuentos, mismos que pueden oscilar entre un -5% por pago anual con tarjeta de crédito y hasta un -10% por pago anual de contado, ambas de manera anticipada, según empresa, tipo de plan y su política comercial;

A continuación, se ilustra en la figura 16, un ejemplo de proyección de incremento anual desde el año 2012 hasta el año 2025, para un cliente y su grupo Familiar, total, 3 personas. El incremento anual aproximado calculado es del 13%. Para ilustración, como puntos de partida referenciales, se tomó valores de cotizaciones reales de los años comerciales 2015 y 2025. Y, para completar la información de otros años, su autor realizó cálculo para estimación y proyección.

Figura 16

Proyección de Prima anual grupo Familiar de 3 personas.



Nota. Adaptado de cotizadores de la compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., años comerciales 2015 y 2025. Para completar la información de otros años, el autor realizó cálculo para estimación y proyección.

De acuerdo al portafolio de productos que posee el autor, a continuación, se ilustra en figuras 17 y 18, un resumen comparativo de cotizaciones, año comercial

2025, para un cliente y su grupo Familiar, total, 4 personas, con las compañías: BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., ASISKEN S. A., SALUDSA S. A. y BUPA ECUADOR S. A. No se ha considerado en el comparativo a la compañía BMI DEL ECUADOR S. A. por ser un seguro internacional con otras coberturas, beneficios y costos.

Figura 17

Resumen comparativo costos y coberturas básicas.

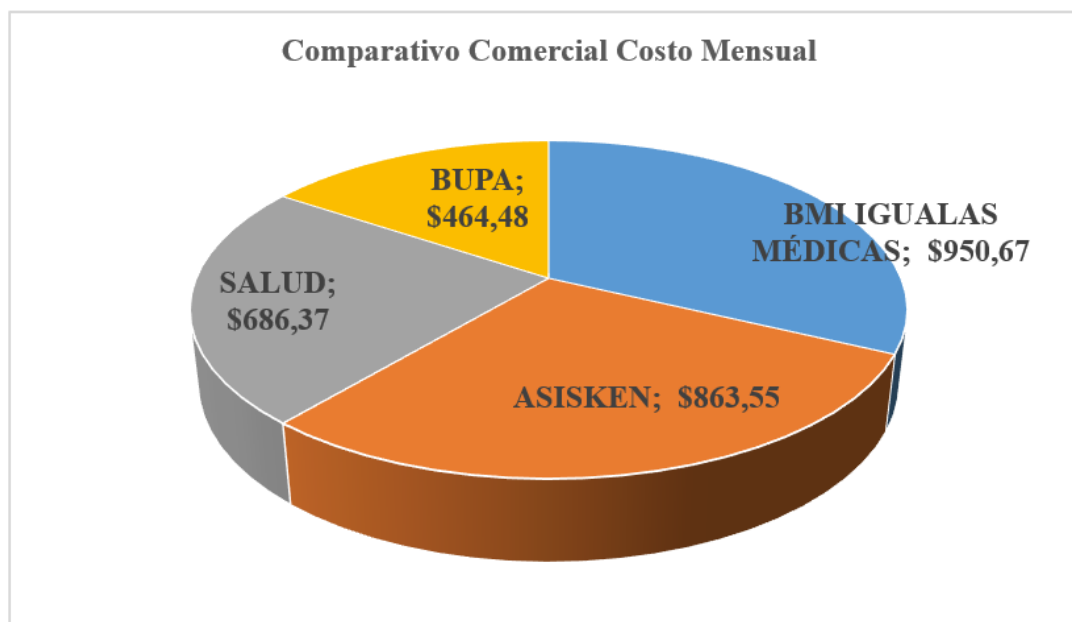
COMPAÑÍA	PLAN	COBERTURA			DEDUCIBLE
		ECUADOR	EXTERIOR	MONTO	
BMI IGUALAS MÉDICAS	SIGMA	NACIONAL	COLOMBIA	150.000	250
ASISKEN	CURAE SUMMA	NACIONAL	COLOMBIA	100.000	120
SALUD	PRO 150K	NACIONAL	LATAM	150.000	150
BUPA	SUPREMA	NACIONAL	N/A	125.000	100

COMPAÑÍA	COPAGOS SEGÚN RED		COSTOS	
	HOSPITALARIO	AMBULATORIO	MENSUAL	ANUAL
BMI IGUALAS MÉDICAS	80% / 90%	80% / 90%	\$ 950,67	\$11.408,04
ASISKEN	80% / 100%	80%	\$ 863,55	\$10.362,60
SALUD	80% / 100%	80% / 90%	\$ 686,37	\$ 8.236,44
BUPA	90%	80% / 90%	\$ 464,48	\$ 5.573,76

Nota. Adaptado de cotizadores de compañías BMI IGUALAS, ASISKEN, SALUD y BUPA, año comercial 2025. Familia 4 personas, edades: 49, 47, 23 y 17 años.

