



**OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO
OFICINA SUBREGIONAL DE OIT PARA LOS PAÍSES ANDINOS
Bolivia-Colombia-Ecuador-Perú-Venezuela**

**Con el apoyo del
Departamento de Seguridad Social / OIT Ginebra**

**Diagnóstico del sistema de seguridad social
del Ecuador**

Fabio Durán Valverde
Especialista en Seguridad Social, OIT

Junio de 2008

Presentación

La seguridad social, tal como se enuncia por la constitución de la Organización Internacional del Trabajo, es un instrumento fundamental para el progreso y el desarrollo de los pueblos. Su promoción y extensión se enmarca dentro de los objetivos estratégicos de la OIT.

La realización periódica de diagnósticos de los sistemas nacionales de seguridad social, constituye una tarea estratégica que nos permite cumplir con parte de nuestra misión de suministrar a las autoridades públicas y a las organizaciones de empleadores y de trabajadores, insumos que permitan conocer la situación y el desempeño general de dichos sistemas. Por lo tanto, son una guía para la formulación de políticas nacionales de seguridad social.

En este orden de ideas, el trabajo que aquí se presenta, tiene como objetivo analizar, entre otras cosas, la evolución reciente del sistema ecuatoriano de seguridad social, sus logros más recientes, los problemas vigentes y los retos más importantes.

Además de proveer un análisis del contexto social dentro del cual se desenvuelven las políticas de seguridad social en el Ecuador, se aborda el estudio y análisis de la estructura institucional y programática del sistema de protección social, la distribución de las principales funciones con énfasis en las instituciones de seguridad social, la administración y las características del esquema de gobierno y campo de aplicación, así como el desempeño en cuanto a la cobertura y financiamiento.

El presente estudio es el fruto del esfuerzo del equipo de trabajo en seguridad social de la Oficina Subregional de la OIT para los Países de la Región Andina, del Departamento de Seguridad Social de la OIT/Ginebra y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Para la OIT, representa una muestra de su interés por acatar la Resolución sobre Seguridad Social, de la 89ª Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT, junio de 2001. Consideramos que constituye un esfuerzo valioso y necesario en aras de contar con instrumentos que faciliten al Gobierno e interlocutores sociales cumplir con el mandato de garantizar la seguridad social como un Derecho Humano. A la Oficina Internacional del Trabajo, le permite ofrecer el apoyo y acompañamiento necesario para avanzar en ese sentido.

José Luis Daza Pérez
Director de la Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 2. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y LABORAL	4
2.1 DESARROLLO Y ECONOMÍA	4
2.2 POBREZA.....	6
2.3 DEMOGRAFÍA, SALUD Y EDUCACIÓN.....	8
2.4 DESEMPLEO Y SUBEMPLEO	11
CAPÍTULO 3. LA POLÍTICA SOCIAL Y EL GASTO SOCIAL EN EL ECUADOR	13
3.1 MARCO INSTITUCIONAL Y DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL ECUATORIANA	13
3.2 TENDENCIAS DEL GASTO PÚBLICO EN PROTECCIÓN SOCIAL Y GASTO SOCIAL.....	14
3.2.1 <i>Composición del gasto público y del gasto social</i>	15
3.2.2 <i>Distribución y financiamiento del gasto social</i>	17
CAPÍTULO 4. SISTEMA ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	21
4.1 MARCO CONSTITUCIONAL.....	21
4.2 CONVENIOS INTERNACIONALES DE OIT EN SEGURIDAD SOCIAL	22
4.3 INSTITUCIONES PARTICIPANTES	22
CAPÍTULO 5. EL IESS: COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN	24
5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	24
5.2 MARCO ORGÁNICO Y FUNCIONAL DEL IESS	25
5.3 SITUACIÓN DE LA COBERTURA	27
5.4 LA EVASIÓN DE CONTRIBUCIONES AL IESS.....	36
5.5 AFILIACIÓN, RECAUDACIÓN Y CONTROL CONTRIBUTIVO	39
5.5.1 <i>Marco jurídico para el control de la evasión</i>	39
5.5.2 <i>Gestión de la afiliación, la recaudación y el control contributivo</i>	40
5.6 GESTIÓN DE LAS INVERSIONES	44
5.7 DEUDA DEL ESTADO	49
5.8 EL SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR.....	51
5.8.1 <i>Administración</i>	51
5.8.2 <i>Prestaciones y requisitos</i>	52
5.8.3 <i>Logros y avances recientes en la gestión en salud</i>	54
5.8.4 <i>Financiamiento del Seguro</i>	57
5.8.5 <i>Evolución financiera reciente</i>	59
5.8.6 <i>Modelo de asignación de recursos en salud</i>	60
5.8.7 <i>Modelo de atención en salud: es necesaria una reforma</i>	62
5.8.8 <i>Gestión de servicios de salud: hallazgos y recomendaciones</i>	63
5.8.9 <i>Recursos humanos en salud</i>	67
5.8.10 <i>Elementos para la reforma de la seguridad social en salud: hacia un enfoque nacional</i>	71
5.9 EL SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO.....	73
5.9.1 <i>Administración</i>	73
5.9.2 <i>Resumen de antecedentes históricos</i>	73
5.9.3 <i>Marco jurídico vigente</i>	74
5.9.4 <i>Prestaciones y cobertura en riesgos del trabajo</i>	77
5.9.5 <i>Evolución financiera reciente</i>	82
5.9.6 <i>Gestión de los riesgos del trabajo</i>	83
5.9.7 <i>Incidencia de accidentes y enfermedades laborales</i>	85
5.10 SISTEMA GENERAL DE PENSIONES -IVM	92
5.10.1 <i>Administración</i>	92
5.10.2 <i>Prestaciones y requisitos</i>	93
5.10.3 <i>Avances recientes en la gestión</i>	95
5.10.4 <i>Evolución de las prestaciones</i>	96
5.10.5 <i>Financiamiento y posición actuarial en IVM</i>	101
5.10.6 <i>Evolución financiera reciente</i>	104
5.10.7 <i>Elementos para la reforma del sistema nacional de pensiones</i>	105

5.11 SEGURO SOCIAL CAMPESINO	113
5.11.1 <i>Campo de aplicación</i>	114
5.11.2 <i>Cobertura</i>	115
5.11.3 <i>Administración</i>	116
5.11.4 <i>Financiamiento</i>	116
5.11.5 <i>Prestaciones</i>	117
5.11.6 <i>Evolución financiera reciente</i>	119
5.12 FONDOS DE RESERVA Y SEGURO DE CESANTÍA	120
6. OTROS PROGRAMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROTECCIÓN SOCIAL	122
6.1 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA).....	122
6.1.1 <i>Reseña histórica</i>	122
6.1.2 <i>Gestión y servicios</i>	122
6.2 EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA (ISSPOL)	128
6.2.1 <i>Reseña historia</i>	128
6.2.2 <i>Administración y procesos operativos</i>	130
6.3 EL AUS, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONASA.....	133
6.3.1 <i>El Consejo Nacional de Salud</i>	134
6.3.2 <i>Ministerio de Salud Pública</i>	136
6.3.3 <i>Aseguramiento Universal de la Salud (AUS)</i>	139
6.4 LOS GOBIERNOS LOCALES COMO GESTORES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.....	151
6.4.1 <i>Asociación de Municipalidades del Ecuador</i>	151
6.4.2 <i>La Gestión del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito: la Corporación Metropolitana de Salud</i>	153
6.4.3 <i>La Gestión del Municipio de Guayaquil</i>	157
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	162
7.1 CONCLUSIONES	162
7.2 RECOMENDACIONES	180
BIBLIOGRAFÍA	185

Participantes en entrevistas y reuniones de trabajo

A continuación se listan las personas que participaron en las entrevistas y reuniones de trabajo de campo para la elaboración del presente Diagnóstico.

Graciela Acuña	Directora Económica y Financiera, IESS
Jorge Albán Villacís	Director Ejecutivo, Consejo Nacional de Salud
Gustavo Almeida Zambrano	Gerente del Dispensario 211, Dispensario Médico Letamendi, IESS-Guayaquil
Betty Amores	Ex Directora General, IESS
Viviana Andrade	Asesora Jurídica, Cámara de Industriales de Pichincha
Jaime Arciniega	Presidente de la CEOSL-Ecuador
Eduardo Arroyo	Dirección de Inversiones, IESS
Raúl Ayala	Programa PANN 2000
Pedro Barreiro	Dirección del Seguro Individual y Familiar, IESS
Zoilo Benavides	Dispensario Médico, San Miguel del Común de Seguro Social Campesino, IESS
Víctor Berrones	Jefatura de Inversiones Privativas, IESS
Wagner Bravo	Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas
Erika Brito	Observatorio de Política Fiscal
Marcelo Bustamante	Director de Recursos Humanos, Departamento de Recursos Humanos, IESS
Fabián Constante	Dirección Actuarial IESS
Carmen Corrales	Intendenta de Seguridad Social, Superintendencia de Bancos y Seguros
Galo Chiriboga	Ex Ministro de Trabajo y Empleo
Manuel del Pozo	Instituto de Seguridad Social de la Policía
Ernesto Díaz Jurado	Ex Director General del IESS
José Martínez Dobronsky	Departamento del Bono Solidario
Olga Durán	Departamento Nacional de Presupuesto, IESS
Víctor Hugo Elizalde	Vicepresidente de CEOSL-Ecuador
Fredy Escobar	Director, Corporación Metropolitana de Salud
Freddy Gallegos Bayas	Subdirector de Inversiones, Intendencia Nacional de Seguridad Social, Superintendencia de Banca y Seguros
Juan Carlos García	Subsecretaría de Política Económica, Ministerio de Finanzas
Gregory Gines & Equipo	Director, Dirección Provincial del Guayas, IESS (incluyendo Dirección del Hospital de Guayaquil)
Luis Alberto Gonzáles	Dirección del Seguro Social Campesino, IESS
Ligia Hidalgo	Federación de Trabajadores Libres de Chimborazo
Rodrigo Jarrín	Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas
Víctor Hugo Jiménez	Instituto de Seguridad Social de la Policía
Carlos Jaramillo	Dirección Metropolitana de Salud, Quito.
Guillermo Jáuregui	Superintendencia de Banca y Seguros
Alexandra Lastra	Secretaría Técnica del Frente Social
Juan Manuel Lema	Presidente Nacional de la Federación de

Ana Lucero	Auxiliares de Enfermería del Ecuador
Nancy Mantilla	Dirección Económica y Financiera, IESS
Luís Martínez	Instituto de Seguridad Social de la Policía
Margarita Mencías Ruiz	Dirección Admuni-fondos-Guayaquil
	Subgerente de Servicios al Asegurado, Hospital
	Carlos Andrade Marín, IESS
Guillermo Miranda	Coordinador de la Comisión de Control de la
	Mora Patronal, IESS
Jacinto Montero Zamora	Director, Hospital Andrade Marín
Jacinto Moreno	Hospital Carlos Andrade Marín, IESS
Miguel Morla	Dirección de Salud e Higiene, Ilustre Municipio
	de Guayaquil
Victoria Moscoso	Dirección de Salud e Higiene, Ilustre Municipio
	de Guayaquil
Marcelo Muñoz	Dispensario Médico de Guachalá del Seguro
	Social Campesino, IESS
María de Lourdes Muñoz	Intendencia de Seguridad Social, Subdirección
	Inversiones
Sixto Núñez	Instituto de Seguridad Social de la Policía
Marcelino Obaco	Sindicato Único de Trabajadores del IESS,
	SINDUIESS (CEOSL)
Gladys Palán	Ex Miembro Comisión Interventora y Funcionaria
	del Banco Central
Marcelo Pastor	Dirección de Presupuestos, IESS
Ernesto Pazmiño	Ex Diputado, Ex Presidente, Comisión de Gestión
	Pública y Universalización de la Seguridad Social
	del Congreso de la República
Manuel Posso	Asesor Consejo Directivo del IESS
Jenny Poveda	Coordinadora de Cooperación Técnica, Dirección
	de Acción Social y Educación, Ilustre Municipio
	de Guayaquil
Myriam Pozo	Responsable Servicio Técnico en Seguridad y
	Salud en el Trabajo, Dirección de Seguridad y
	Salud en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y
	Empleo.
Fanny Pozo	Asesora de CEDOCUT.
Susana de Prada	Departamento de Afiliación y Control Patronal de
	Pichincha, IESS
Patricio Proaño	Consultor, Programa de Naciones Unidas para el
	Desarrollo y especialista en temas de seguridad
	social
María del Carmen Quevedo	Ex Directora del Seguro de Salud Individual y
	Familiar, IESS
Regina Reyes	Funcionaria, Dirección Actuarial, IESS
Ernesto Romero & Equipo	Director de Salud e Higiene, Dirección de Salud,
	Ilustre Municipio de Guayaquil
Ramiro Rosero	Dirección de Pensiones, IESS
Hernán Ruiz	Jefatura de Inversiones No Privativas y Fondo de
	Terceros, IESS

Alejandro Sáenz	Dirección de Salud e Higiene, Ilustre Municipio de Guayaquil
Estuardo Salazar	Ex Asesor del Congreso de la República y Ex Coordinador de la Comisión de Gestión y Universalización de la Seguridad Social, Comisión de Gestión Pública y Universalización de la Seguridad Social, Congreso de la República
Amparito Santa María	Sindicato Único de Trabajadores del IESS, SINDUIESS (CEOSL)
José Serrano	Ministro de Trabajo
Bruno Soria de Mesa	Asesor, Federación Unitaria de Trabajadores de la Industria Eléctrica de Ecuador
Mesías Tatamuez	Presidente de CEDOCUT-Ecuador.
Guillermo Tapia Incola	Asociación de Municipalidades del Ecuador
Luis Torres	Jefe de Planeación Social Encargado, Dirección de Acción Social y Educación, Ilustre Municipio de Guayaquil
Marcelo Velasteguí	Subsecretaría de Política Económica, Ministerio de Finanzas
Ramiro Vega	Actuario, Subdirector Actuarial, Departamento Actuarial, IESS
Roberto Vernimen	Dirección de Acción Social, Ilustre Municipio de Guayaquil
Raúl Villacís	Director, Hospital Eugenio Espejo, Ministerio de Salud Pública
Manuel Vivanco	Representante de los empleadores en el Consejo Directivo del IESS
Santiago Yagual	Presidente de la CTE-Ecuador.
Raúl Zapater	Ex Presidente del Consejo Directivo del IESS
Fanny Zurita	Asociación de Municipalidades del Ecuador