Figura 18

Resumen comparativo costos.



Nota. Adaptado de cotizadores de compañías BMI IGUALAS, ASISKEN, SALUD y BUPA, año comercial 2025. Familia 4 personas, edades: 49, 47, 23 y 17 años.

A pesar de los incrementos anuales, según boletín de la revista Latino Insurance (2025), destaca en su titular: “Mercado de Medicina Prepagada subió 4,1%

a marzo del 2025”, calculado sobre “Primas Emitidas”, de los cuales el “59%” pertenece al segmento de “contratos individuales” o de personas. La comparación la realizan versus el mes de marzo del 2024. Las compañías SALUDSA S. A. y BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., continúan liderando el mercado.

Paralelamente, es trascendental revisar la Ley de preexistencias. A continuación, en figura 19, se anexa un extracto de una cotización real de una compañía de medicina prepagada en el Ecuador, BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., extracto comercial data: 09-noviembre-2015, cobertura para “Condiciones Preexistentes Declaradas”. Se visualiza su monto de cobertura y condiciones particulares para este ítem, las cuales eran determinadas por la compañía y prevalecían antes de la nueva Ley:

Figura 19

Extracto comercial cotización BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.

CONDICIONES PREEXISTENTES	
Condiciones preexistentes no declaradas carecen de cobertura	Carecen de cobertura
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS, POR PERSONA POR AÑO CONTRATO	
Período de carencia (espera) para cobertura de preexistencias declaradas	1 año
Cobertura a partir del 2do. año	USD 2,000
COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES DE ACUERDO A LA LEY ORGANICA DE DISCAPACIDADES Y SU REGLAMENTO	
Condiciones Pre-existentes para personas con discapacidad debidamente calificadas de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades y su Reglamento y disposiciones legales, relacionadas a su discapacidad, por persona por año contrato.	20 Salarios básicos unificados
Periodo de espera para cobertura de condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad	90 días

Nota. Tomado “BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., 2015”. Extracto comercial. Cotizador de Excel.

De igual manera, a continuación, en figura 20, extracto de una cotización real perteneciente a la misma empresa, BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., extracto comercial data: 24-septiembre-2025, respecto a la cobertura para “Condiciones Preexistentes Declaradas”. Se visualiza su monto de cobertura y condiciones particulares para este ítem, las cuales son determinadas por la nueva Ley y son las que legalmente prevalecen a la fecha:

Figura 20

Extracto comercial cotización BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.

CONDICIONES PREEXISTENTES			
Límite Máximo por Año Contrato para todas las Condiciones Preexistentes declaradas, por Titular y/o Dependiente	80/20 %	20 SBU	24 Meses

Nota. Tomado “BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A., 2025”. Extracto comercial del cotizador Web interno. Por sigilo informativo se omite URL.

A continuación, en figura 21, se ilustra resumen de ficha documental:

Figura 21

Ficha Registro Documental.

FICHA REGISTRO DOCUMENTAL			
Tipo de Documento	Título del Documento	Año	Resumen del Documento
Código de Comercio, Normativa	CODIGO DE COMERCIO LIBRO SEXTO EL CONTRATO DE SEGURO	Registro Oficial N° 497 - Suplemento, data 29-mayo-2019	Nueva Ley de Seguros: El Contrato, Disposiciones Generales, Capítulos I, II y III, y sus Secciones
Normativa (Ley N° 8)	LEY QUE REGULA LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA	Registro Oficial N° 12, data 26-agosto-1998	Primera Ley bajo Normativa que Regula a las empresas de salud y medicina prepagada
Ley Orgánica	LEY ORGÁNICA QUE REGULA A LAS COMPANÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA	Registro Oficial N° 863, data 17-octubre-2016	Nueva Ley que Regula a las empresas de salud y medicina prepagada
Ley suprema del Ecuador	CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008	Registro Oficial N° 449, data 20-octubre-2008	Carta Magna vigente y las leyes que nos norman como Estado
Certificado Único de Contribuyentes	RUC empresa TECNISEGUROS S. A.	5-feb-25	Última fecha de actualización del documento
Cotización	Cotización compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.	Año comercial 2015, data 9-noviembre-2015	Plan SIGMA: Resumen de coberturas, beneficios y precios.
Cotización	Cotización compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.	Año comercial 2025, data 9-septiembre-2025	Plan SIGMA: Resumen de coberturas, beneficios y precios.
Cotización	Cotización compañía BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.	Año comercial 2025, data 4-noviembre-2025	Plan SIGMA: Resumen de coberturas, beneficios y precios.
Cotización	Cotización compañía SALUDSA S. A.	Año comercial 2025, data 4-noviembre-2025	Plan PRO 150k: Resumen de coberturas, beneficios y precios.
Cotización	Cotización compañía BUPA ECUADOR S. A.	Año comercial 2025, data 4-noviembre-2025	Plan SUPREM@ COMPLETA: Resumen de coberturas, beneficios y precios.
Cotización	Cotización compañía ASISKEN S. A.	Año comercial 2025, data 4-noviembre-2025	Plan CURAE SUMMA: Resumen de coberturas, beneficios y precios.

Nota. Adaptado de: “Instituto de Prácticas Bancarias y Financieras, 2020”, “Ministerio de Salud Pública, 1998”, “Asamblea Nacional, 2016”, “Registro Oficial, 2008”, “Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2025”, “BMI Igualas Médicas del Ecuador S. A., 2015 y 2025”, “SALUDSA S. A., 2025”, “BUPA ECUADOR S. A., 2025”, y, “ASISKEN S. A., 2025”.

Algunos parámetros que se debe monitorear constantemente por parte de las empresas privadas que ofrecen servicios de salud, y que, los entes reguladores también deben auditar a fin de proteger y garantizar un servicio integral de salud a sus usuarios conforme lo establece la Constitución, serían:

- Para el *front* de servicios canales personalizado y telefónico, parámetros de: Nivel de Servicio, Efectividad, Calidad de Atención por medio de encuestas de satisfacción. Un ejemplo referencial, lo implementado por el Gobierno aproximadamente desde el año 2006, con las empresas de telefonía celular;
- Revisión técnica de primas anuales;
- Implementación o mejoramiento de tecnología (información o desarrollos vía web, desarrollo de aplicaciones, etc.);
- Creación de nuevos productos;

- Otorgar beneficios en función de coberturas para preexistencias declaradas;
- Cobertura psicológica no es completa, se debe trabajar sobre diagnósticos para la prevención de agravamiento de un cuadro futuro;
- Un listado de enfermedades básicas que no son de fácil recordación del afiliado y que deberían tener un tiempo de antigüedad permitida como salvoconducto legal; o, si llega a saltar alguna observación legal, se permita su cobertura con base a la nueva Ley;
- Auditorías efectivas y control sobre las compañías proveedoras que prestan servicios de atención primaria, como lo son: Veris, Mediglobal, Medilink, Interlab, etc. En este punto, se ha detectado muchos casos de clientes afectados por los médicos tratantes de algunos centros ambulatorios y hasta en médicos particulares, ya que, cometen el grave error de, al transcribir en los sistemas internos los síntomas varios informados por el paciente / usuario, determinan “diagnósticos presuntivos” que, aunque permiten ordenar un examen de laboratorio o de imagen, o recetar medicinas hacia el paciente / usuario, con la finalidad de que el seguro les cubra, no visualizan el riesgo legal y daño que pueden hacer, más aún, al no cerrar el círculo de servicio de atención de salud primaria de manera eficiente para garantizar la salud al paciente / usuario. Muchos médicos, teniendo los resultados de exámenes en mano, no determinan, editan o corrigen en sus sistemas, el diagnóstico final y real, y dejan transcrito en los sistemas y en los formularios de reembolsos, el “diagnóstico presuntivo” inicial, es decir, - diagnósticos errados -, afectando la historia clínica del paciente / usuario, y en algún momento futuro de necesidad de cambio de plan o compañía, salen a la luz preexistencias varias mal diagnosticadas. También, las empresas de laboratorio que confunden exámenes de pacientes o elaboran resultados equívocos. ¿Se imaginan el daño integral al paciente / usuario? El autor del presente ensayo vivenció como a su hija le cambiaron los resultados de unos exámenes de laboratorio que pertenecían a una persona mayor; prácticamente a su hija le estaban diagnosticando diabetes infantil, atentando contra su vida;

- Tener un centro de monitoreo para auditoría y control en línea sobre los proveedores de servicios directos e indirectos, como: clínicas, hospitales, centros ambulatorios, para garantizar servicio y de sobremanera, asepsia. Control bajo acceso de cámaras de videos y micrófonos, para auditar servicio.

Sobre los últimos dos puntos que anteceden, por experiencia del autor y enseñanzas universitarias como emprendedores, nace una idea de un proyecto de auditoría, ya que un esquema similar de auditoría fue implementado para todo el *front* de servicios al cliente de una empresa multinacional líder en el mercado de telefonía celular. Basado también, en otra mala experiencia personal del autor entre los meses de julio, agosto y septiembre del 2010, quien directamente experimentó como en un prestigioso hospital privado de la ciudad de Guayaquil, se manipulaban indebidamente las medicinas que se suministraban a los pacientes, todo, sin la debida asepsia, uno de estos pacientes era su padre, quien estuvo hospitalizado por un problema de salud hasta su fallecimiento. Por tal motivo, preocupado de la situación, realizó el envío de un correo a la columna “Cartas al director”, del diario El Universo, para comunicar lo acontecido (Mori Vera, 2011). Estimados lectores, solo visualicen: enfermeras con supuestos “guantes esterilizados”, mismos que, también los usan arrastrando un carro de medicamentos por doquier, abriendo puertas varias de habitaciones de pacientes hospitalizados por enfermedades diversas, entre otros detalles asepticos.