Lista de Acrónimos

AME	Asociación de Municipalidades del Ecuador
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BEDE	Banco Ecuatoriano de Desarrollo – Banco del
Estado	
BEV	Banco Ecuatoriano de la Vivienda
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIPS	Banco Integrado de Proyectos del Sector Social
BNF	Banco Nacional de Fomento
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CARE-UJH	Consortio CARE Ecuador & Universidad Johns Hopkins
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El
Caribe	
CEREPS	Cuenta Especial de Reactivación Productiva y
Social	
CFN	Corporación Financiera Nacional
CGPS	Conjunto Garantizado de Prestaciones
CMS	Corporación Metropolitana de Salud
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CONDEPE	Consejo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador
CRP	Centros de Responsabilidad
CTB	Corporación Técnica Belga
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
DMS	Dirección Metropolitana de Salud
FAC	Fondo de Ahorro y Contingencias
FEIREP	Fondo de Estabilización, Inversión Social y Productiva y Reducción de Endeudamiento Público
FEISEH	Fondo de Inversión en los Sectores Eléctrico e Hidrocarburífero
FEP	Fondo de Estabilización Petrolera
FEPOL	Federación de Miembros de la Policía en Servicio Pasivo
FFAA	Fuerzas Armadas
FISE	Fondo de Inversión Social de Emergencia
FLOPEC	Flota Petrolera Ecuatoriana
FODESEC	Fondo de Desarrollo Seccional
FONIFA	Fondo Inmobiliario de las Fuerzas Armadas
FS	Frente Social
GTZ	Corporación Técnica Bilateral Alemana
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IECE	Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familiar
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

Lista de Acrónimos (...continuación)

ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
IVM	Invalidez, Vejez y Muerte
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
LOAFIC	Ley Orgánica de Administración Financiera y Control
LOSCA	Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y Unificación y Homologación del Sector Público
LOSNS	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MBS	Ministerio de Bienestar Social
MDMQ	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MG	Municipio de Guayaquil
MODERSA	Modernización de los Servicios de Salud
MPD	Movimiento Popular Democrático
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODEPLAN	Oficina de Planificación de la Presidencia
OIT	Oficina Internacional del Trabajo
PAP	Programa de Aseguramiento Popular
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PIDESEC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROAUS	Programa nacional de Aseguramiento Universal en Salud
RIM	Retiro, Invalidez y Muerte
RRHH	Recursos Humanos
SELBEN	Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SFTS	Secretaría Técnica del Frente Social
SGRT	Seguro General de Riesgos del Trabajo
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales
SINAUS	Sistema Nacional de Aseguramiento Universal de Salud
SMS	Seguro Metropolitano de Salud
SODEM	Secretaría Nacional de Objetivos del Milenio
SPF	Sector Público Financiero
SPNF	Sector Público No Financiero
SSC	Seguro Social Campesino
SSO	Seguro Social Obligatorio
TAME	Transporte Aéreo Militar Ecuatoriano

Capítulo 1. Introducción

Este informe recoge los análisis, resultados, conclusiones y recomendaciones que surgen del estudio del sistema ecuatoriano de seguridad social, así como de algunos otros componentes que integran el sistema de protección social del país. Es el fruto del esfuerzo mancomunado de la Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS. Mediante este trabajo se intenta realizar un estudio exhaustivo de elementos críticos que definen la estructura, accionar y desempeño del sistema durante los últimos años, con el fin último de aportar insumos para el mejoramiento de la seguridad social, todo dentro del marco de los enfoques que en esta materia la OIT ha venido desarrollando a lo largo de sus varias décadas de existencia.

El sistema ecuatoriano de seguridad social, y en general el sistema nacional de protección social, está caracterizado por su relativa concentración alrededor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS. Sin embargo, existen algunas otras instituciones y programas que aportan a la configuración del sistema, con una importancia creciente y crítica, de modo que también se incluyen en este trabajo.

Los sistemas de seguridad social se desenvuelven en un contexto social, económico, demográfico y político cambiante, de ahí que están en evolución permanente; es razonable esperar que este proceso evolutivo conlleve normalmente a mejoras subsecuentes en el enfoque y alcances de la protección social. En el caso del Ecuador, el enfoque de la seguridad social ha tendido a permanecer más o menos constante a lo largo de las últimas décadas, pero se observan tendencias recientes de cambio, que apuntan hacia la introducción de reformas de diversa índole.

Los cambios al marco jurídico de inicios de la presente década, introdujeron cambios de significativa importancia en los esquemas de financiamiento, organización y gestión de la seguridad social ecuatoriana. Debido a consideraciones de orden constitucional y al contexto que impone el escenario político del país, algunos de los cambios no se han concretizado del todo, algunos están en proceso incipiente de aplicación, mientras que otros han sido plenamente implementados.

En general, se observan avances importantes, pero los retos centrales prevalecen. La cobertura de la población continúa siendo muy baja y destaca como el problema más crítico. Como se analiza este informe, el nivel de la cobertura obedece a un conjunto de complejos determinantes que requieren ser abordados tanto desde el orden jurídico como programático y de la gestión, pero una solución contundente requiere un profundo cambio en el enfoque y en los instrumentos para lograrlo. Se intenta mediante este documento, aportar elementos en ese sentido.

Al lado de la cobertura, la situación económica de las instituciones y programas administrados y sus determinantes críticos, son también abordados en este trabajo. Ciertamente, el financiamiento del sistema se relaciona directamente con el tema de la cobertura, y condicionan fuertemente su desempeño. Algunos programas de la seguridad social ecuatoriana enfrentan problemas críticos en este ámbito; en especial los de pensiones. Frente a las presiones económicas que ejerce la crítica situación financiera-actuarial del

IESS, principalmente en el campo de las pensiones, es necesario actuar con cautela, pero con cierta urgencia. De allí la importancia de retomar una línea de reforma que permita al país avanzar hacia un sistema más solidario, más justo y más sostenible económica y políticamente.

Los diferentes programas que administra el IESS encaran un conjunto de retos comunes, en la gestión, en el financiamiento y posición financiera-actuarial, así como en su desarrollo práctico. La mayor parte de estos temas también son abordados en este informe, en la línea de procurar un enfoque crítico y constructivo.

El contexto de reforma constitucional que prevalece en este momento, constituye un escenario oportuno para reflexionar, discutir y aportar elementos para el desarrollo del sistema de la seguridad social. En ese sentido, este documento va más allá de los análisis y se aboca a establecer propuestas en diversos ámbitos.

El diagnóstico comprende siete capítulos los cuales han sido elaborados sobre la base de entrevistas, visitas y observaciones de campo, fuentes periodísticas y de literatura relacionada, procesamiento de bases de datos y registros estadísticos institucionales. El Capítulo 2 aborda una descripción del escenario sociodemográfico, económico y laboral, incluyendo temas como pobreza, desarrollo y empleo. El Capítulo 3 se enfoca en los elementos de la política, estructura y financiamiento del gasto social, con el fin de entender la estructura gubernamental existente para el despliegue de los servicios sociales, con énfasis en la protección social. El Capítulo 4 realiza una descripción general del sistema ecuatoriano de seguridad social, con el fin de plantear el panorama institucional y programático bajo la cual está actuando el Estado ecuatoriano. Dado que el IESS es la institución más importante de la seguridad social en el Ecuador, en el Capítulo 5 se desarrollan una serie de análisis detallados referentes a los diversos programas administrados por la Entidad; el Capítulo aborda temas administrativos, del financiamiento y evolución financiera, las prestaciones y en general el desempeño de los principales programas de prestaciones. En el Capítulo 6 se presenta información y análisis sobre otros programas que conforman el sistema ecuatoriano de seguridad social y protección social, entre ellos el ISSFA, el ISSPOL, el programa de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), y los gobiernos locales como actores importantes en la configuración del actual sistema de seguridad social. El Diagnóstico culmina con un Capítulo 7 de conclusiones y recomendaciones específicas.