Cierto es que, si se compara la antigua Norma versus la nueva Ley, esta última sí protege a los usuarios. Sin embargo, desde un punto de vista legal y financiero por gastos hacia el Estado, y a juicio profesional del autor, en lo comercial y servicio, la Ley presenta normativas que pueden interpretarse como vacíos legales o técnicos que deberían ser revisados, debatidos y corregidos, implementando una modificación a priori pro mejora de los usuarios (clientes / afiliados).

La experiencia de vida del autor como usuario de este tipo de producto, más la experiencia profesional como asesor comercial técnico en seguros y el estudio de las leyes que lo rigen, el mercado con sus compañías, sus demandas, sus tipos de productos y sus servicios, y, sumando su formación profesional dentro de la carrera de Administración de Ventas, le han facultado para diseñar métodos comerciales que generen sinergia, confianza y sobre todo, credibilidad, con cada uno de los usuarios prospectos / clientes interesados en un contrato de seguros de medicina prepagada.

A continuación, en figura 22, resumen comparativo con algunas consideraciones legales entre la Normativa de Ley anterior versus la nueva Ley, mismas que, los clientes han consultado con mayor énfasis al autor o que, de manera obligatoria, se debe informar con alta prioridad en el campo comercial:

Figura 22

Comparativo Normativa 1998 versus nueva Ley 2016.

Descripción Cobertura / Beneficio	Período Ley	
	Norma 26-agosto-1998	Nueva Ley 17-octubre-2016
Continuidad de cobertura para Dependientes contractuales en caso de fallecimiento del Titular del contrato	1 año a partir de la fecha de deceso, sin tener que pagar cuota alguna.	1 año a partir de la fecha de deceso, sin tener que pagar cuota alguna.
Reclamos Administrativos	Dirección Provincial de Salud.	Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Según caso también interviene Autoridad Sanitaria.
Afiliación por edad actuarial de Afiliados	Limitado entre 60 a 65 años de edad y según política comercial de la compañía.	Edad ilimitada
Afiliación por estado de salud de Afiliados	Limitado a evaluación médica de la compañía o según tipo de enfermedad preexistente y política comercial de la compañía.	Sin limitación legal
Cobertura para enfermedades preexistentes Declaradas	Si aplica	Si aplica
Monto de cobertura para enfermedades preexistentes Declaradas	Limitado según empresa y plan contratado	Hasta 20 Salarios Básicos Unificados (SBU)
Tiempo de carencia para cobertura de enfermedades preexistentes Declaradas	Cobertura a partir del 2do o 3er año de contrato.	Cobertura después de 24 meses
Tiempo de carencia para cobertura de beneficio de Maternidad	1 año	60 días
Beneficios bajo modalidad Tarifa Cero	No Aplica	Sí, obligatorio, para prevención primaria determinadas por Autoridad Sanitaria.
Terminación anticipada del contrato	Después del 1er año o mientras esté cubriendo una contingencia de salud, a menos que exista en ambos casos incumplimiento por parte del usuario de las obligaciones contractuales.	Adeudos tres meses consecutivos, actos de mala fe, incumplir obligaciones contractuales.

Nota. Adaptado “Ministerio de Salud Pública, 1998”; “Asamblea Nacional, 2016”.

Conforme lo establece la nueva Ley, se amplía a continuación, causales por las cuales las compañías de seguros pueden cancelar de manera unilateral los contratos de seguros a los clientes, se puede citar:

1. Incumplimientos en el pago mensual de prima / cuotas, más de 90 días impagos (tres meses);
2. Por actos de mala fe por parte del afiliado, como, por ejemplo, por declaraciones falsas u omisiones de información, especialmente en caso de preexistencias no declaradas. Aunque en este punto muchas empresas

no procesan la cancelación, si proceden a comunicar al cliente que el diagnóstico preexistente, carece de cobertura permanente por omisión de información;

3. Por incumplimiento contractual de sus obligaciones.

Por otra parte, existen causales por las cuales los clientes deciden cancelar sus contratos de seguros, podemos citar:

1. Por morosidad o incumplimiento en el pago mensual de su prima o cuota, más de 90 días impagos;
2. Porque la compañía de seguros no le dio cobertura en algún diagnóstico, debido a que el afiliado olvidó u omitió dicha información. Muchos clientes se frustran y deciden cancelar;
3. Otras causas por fraude o intento de fraude, por simular enfermedades y buscar un beneficio económico o lucro;
4. Por presupuesto debido a: Cesantía, inversión en otro tipo de necesidad como compra de casa, carro, o por lujo como viajes, etc.;
5. Por decisión voluntaria de parte del afiliado;
6. Por cambio de Residencial a otro país. En esta causa el contrato así lo establece;
7. Por liquidación forzosa de la compañía de seguros.