El autor desea dejar constancia de su agradecimiento a todas aquellas personas y entidades que mediante su apoyo y colaboración hicieron posible la culminación de este trabajo. Se agradece a las autoridades institucionales del IESS, tanto a nivel de los miembros del Consejo Directivo como de la Dirección General del Instituto. Es meritorio también agradecer a todas aquellas personas del IESS y de otras instituciones ecuatorianas que suministraron información, y que participaron en las entrevistas y grupos de discusión. Merecen un agradecimiento especial los Actuarios Francisco Peña y Ramiro Vega, Director y Subdirector Actuarial, respectivamente, por el apoyo incondicional durante la ejecución del trabajo, tanto a nivel personal como de los equipos técnicos a su cargo en la Dirección Actuarial del IESS, especialmente al ingeniero Fabián Constante; quienes en la práctica actuaron como contrapartes técnicas principales del proyecto, apoyando en la organización y logística, y en la consolidación y suministro de información de diversas áreas institucionales, así como suministrando análisis y comentarios de gran utilidad. Se hace constar el agradecimiento para la Economista María de la Paz Proaño, quien en calidad de consultora de apoyo para OIT, tuvo a cargo gran parte de las actividades de entrevistas, procesamiento

de información y generación de tablas estadísticas, así como en la redacción de algunas secciones de este informe. Se agradece también a los economistas Estuardo Salazar, Patricio Proaño y Freddy Gallegos, quienes a manera de contribución personal y desinteresada aportaron valiosos comentarios y análisis. En el ámbito de la OIT, se agradece a José Luis Daza Pérez, Director de la Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos, así como a Eduardo Daccarett, Director Adjunto de la Oficina, por el apoyo y coordinaciones indispensables para la realización del estudio; al personal del Departamento de Seguridad Social de OIT/Ginebra, en especial a Carmen Solorio quien con sus aportaciones enriqueció este informe, así como al Actuario Michael Cichon, Jefe del Departamento de Seguridad Social de OIT/Ginebra.

Capítulo 2. Contexto sociodemográfico, económico y laboral

Hasta el año 2000 el Ecuador mostró una tendencia creciente en sus niveles de pobreza y desigualdad, suscitada principalmente por la fuerte crisis ocurrida en el período 1998-1999. El *shock monetario*, a través de la dolarización de la economía contribuyó a la alteración de dicha tendencia por medio de continuas recuperaciones económicas a través de ajustes salariales e inflacionarios, entre otros. Sin embargo, actualmente, el estado de las oportunidades para la población y el desarrollo humano del país, aún parece exhibir un Ecuador con la profunda necesidad de hacer surgir sus potencialidades para el logro de objetivos de desarrollo.

El presente capítulo tiene como objetivo exponer un marco referencial en términos sociodemográficos, económicos y laborales, tres ámbitos que guardan una estrecha relación con el desempeño del sistema de seguridad social.

2.1 Desarrollo y economía

El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita ha sido el indicador habitual para medir el nivel de progreso alcanzado por cada país o región. Sin embargo el Índice de Desarrollo Humano (IDH), constituye desde 1990 la medida más acertada para resumir el progreso de los países en el ámbito del bienestar social de la población.

Según se observa en la Tabla 3.1, el Ecuador alcanzó un IDH de 0.735 para el año 2002, índice que lo ubica en la posición número 45 de 50 de países a nivel mundial con nivel de desarrollo humano medio. En el horizonte latinoamericano, en el mismo año, el país ocupa el treceavo lugar después de Belice, notándose que su posición en 1975, fue la número 12 con un IDH de 0.630 luego de Perú.

La Tabla 3.1 describe un Ecuador con esperanza de vida al nacer de 70.7 años, una tasa de alfabetización de adultos de 91%, una tasa bruta combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria del 72%, y un PIB per cápita de US\$ 3,580. En cuanto a la relación con el global de la región, el Ecuador no presenta grandes diferencias en cuanto a esperanza de vida, la tasa de alfabetización y tasa bruta de matriculación.. No obstante, respecto al PIB per cápita, el promedio de la región supera al Ecuador en un 50.4%, de tal manera que se puede decir que la población ecuatoriana percibe al año un nivel de ingreso per cápita equivalente al 49.6% del ingreso per cápita de la región.

Tabla 2.1

América Latina: Indicadores de Desarrollo Humano

País	Valor del Índice Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa bruta combinada de matrícula primaria, secundaria y terciaria	PIB Per cápita (PPA+ en US\$)*
	1975	2002	2002	(%) 2002	(%) 2001/02	2002
América Latina y el Caribe			70.50	88.60	81.00	7,223
Ecuador	0.630	0.735	70.70	91.00	72.00	3,580
Argentina	0.784	0.853	74.10	97.00	94.00	10,880
Chile	0.703	0.839	76.00	95.70	79.00	9,820
Costa Rica	0.745	0.834	78.00	95.80	69.00	8,840
Uruguay	0.759	0.833	75.20	97.70	85.00	7,830
México	0.688	0.802	73.30	90.50	74.00	8,970
Panamá	0.708	0.791	74.60	92.30	73.00	6,170
Venezuela	0.716	0.778	73.60	93.10	71.00	5,380
Brazil	0.644	0.775	68.00	86.40	92.00	7,770
Colombia	0.661	0.773	72.10	92.10	68.00	6,370
Perú	0.642	0.752	69.70	85.00	88.00	5,010
Paraguay	0.667	0.750	70.70	91.60	72.00	4,610
Belice	--	0.737	71.50	76.90	71.00	6,080
El Salvador	0.590	0.720	70.60	79.70	66.00	4,890
Bolivia	0.512	0.681	63.70	86.70	86.00	2,460
Honduras	0.517	0.672	68.80	80.00	62.00	2,600
Nicaragua	0.565	0.667	69.40	76.70	65.00	2,470
Guatemala	0.510	0.649	65.70	69.90	56.00	4,080

* PIB per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo

Fuente: Human Development Report 2004, PNUD

Luego de una recesión económica de varios años, a partir del año 2000 la economía ecuatoriana presenta una tendencia de crecimiento, mucho debido a la propensión creciente de los precios del petróleo, al aumento de sus volúmenes de exportación y a la entrada de divisas, producto de la emigración, que para el 2002 constituyeron el 7% del PIB y el 31% de las exportaciones.

Según fuentes del Banco Central del Ecuador, la tasa de variación anual del PIB para el 2000 fue del 2.8%, de 4.2% para el 2002 y es de 4.3% para el 2006. El año 2004 presentó su más alta tasa de variación con el 7.9%. Sin embargo, a nivel latinoamericano la tasa de crecimiento anual del PIB per cápita durante el período 1975-2002 constituye una de las más bajas, alcanzando el 0,1% como promedio anual, con lo que igualó a Guatemala y Honduras. El valor del ingreso per cápita de US\$ 3,580 llega a ser el 97% del valor máximo de US\$3,690 alcanzado por el Ecuador en 1988.