Por lo todo lo que antecede, se detalla a continuación observaciones técnicas y legales que permitan contribuir al mejoramiento de la Red de Salud:

■ Con la anterior Normativa, según política comercial de cada empresa, las compañías definían un periodo de carencia o tiempo de espera mínimo de 12 meses para la atención de enfermedades preexistentes declaradas. Al contrario, la Ley vigente establece que el tiempo de carencia mínimo será de 24 meses. Esto, se puede considerar como un decremento o error técnico que afecta al usuario respecto al tiempo, y a pesar de que el nuevo monto establecido sea mayor; ¿por qué?, porque con la nueva Ley, muchos clientes lo ven como un gasto adicional que van a tener que asumir debido a que, adicional al valor de su prima mensual, en caso de necesitar atención para cualquier preexistencia reportada, también deben asumir ese gasto por los dos primeros años de su contrato. Si sumamos ese gasto al valor mensual de prima, más el incremento anual que sufre en su contrato de seguros, su gasto será mucho mayor. Sin embargo, bajo política comercial de cada empresa, algunas compañías dan como beneficio o valor agregado a sus clientes, un valor de cobertura

anticipada para las preexistencias declaradas a partir del mes 13 de su contrato. Su valor otorgado varía según plan. Se debería reformular la Ley para que dentro de los estudios técnicos se considere obligatoriamente un tiempo de carencia entre 90 días o de 12 meses, para aquellos usuarios que provienen de un seguro privado, sea individual o corporativo, con anticipo de cobertura garantizada mínimo del 50% calculado sobre los 20 salarios básicos unificados que establece la Ley, a manera de compensación por “lealtad de tipo de consumo”;

▣ Como elemento ampliatorio al punto anterior, la nueva Ley instaura que el monto mínimo de cobertura para enfermedades preexistentes declaradas para los planes de salud de medicina prepagada y seguros médicos, será de 20 salarios básicos unificados o “SBU”, es decir, un total \$9.500,00 con el SBU 2025. Antes de esta nueva normativa, según política comercial de cada empresa, las compañías podían definir el monto a cubrir, cuyos rangos de cobertura oscilaban en promedio entre \$500 y hasta \$3.000, según empresa y tipo de plan, y tipo de enfermedad preexistente. Pero, financieramente, se puede catalogar como un error técnico que, la cobertura aprobada, es para todas las enfermedades preexistentes, es decir, si el asegurado reporta veinte (20) enfermedades preexistentes, la cobertura citada será para las 20 enfermedades. ¿Qué pasa en un Cliente que tenga por ejemplo cáncer, diabetes, hipertensión y más enfermedades al mismo tiempo?, o, ¿una enfermedad catastrófica que abarque una gran suma de dinero para su tratamiento?, simple, el monto establecido se desvanece por su costoso tratamiento.

▣ En caso de que por precio el afiliado solicite un cambio de plan o de producto dentro de una misma empresa bajo criterio “*Downgrade*”, se debe hacer mandatorio dentro de la nueva Ley de que las empresas de seguros lo permitan, pero sin ningún contratiempo para el cliente, y la carencia o tiempo de espera sea eliminada a favor del Cliente. Algunas empresas como ASISKEN S. A. y SALUDSA S. A., bajo política comercial al momento sí lo permiten; otras también, pero según tipo de plan al cual se cambian; otras, simplemente no lo permiten.

▣ En caso de que por precio el afiliado requiera un cambio de compañía, desde la empresa “A” a la empresa “B”, se debe hacer mandatorio dentro de la nueva Ley de que las empresas de seguros lo permitan sin ningún contratiempo para el cliente, pero, primero, garantizando que si el monto de cobertura del nuevo plan contratado en la compañía “B” es mayor al que poseía en la compañía “A”, para sus preexistencias declaradas y sobrevivientes de su anterior plan, la cobertura sea como

mínimo igual al monto de cobertura que gozaba o tenía contratado en su plan y compañía anterior, y la carencia o tiempo de espera sea eliminada a favor del Cliente.

▣ Antes de la nueva Ley, las empresas realizaban auditorías de toda la información detallada por los usuarios, especialmente sobre las respuestas detalladas en el formulario de preguntas sobre antecedentes médicos. Incluso, después que ingresó la nueva Ley, algunas empresas igual hacían una auditoría. Pero esto se abolió por completo en todas las empresas y a la fecha solo se basan en la Buena Fe del cliente, lo cual está bien, pero también, no todos los usuarios pueden conocer o recordar su historia clínica, pueden olvidar un antecedente médico que probablemente para ellos no es importante desde su punto de vista.