En lo que respecta a los niveles inflacionarios, la tasa promedio anual de inflación durante el período 2000-2001 llega a ser menos de la mitad con respecto a la que muestra el período 1990-2001. Hay que destacar que la economía ecuatoriana ha tenido una reducción paulatina de la inflación y las tasas de interés como efecto directo de la dolarización económica, las mismas que han involucrado la generación de mayor confianza en la moneda extranjera adquirida, la mayor dinámica para la planificación económica de largo plazo, la restauración del poder de compra y disposición de fondos de la población. Esta reducción ha logrado ubicar al Ecuador con una tasa promedio anual de inflación del orden del 3%.

2.2 Pobreza

Con la apertura del Ecuador al régimen monetario rígido, en términos generales se puede decir que el país ha sostenido mayor estabilidad pero con relativa mejora, ya que los índices de pobreza aún se manifiestan ajenos a una reactivación eficiente y total de la economía dolarizada. De aquí se evidencia que los niveles de gasto social son insuficientes y que la eficiencia en la distribución del ingreso por parte del Estado Ecuatoriano, pese a los niveles paulatinos de recuperación económica, deja aún mucho que desear en lo que respecta a una óptima utilización de los recursos públicos y la gestión de políticas dinámicas para impulsar la cohesión social.

El panorama usual de la sociedad ecuatoriana con respecto a los niveles de desigualdad y pobreza pueden observarse en la Tabla 2.2, según la distribución de los ingresos. La población que sobrevive con un dólar por día, es decir la población de extrema pobreza o indigencia equivale al 16% del total de la población. Se denota que estas condiciones son acentuadas a nivel rural (33%). El número de personas que se sitúan bajo la línea de pobreza, o sea aquellas que viven con un máximo de tres dólares por día, constituyen el 51% de la población. Con respecto al global de América Latina cuyo nivel de indigencia y pobreza es, respectivamente, según la CEPAL, el 17,4% y 41,7% para el año 2004; se podría decir que la pobreza global de América Latina es menor en 9,3 puntos porcentuales a la pobreza del Ecuador y su indigencia mayor en 3,4.

Tabla 2.2

Ecuador: Pobreza y pobreza extrema:
noviembre 2005 – abril 2006

Zona	Extrema pobreza o Indigencia	Pobreza	Línea de Pobreza o indigencia	Línea de pobreza
(dólares por día)				
Nacional	16%	51%	1.3	2.7
Urbana	7%	38%		
Rural	33%	78%		

Fuente. Encuesta de Condiciones de Vida, INEC

Por otro lado, el nivel de pobreza e indigencia, medidos según consumo¹ se describen en el Gráfico 3.1, según datos preliminares de la Encuesta de Condiciones de Vida (2006). El número de personas afectadas por la indigencia, expresada como porcentaje de la población total, asciende al 10%, y la población pobre no indigente al 29%, indicadores que conjuntamente contribuyen a definir un total de pobres de casi el 39% de la población total

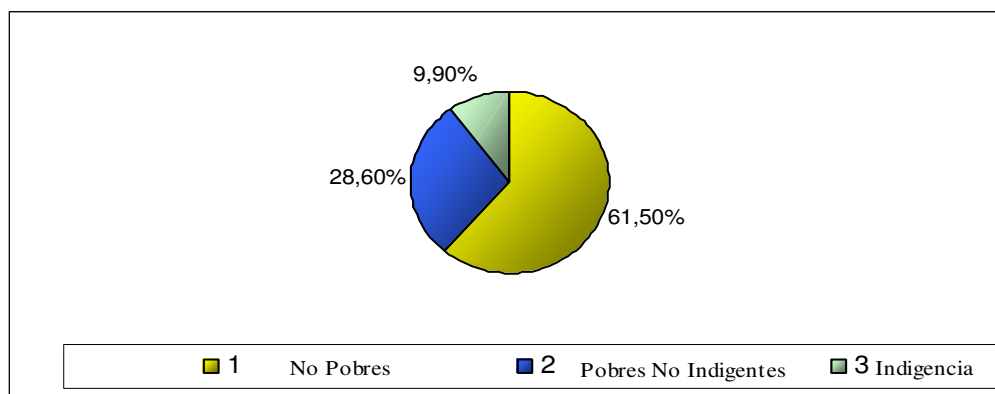
¹ La Línea de Pobreza o Indigencia es el valor monetario de una canasta básica de bienes alimenticios, que refleja el costo necesario para satisfacer los requerimientos nutricionales mínimos. Aquellos hogares cuyo consumo no alcanza para cubrir ni siquiera los requerimientos nutricionales mínimos son considerados indigentes. La valoración de una canasta de 2,236 kilocalorías por persona y por día, representa la Línea de Extrema Pobreza o Indigencia. Al dividir la línea de Extrema Pobreza para el Coeficiente de Ángel (49,7%) se obtiene la Línea de Pobreza, que constituye el valor monetario de una canasta básica de bienes y servicios para una persona para un período particular (INEC: 2006).

del Ecuador. Así, la brecha de la pobreza evidencia que cuatro de cada diez ecuatorianos viven en condiciones de pobreza.

Esta medición, junto con las realizadas en los años 2000 y 2001, sugieren que ha habido una disminución de la pobreza con respecto a los años precedentes², que muy probablemente está coligada a la desaceleración de la inflación y por lo tanto a la recuperación de los salarios reales y la caída del desempleo, tal y como se describe en la Tabla 2.4, al aumento de las remesas del exterior por la migración y en general a la reactivación económica en función del control del tipo de cambio. Sin embargo, hay que destacar que si bien puede existir la recuperación de los flujos reales de la población, en términos de patrimonio real de los hogares, este desempeño aún no dice mucho. De hecho, la crisis bancaria redujo los activos financieros de los hogares, lo que limitó el efecto de la reducción de la pobreza al corto plazo.

Por otro lado el Gráfico 3.2 muestra que de acuerdo a la distribución del consumo per cápita, el 20% más rico de la población accede al 55, 3% de todo el nivel de consumo, en tanto el 20% más pobre accede a 12 veces menos, es decir al 4,6% del consumo.

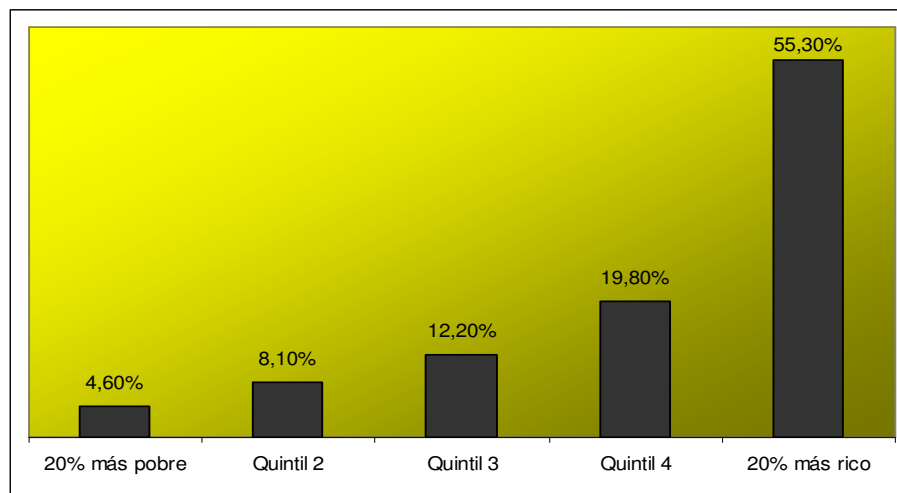
Gráfico 2.1
Ecuador: Pobreza y extrema pobreza, según consumo a nivel nacional 2006



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), INEC, datos preliminares a julio 2006

² El total de la pobreza del país para 1999 fue de 56% en tanto que la indigencia se ubicó para el mismo período en el 21%, INEC.