▣ En el mercado de seguros, lamentablemente, también existen “malos vendedores”, quienes por cerrar ventas realizan una mala *praxis*, ocasionando un perjuicio al mercado de seguros, a compañías y a los usuarios / clientes finales. Mienten al cliente, hacen fraude, entre otras malas acciones, especialmente desinforman al cliente sobre la Ley de preexistencias y sus condicionamientos: técnico / legal. Aunque existen leyes que norman la mala *praxis* y empresas que tienen una lista “negra” de malos vendedores, esta mala práctica no es socializada de manera correcta hacia el mercado. Por tal motivo es imprescindible que exista una norma clara que busque blindar al mercado de este tipo de personas mal intencionadas.

▣ Según la Carta Magna (Registro Oficial, 2008), Artículo No. 11, numeral 2, refiere: “*Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades... (...) ... nadie podrá ser discriminado por razones de... (...) ...pasado judicial... (...) ...*”. Pero esta norma Constitucional se puede contraponer a la Reglamentación que la Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFFE) busca implementar y exigir a los Agentes de Seguros, respecto a la prevención y detección del lavado de activos y financiamiento de delitos.

También, según Carlos Villacreses y Martín Urbano (2025), hay un vacío legal en la nueva Ley que aparentemente se lo puede catalogar como “inconstitucional e incompatible con los derechos constitucionales de salud, libertad de asociación y libertad de empresa” (p. 22). Existen usuarios que tienen relación laboral dependiente, quienes obligatoriamente deben estar afiliados y hacen sus aportaciones al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por medio del cual, reciben atención de salud bajo Red Pública de Salud; y, muchos de estos usuarios,

por voluntad propia, paralelamente tienen contratado un servicio de salud o medicina prepagada con alguna empresa privada. Pero, la nueva Ley, obliga a las empresas privadas de salud a reembolsar al Sistema de Salud Público, cualquier valor por atenciones hospitalarias y ambulatorias asumidas, de cualquier tipo, por la Red Pública; es decir que, en estos casos, según Disposición General Quinta de la Ley, “el usuario estaría financiando a la Red Pública Integral de Salud por dos vías distintas” (p. 26). Fundamentan que las dos vías “no solo contraviene la norma Constitucional que obliga al Estado a ser el garante del derecho fundamental a la salud, sino que perjudica al contratante” (p. 26).

Incluso, el autor del presente ensayo ha tenido malas experiencias con usuarios afiliados paralelamente en ambas redes Pública y Privada, ya que, al tramitar atenciones con alguna especialidad vía Red Pública, prácticamente, han obligado indirectamente a que usuario cancele su contrato privado, caso contrario no son derivados o atendidos, más cuando se trata de especialidades médicas. Lo anterior, a pesar de que el usuario está pagando un aporte mensual para ser atendido en el sistema de Salud Pública. Por tal motivo, se cumplen las dos vías de financiamiento a la Red Pública Integral de Salud por parte del usuario citadas por Villacreses y Urbano (2025): 1) “a través de sus aportaciones regulares al Seguro Universal Obligatorio”; 2) “a través del pago de la prima realizado al Seguro privado de asistencia médica” (p. 26); todo, “mientras el cupo del monto contratado en la póliza disminuye a la par que se ejercen tanto derechos contractuales como constitucionales” (p. 26).

Conclusiones

Al inicio del presente ensayo se propuso resumir el antes y después de la Ley que Regula a las compañías que ofertan seguros de Salud y de Medicina Prepagada. Se ilustró al lector en que, el ensayo, se centra en la experiencia de su autor dentro del mercado de seguros en un periodo determinado, desde su enfoque y expertise comercial y de servicio, con especialidad en el seguro de personas o también conocidos como seguros individuales.

Dentro de su desarrollo también se contempló brevemente algo de historia, así como, varios aspectos legales y técnicos que impera en este mercado de seguros de salud con las normativas vigentes, con un análisis de mercado considerando a las principales empresas que lo dominan, más aportes en lo personal y profesional, 100% vivencial.

Los contratos de seguros, indistintamente de su ramo, se establecen bajo la norma y el principio fundamental de la Buena Fe de las partes involucradas. Por tal motivo, siempre es importante que todo usuario / cliente, declare sus preexistencias y brinde información fehaciente, veraz, a la compañía de seguros de manera directa o a través de su intermediario o agente de seguros, y cualquier información importante sobre su historia clínica conforme lo consultan las compañías privadas por medio de sus formularios de afiliación.

La Constitución de la República del Ecuador, establece claros lineamientos jurídicos para garantizar una salud integral a los ecuatorianos, pero desde su creación, año 2008, hasta la presente fecha, han transcurrido 17 años, y algunas normas en temas de salud denotan la necesidad de revisión y posible reforma, con alcance hacia las leyes vigentes que rigen en el Ministerio responsable de garantizarlo.

La Normativa de Ley de 1998 que Regulaba a los Seguros de Salud y Medicina Prepagada, no salvaguardaba de manera eficiente al usuario final.

La nueva Ley, vigente desde el 2016, sí brinda una mejor protección al usuario. Sus normativas obligan a las compañías a comunicar de manera clara las generalidades de los contratos, particularidades, beneficios, tarifas bajo beneficio “tarifa cero” que son mandatorias, entre otros beneficios. Garantiza un mejor servicio e impide la discriminación en varias causales que antes eran determinadas e impuestas unilateralmente solo por las empresas privadas.