Gráfico 2.2
Ecuador: Distribución del Consumo per Cápita



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), INEC, datos preliminares a julio 2006.

2.3 Demografía, salud y educación

Hacia el año 2005 la población ecuatoriana se estima en 13,210,382 habitantes. Según estimaciones de la CEPAL, el Ecuador alcanzará los 15.2 millones de habitantes en el 2015 y 179 millones hacia el 2030, todo ello dentro de un contexto de desaceleración de la tasa de crecimiento poblacional. Algunos de los elementos que establecen la consecuencia de esta dinámica decreciente son: la tasa de migración internacional que para el período 2003 destaca en un valor 47,7 y, la tasa de natalidad, que para el quinquenio 2000-2005 representa el 23,3.

Con respecto al decrecimiento de la tasa de mortalidad infantil, el indicador presume una mejora continua en las condiciones de vida de la población ecuatoriana. Ahora bien, es claro que estos indicadores se encuentran asociados a la estructura de la población, pues como por ejemplo, para el 2005 se observa que la población se encuentra concentrada en la proporción de personas de 15 a 64 años, con un grado de relación de dependencia del 62%, lo cual indica que el país tiene en su mayoría, población en capacidades de desarrollar la economía y contribuir a la satisfacción de necesidades de quienes se encuentran dependientes de ellos.

En cuanto a indicadores de urbanización que ponen de manifiesto el crecimiento y desarrollo poblacional en términos de la posibilidad de acceso a los servicios básicos, como se observa en la Tabla 2.4, el Ecuador alcanzó el 47% de población residente en áreas urbanas, porcentaje que se incrementó para el nuevo milenio al 62.8%, con una proyección de 70.3% para el 2025.

Tabla 2.3
Ecuador: Indicadores de crecimiento demográfico y de la estructura poblacional 1950-2050

Indicadores de crecimiento demográfico (quinquenios)	1950-1955	1975-1980	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Tasa de crecimiento de la población (por cien)	2,6	2,8	1,4	1,1	0,4
Tasa bruta de natalidad (por mil)	45,6	38,2	23,3	16,8	12,4
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	139,5	82,4	24,9	11,5	6,0
Tasa de migración internacional (por mil)*	-	-	47,7	-	-
Esperanza de vida al nacer	48,4	61,4	74,2	77,2	80,0
Indicadores de la estructura poblacional					
(año)	2005				
Distribución de la población (miles personas)					
0-14 años	2101				
15-64 años	4086				
65 y más	401				
Relación de dependencia (por cien)	61,60				
Índice de masculinidad (por cien)	100,62				
% de mujeres en edad fértil	57,61				

Fuente: Anuario Estadístico CEPAL, VI Censo de Población y Vivienda INEC

* Dato al 2003

Tabla 2.4
América Latina: Porcentaje de Población Urbana
1980 -2005

País	1980	2005	2025
América Latina y el Caribe	64,9	77,6	83,5
Ecuador	47,0	62,8	70,3
Honduras	34,9	47,9	58,3
Belice	49,4	48,6	57,4
Guatemala	33,0	50,0	72,3
Nicaragua	50,1	56,9	61,9
El Salvador	44,1	57,8	66,6
Paraguay	41,7	58,4	68,4
Costa Rica	42,9	62,6	72,7
Bolivia	45,5	64,2	71,4
Panamá	49,8	65,8	74,6
Perú	64,2	72,6	75,0
México	66,3	76,5	81,9
Colombia	64,3	76,6	82,5
Brazil	67,1	83,4	87,6
Chile	79,0	86,6	89,4
Argentina	82,9	91,8	95,5
Uruguay	85,1	91,9	93,3
Venezuela	79,0	92,8	94,4

Fuente: Anuario Estadístico CEPAL

En lo que al estado de los indicadores que muestran la situación de las condiciones generales de salud y educación las tablas 2.5 y 2.6 describen la situación.

Tabla 2.5

América Latina: Indicadores de compromiso con la salud: acceso, servicios y recursos

País	Población con	Población con	Niños de 1 año de inmunización		Partos	Médicos	Gasto en salud		
	acceso a servicios	acceso sostenible	Contra la	Contra el	atendidos por	por 100.000	Público	Privado	Per cápita
	de salud	a medicamentos	tuberculosis (%)	sarampión (%)	personal sanitario especializado	habitantes	(% del PIB)	(% del PIB)	(PPA en
	adecuados	esenciales asequibles							
	(%)	(%)	2002	2002	(%)	1990-2003	2001)	2001)	US\$ 2001)
América Latina y el Caribe	77	0							
Ecuador	86	0-49	99	80	69	145	2,3	2,3	177
Honduras	75	0-49	94	97	56	87	3,2	2,9	153
Belice	0	80-94	97	89	83	102	2,4	2,9	278
Guatemala	81	50-79	96	92	41	109	2,3	2,5	199
Nicaragua	85	0-49	84	98	67	62	3,8	4,0	158
El Salvador	82	80-94	92	93	90	126	3,7	4,3	376
Paraguay	94	0-49	65	82	71	49	3,1	4,9	332
Costa Rica	93	95-100	91	94	98	160	4,9	2,3	562
Bolivia	70	50-79	94	79	69	76	3,5	1,8	125
Panamá	92	80-94	92	79	90	121	4,8	2,2	458
Perú	71	50-79	90	95	59	103	2,6	2,1	231
México	74	80-94	99	96	86	156	2,7	3,4	544
Colombia	86	80-94	85	89	86	94	3,6	1,9	356
Brazil	76	0-49	99	93	88	206	3,2	4,4	573
Chile	96	80-94	94	95	100	115	2,9	3,9	792
Argentina	0	50-79	99	97	98	304	5,1	4,4	1130
Uruguay	94	50-79	99	92	100	387	5,1	5,9	971
Venezuela	68	80-94	90	78	94	200	3,8	2,3	386