Las leyes vigentes que rigen el mercado de seguros de Asistencia Médica y de Medicina Prepagada, de igual manera, desde su creación, año 2016, hasta la presente fecha, han transcurrido 9 años, y algunas normas denotan necesidad de revisión y posible reforma legal. Abarcar normas por mala *praxis*, implementación de mejoras en auditorías de gestión, especialmente hacia los proveedores de servicios.

En la Carta Magna, Artículo No. 11, numeral 2, refiere: “*Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades... (...) ... nadie podrá ser discriminado por razones de... (...) ...pasado judicial... (...) ...*”. Pero esta norma Constitucional se contrapone a la Reglamentación que la Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE) busca implementar y exigir a los Agentes de Seguros, respecto a la prevención y detección del lavado de activos y financiamiento de delitos. Por lo que, se genera una gran interrogante, y queda una posible ambigüedad legal abierta a discutir y reformar. ¿Cómo se previene si la Constitución no nos protege?

Debe existir una mejor auditoría de control de parte de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, sobre las compañías privadas a fin de garantizar un incremento de precio justo hacia el usuario final.

Se debe hacer un nuevo estudio técnico para que sea propuesto hacia la Asamblea Nacional que permita viabilizar los ajustes de los montos de cobertura para las enfermedades preexistentes declaradas, más cuando se trate de usuarios activos dentro de la red de salud privada, por ejemplo, con más de 3 años ininterrumpidos.

De igual manera, con estadísticas actualizadas, se estudie y se proponga una reforma a la Ley vigente para que, se determine un listado básico de enfermedades de mínimo riesgo en salud e impacto financiero para las empresas privadas para que, en caso de omisión por parte del usuario en el momento de su afiliación a una empresa privada, goce de cobertura, ejemplo: un resfriado común.

Reformar la Ley para obligar a las empresas privadas que implementen dentro de sus procesos y controles, auditorías de control sobre los antecedentes médicos de sus afiliados con la finalidad de precautar su integridad y servicio.

Urge una revisión integral de normativas sobre los controles y medidas de sanciones y suspensión de credenciales ante cualquier Persona Natural o Jurídica, compañía de seguros y Agencia o Agente de Seguros que, ocasione perjuicio al usuario por mala *praxis*.

El Estado debe crear una Institución responsable de monitorear en línea bajo modalidad *ON / OFF LINE*, a todas los centros médicos y hospitales del país, tanto públicos como privados, a fin de garantizar una salud de calidad, especialmente en temas de asepsia, así también, este proyecto pueda tener alcance sobre negocios y cadenas de comida rápida o restaurantes, entre otros frentes de control sanitario.

Referencias

- Asamblea Nacional. (17 de Octubre de 2016). Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de <https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/77-ley-seguros/RO-medicina-prepagada-ro-863-s-17-10-2016.pdf>
- ASISKEN S. A. (4 de Noviembre de 2025). *Cotizador Web Interno*.
- BMI del Ecuador S. A. (17 de Noviembre de 2025). Obtenido de www.bmicos.com/ecuador/#
- BMI Iguales Médicas del Ecuador S. A. (24 de Septiembre de 2025). *Cotizador Web Interno*.
- BMI Iguales Médicas del Ecuador S. A. (9 de Noviembre de 2015). Cotizador 2015. *Cotización plan Sigma*. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- BUPA ECUADOR S. A. (4 de Noviembre de 2025). *Cotizador Web Interno*.
- Carlos Villacreses y Martín Urbano. (Noviembre de 2025). Obtenido de <https://revistas.uazuay.edu.ec/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frevistas.uazuay.edu.ec%2Findex.php%2Fudalawreview%2Farticle%2Fdownload%2F398%2F610%2F943>
- EMIS, Generali Ecuador. (2001). Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de [https://www.emis.com/php/company-profile/EC/Generali_Ecuador_SA_es_1219238.html#:~:text=Generali%20Ecuador%20S.A.%20\(Ecuador\)&text=Generali%20Ecuador%20Compa%C3%B1a%20de%20Seguros,proteger%20personas%2C%20patrimonios%20y%20bienes.&text=Guayaquil;%20](https://www.emis.com/php/company-profile/EC/Generali_Ecuador_SA_es_1219238.html#:~:text=Generali%20Ecuador%20S.A.%20(Ecuador)&text=Generali%20Ecuador%20Compa%C3%B1a%20de%20Seguros,proteger%20personas%2C%20patrimonios%20y%20bienes.&text=Guayaquil;%20)
- Forbes Ecuador. (12 de Junio de 2025). Recuperado el 8 de Noviembre de 2025, de <https://www.forbes.com.ec/rankings/las-10-empresas-medicina-prepagada-mas-ingresos-n73787>
- Instituto de Prácticas Bancarias y Financieras. (17 de Octubre de 2020). *IPBF*. Obtenido de <https://www.ipbf.edu.ec/>
- Latino Insurance. (2 de Mayo de 2025). Recuperado el 9 de Noviembre de 2025, de <https://boletines.latinoinurance.com/mercado-de-medicina-prepagada-subio-4-1-a-marzo-2025>