Fuente: Human Development Report 2003-2004, PNUD

Tabla 2.6
América Latina: Indicadores de alfabetización y educación

País	Tasa de alfabetización de adultos (%)		Tasa de alfabetización de jóvenes (%) de 15 años a 24 años		Tasa neta de matriculación en primaria (%)		Tasa neta de matriculación en secundaria (%)		Niños que llegan al 5º año	Estudiantes de terciaria en ciencias, matemáticas e ingeniería (% de todos los estudiantes) 1994-97
	1990	2002	1990	2002	1990/91	2001/02	1990/91	2001/02	(%) 2000/01	
América Latina y el Caribe	85,0	88,6	92,7	94,8	-	-	-	-	-	-
Ecuador	87,6	91,0	95,5	96,4	98,0	102,0	-	50,0	78,0	-
Honduras	68,1	80,0	79,7	88,9	90,0	87,0	-	-	-	26,0
Belice	89,1	76,9	96,0	84,2	94,0	96,0	31,0	60,0	81,0	-
Guatemala	61,0	69,9	73,4	80,1	64,0	85,0	-	28,0	56,0	-
Nicaragua	62,7	76,7	68,2	86,2	72,0	82,0	-	37,0	54,0	31,0
El Salvador	72,4	79,7	83,8	88,9	73,0	89,0	-	46,0	67,0	20,0
Paraguay	90,3	91,6	95,6	96,3	93,0	92,0	26,0	50,0	77,0	22,0
Costa Rica	93,9	95,8	97,4	98,4	87,0	91,0	37,0	51,0	94,0	18,0
Bolivia	78,1	86,7	92,6	97,3	91,0	94,0	29,0	67,0	78,0	-
Panamá	89,0	92,3	95,3	97,0	92,0	99,0	50,0	62,0	89,0	27,0
Perú	85,5	85,0	94,5	96,6	88,0	100,0	-	66,0	86,0	-
México	87,3	90,5	95,2	96,6	100,0	101,0	45,0	60,0	90,0	31,0
Colombia	88,4	92,1	94,9	97,2	68,0	87,0	-	54,0	61,0	31,0
Brazil	82,0	86,4	91,8	94,2	86,0	97,0	15,0	72,0	-	23,0
Chile	94,0	95,7	98,1	99,0	88,0	89,0	55,0	75,0	100,0	43,0
Argentina	95,7	97,0	98,2	98,6	94,0	108,0	-	81,0	93,0	30,0
Uruguay	96,5	97,7	98,7	99,0	92,0	90,0	-	72,0	89,0	24,0
Venezuela	88,9	93,1	96,0	98,2	88,0	92,0	19,0	57,0	96,0	-

Fuente: Human Development Report 2004, PNUD

En la Tabla 2.6 se presenta información acerca del grado de compromiso con la salud en términos de acceso, servicios y recursos invertidos. Así por ejemplo, se destaca que el 86% de la población tiene acceso a servicios adecuados de salud, lo cual ubica al país en la sexta posición a nivel latinoamericano, junto con Colombia; entre 0% y 49% de la población, tiene acceso a medicamentos básicos. Para el 2002 solo el 69% de los partos son atendidos por

personal con especialización, en tanto para el 2001 gasto público en salud como porcentaje del PIB es del 2.3%, uno de los más bajos de Latinoamérica.

La Tabla 2.6 evidencia el avance en las tasas de alfabetización y la cobertura en educación durante el período 1990-2002. A nivel de toda América Latina, la propensión general es creciente. Sin embargo, en lo que al Ecuador se refiere el análisis de la tasa de alfabetización en adultos indica que para el 2002, el porcentaje de analfabetismo es del 9% después de Bolivia que mantiene el 13.3% y, México el 9.5%. Dentro del global de América Latina, Ecuador presenta 2.4 puntos porcentuales menos que el total de analfabetismo latinoamericano que corresponde para el mismo año al 11.4%. En lo que respecta a las tasa de matriculación secundaria para el 2002 se evidencia con el 50%. Según proyecciones realizadas por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en el 2006 la población ecuatoriana registra una tasa de analfabetismo del 7.6%, en tanto los niveles de escolaridad se han incrementado de 8.4 años promedio en el 2005 a 8.7 para el 2006.

2.4 Desempleo y subempleo

Resulta necesario ubicar el mercado laboral ecuatoriano dentro del contexto económico expuesto anteriormente. Según cifras de la Tabla 2.7, en el año 2005 el Ecuador mostró una tasa de 7.9% en el desempleo global, pese a un escenario macroeconómico relativamente favorable. El subempleo por su parte, para el mismo año, alcanzó el 61.3%, el que comparado con los años inmediatamente precedentes refleja un estancamiento de la capacidad de la actividad económica para absorber la mano de obra. Debido a que la explotación petrolera ha sido la base del crecimiento económico, y en vista de que esta actividad no posee gran demanda de mano de obra, los indicadores reflejan la escasa capacidad de crecimiento del sector no petrolero, que no se expandió lo suficiente como para generar mayor demanda de mano de obra.

Tabla 2.7
Ecuador: Evolución Desempleo y Subempleo

CONDICION	2002	2003	2004	2005
Desocupación Total	9,2%	11,5%	8,6%	7,9%
Desempleo Abierto	5,5%	7,7%	5,8%	5,3%
Desempleo Oculto	3,7%	3,8%	2,8%	2,6%
Subempleo Total	53,8%	61,4%	60,1%	61,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo Urbano, INEC

Según los avances de Panorama Laboral 2005 en las tres principales ciudades del Ecuador (Quito, Guayaquil y Cuenca) la tasa de desempleo se elevó al 11% en el 2004 de 9.8% en el 2003; este efecto se dio lugar, particularmente, por el aumento de la oferta laboral³ que fue mayor que el crecimiento de la tasa de ocupación⁴. En el primer trimestre del 2005 la tasa promedio de desempleo para las tres ciudades ecuatorianas principales fue del 11.1%, menor que el 11.3% registrado el año anterior en el mismo período.

³ La tasa de participación aumentó del 53,% en el año 2003 a 55,8% en el 2004, Panorama Laboral,2005

⁴ La tasa de crecimiento ocupacional pasó del 48,6% en el año 2003 a 49,7% en el 2004, Panorama Laboral, 2005

En el contexto de la región latinoamericana, dentro de la tasa media anual promedio de desempleo urbano, el Ecuador presenta un desempeño laboral superior a la de otros países de la región, como es el caso de Venezuela y Colombia, según se aprecia en la Tabla 2.8.

Tabla 2.8
América Latina: Tasa Media Anual de Desempleo Urbano Abierto

País	2004
Venezuela	16,2
Panamá	14,0
Colombia	13,7
Uruguay	13,0
Argentina	12,7
Nicaragua	12,5
Brazil	11,1
Paraguay	11,0
Chile	10,1
Ecuador	9,9
Honduras	7,5
Perú	7,3
Costa Rica	6,7
El Salvador	6,5
Bolivia	6,4
Guatemala	4,8
México	4,1

Fuente: Anuario Estadístico CEPAL

Finalmente, dentro del análisis del mercado de fuerza laboral ecuatoriana, el trabajo informal y el contexto de género son dos puntos relevantes. Según Panorama Laboral, en el Ecuador, la participación en el sector de la economía informal en el empleo no agrícola se incrementó de 56.5% en el 2003 a 57.6% en el 2004, como producto de la generación de empleos independientes y microempresas. Por otra parte, el análisis según sexo indica que para el 2004 el porcentaje de la estructura de empleo no agrícola se desarrolló como muestra la Tabla 2.9. El empleo para las mujeres en el sector informal es mucho mayor con respecto a los hombres, superior en once puntos porcentuales.

Tabla 2.9
Ecuador: Estructura del Empleo no Agrícola 2004

	Total	Hombres	Mujeres
Sector Informal	57,6	52,9	63,9
Sector Formal	42,4	47,1	36,1

Fuente: Avance Panorama Laboral, 2005

Capítulo 3. La política social y el gasto social en el Ecuador

Este capítulo centra su atención en el marco institucional y en las tendencias del gasto público, a través de las cuales el Estado ecuatoriano administra y preside la gestión y la protección social en el país; el análisis tiene como objetivo contextualizar el esfuerzo de gasto social, dentro del cual el gasto en seguridad juega un papel sumamente relevante.

3.1 Marco institucional y de gestión de la política social ecuatoriana

De acuerdo con los datos expuestos en el capítulo anterior, se puede afirmar que la acción social por parte de la administración pública ecuatoriana, la cual rige sus operaciones a través del sector público no financiero (SPNF) y el sector público financiero (SPF), no parece haber tenido la capacidad de responder a los retos que impone la pobreza estructural ecuatoriana y sus brechas.