Linkedin, Generali Ecuador. (1941). Recuperado el 12 de Noviembre de 2025, de <https://www.linkedin.com/company/generaliec/?originalSubdomain=ec>

Ministerio de Salud Pública. (26 de Agosto de 1998). Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-que-Regula-las-Empresas-Privadas-de-Salud-y-Medicina-Prepagada.pdf>

Mori Vera, W. P. (13 de Febrero de 2011). *El Universo*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2025, de Cartas al director: <https://www.eluniverso.com/2011/02/13/1/1366/manipulacion-medicinas.html/>

Pan-American Life de Ecuador S. A. (Octubre de 1956). *PALIG*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de [https://palig.com/es/ec/nuestra-compa% c3% b1% c3% ada](https://palig.com/es/ec/nuestra-compa%c3%b1%c3%ada)

Registro Oficial. (20 de Octubre de 2008). Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJjYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiMDZmMTE3NmQtMGMxNC00OTNmLWFhZGYtMjQ0ZmQ0OWQ1OTVmLnBkZiJ9

SALUDSA S. A. (4 de Noviembre de 2025). *Cotizador Web Interno*.

Seguros La Unión. (21 de Abril de 1943). Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de <https://segurosunion.com/dashboard/nosotros/>

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (17 de Noviembre de 2025). Obtenido de <https://appscvsgen.supercias.gob.ec/consultaCompanias/societario/informacionCompanias.jsf>

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (17 de Noviembre de 2025). *Portal de Información*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2025, de Compañías Medicina Prepagada: https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/portaldeinformacion/cias_medicina_prepagada.zul

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (2012). Recuperado el 8 de Noviembre de 2025, de <https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/ranking/reporte.html>

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (2020). Recuperado el 8 de
Noviembre de 2025, de

<https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/ranking/reporte.html>

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (2024). Recuperado el 8 de
Noviembre de 2025, de

<https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/ranking/reporte.html>

Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (Noviembre de 2025).

Societario. Obtenido de Información Compañías:

<https://appscvsgen.supercias.gob.ec/consultaCompanias/societario/busquedaCompanias.jsf>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mori Vera, Walter Pablo**, con C.C: # **0914138425** autor/a del **componente práctico del examen complejo: Análisis de mercado de la ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica en Ecuador**, previo a la obtención del título de **Ingeniero en Administración De Ventas** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de febrero de 2026

f. _____

Nombre: **Mori Vera, Walter Pablo**

C.C: **0914138425**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de mercado de la ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica en Ecuador .		
AUTOR(ES)	Mori Vera, Walter Pablo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Coello Cazar, David		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Economía y Empresa		
CARRERA:	Administración de Ventas		
TÍTULO OBTENIDO:	Ingeniero en Administración de Ventas		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23 de febrero de 2026	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Mercado de seguros		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Analizar, Información, Comparación, Seguros, Ley de Seguros, Prepaga, Venta Seguros, Ley, Seguros Médicos, Medicina Prepaga, Asistencia Médica, Medicina Prepagada.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El presente ensayo tiene como principal objetivo hacer un resumen integral de la Ley que Regula la comercialización del ramo de Asistencia Médica, es decir, seguros de Salud y de Medicina Prepagada, plasmando un análisis de mercado conforme lo establece la Ley, sus cambios, con un antes y un después de la Ley, y su situación actual. Para tal fin, se ilustra al lector en que, el ensayo se centra en la experiencia de su autor dentro del mercado de seguros, desde el año 2012 hasta la actualidad, por tal motivo, toda la información que contiene, se fundamenta dentro del periodo citado. Sin embargo, para mayor comprensión de la situación legal y su normativa en su conjunto técnico, legal y comercial, se citarán fuentes e información adicional a través de una revisión documental que permiten determinar el contexto del problema y sus propuestas de mejora, ya que, se busca contribuir al cumplimiento de parámetros: comerciales, de servicio, de fidelización, y/o, de retención; es decir, robustecer y optimizar los procesos y expertise de todo canal de ventas y postventa, para velar y garantizar el cumplimiento del presupuesto comercial del canal, salvaguardar los ingresos de las empresas, y, de sobremanera, según faculte, contribuir al Estado con observaciones a la Ley para su estudio y análisis, para optimizar el presupuesto anual en materia de salud, y redireccionar los recursos que se puedan liberar, asignándolos hacia otras necesidades adicionales pero también primordiales en la salud.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-99488873	E-mail: pablo@mori.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Coello Cazar, David		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: david.coello@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			