Aún cuando el SPNF busque, continuamente, la concordancia con el presupuesto del Estado como principal instrumento de política fiscal para la asignación de recursos, el sistema que rige la gestión social ecuatoriana padece de dispersión y no muestra una destreza clara que combine la cohesión social y la gobernabilidad. Los programas sociales han tendido a superponerse bajo condiciones de ausencia de una adecuada coordinación planificada y uniforme, tanto a nivel de composición de programas, como a nivel financiero, distributivo y operativo. La generación de una red compleja de servicios que difícilmente deja ver, dentro de un marco global, la eficacia de la gestión del gobierno central, los gobiernos seccionales y otros organismos, es un efecto directo de la sujeción de la política social a las incertidumbres y vulnerabilidades de la política y del servicio de la inversión pública.

En el marco de la gestión de políticas públicas del ámbito social, justamente se evidencia la existencia de una diversidad de órganos de gestión, a los que, adicionalmente, se les puede decir que: dado que con la dolarización, la política fiscal del gobierno se redujo a influir en los ajustes de la economía ecuatoriana, la estrategia fiscal y su gestión se ha tornado continuamente disímil y cíclica. Ello en el sentido de que cuando las condiciones externas se deterioran y los ingresos del fisco disminuyen, el gobierno debe reaccionar contrayendo sus gastos y por ende agravando los efectos recesivos de los embates externos. Si a esta actividad económica cíclica se le suma la dispersión de misiones, es obvio decir que existe gran nivel de vulnerabilidad, la misma que va contra la estabilidad de largo plazo que se requiere para hacer del gasto social un gasto de inversión permanente y no un paliativo a las circunstancias desfavorables que afronta la economía ecuatoriana.

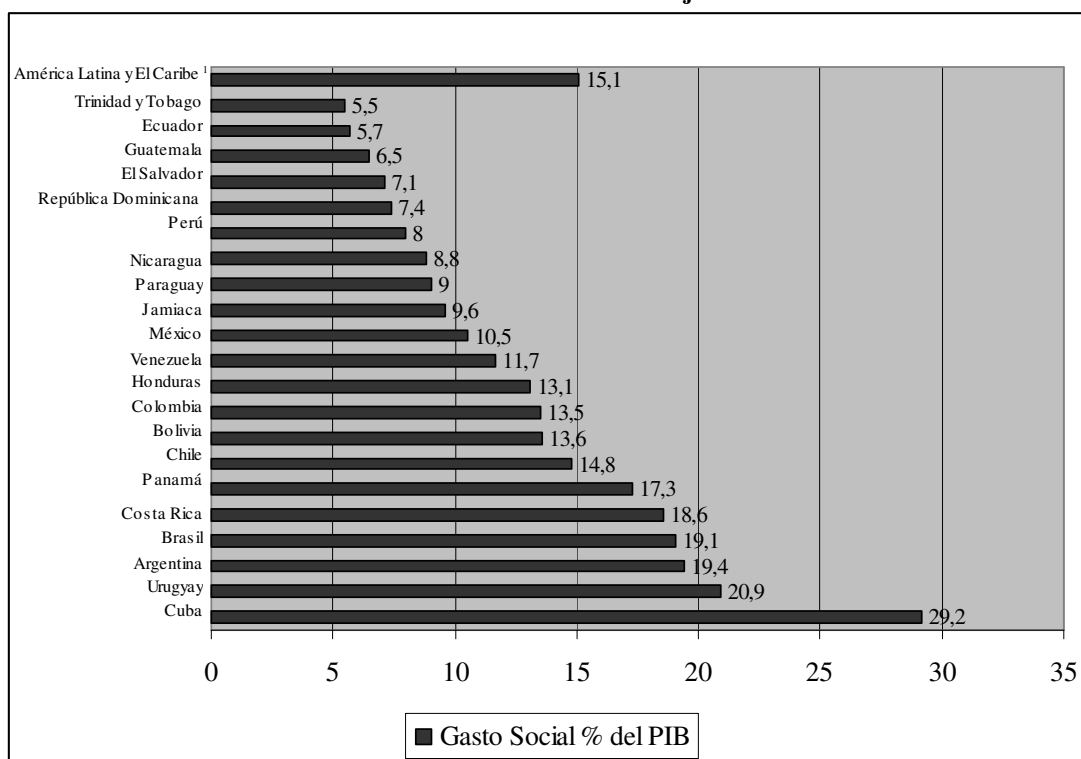
Frente a este panorama, no cabe duda de la importancia de consolidar un sistema de seguridad social que alcance a la mayoría de los ecuatorianos, como una estrategia central para lograr un gasto social más eficaz y eficiente. Usualmente el financiamiento de los sistemas de protección social tienen la ventaja relativa de institucionalizar canales de financiamiento y gasto de carácter más permanente, y de progresivo desarrollo.

3.2 Tendencias del Gasto Público en Protección Social y Gasto Social

Durante los últimos años, incluyendo la década de los noventa, según la CEPAL, América Latina y El Caribe, no ha mostrado mayor significación y resultados efectivos como consecuencia de las variaciones de gasto social en la región; pues los países más pobres aún destinan fracciones mínimas del PIB en comparación de los países de mayores ingresos.

Para el bienio 2002-2003, como lo muestra el Gráfico 3.1, Cuba, Uruguay, Argentina, Brasil y Costa Rica designaron más del 18% del PIB al gasto social, mientras El Salvador, República Dominicana, Perú y Nicaragua a penas destinó niveles mayores al 7%. Ecuador dedicó un nivel de 5.7 %. Para la CEPAL a pesar de que han existido esfuerzos por parte de los países para elevar el gasto no existe una *claridad* que permita converger al éxito de dichos esfuerzos y ver disminuida las brechas de pobreza.

Gráfico 3.1
América Latina: Gasto Social como Porcentaje del PIB 2002-2003



De acuerdo con CEPAL, se evidencia la necesidad de inyectar mayor cantidad de recursos a más de reducir la deuda externa para que dichos países vean con menor dificultad el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio. En una base comparativa, Naciones Unidas (2005), estableció que para el período 1996-1997 cinco de siete países de menor gasto per cápita alcanzaron un incremento apreciable del gasto social por habitante. Guatemala por ejemplo, aumentó su gasto en un 58%, Bolivia 55% en ese período y en el

bienio 2002-2003, Nicaragua el 42%, Honduras el 37% y El Salvador el 21%; valores, realmente, mucho mayores al incremento promedio del 16% de la región.

Para algunos de estos países la ayuda externa sobre la base de la condonación del servicio de deuda, facilitó tener un arca fiscal de mayor holgura que permitió acoger las iniciativas para elevar los niveles de gasto. Ahora bien el bajo ingreso por habitante y la baja carga tributaria que contribuye al desarrollo de los sectores sociales en países como Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú y República Dominicana, explica los bajos niveles de inversión por habitante que el sector social realiza. En la generalidad, en estos países el destino de los recursos por habitante del sector social llega a \$US 180 o menos, cuando el promedio regional es de \$US 610.

Lo último advierte que el reducido nivel de gasto social y de gasto público por habitante se rige por los bajos niveles de ingresos fiscales. Por esta razón la CEPAL ha declarado la necesidad de establecer un *pacto fiscal* que ayude a incrementar la carga tributaria para promover los ingresos públicos con el fin de aumentar los porcentajes destinados al sector social (CEPAL, 1998). La idea de este pacto fiscal radica en atenuar la desigualdad de distribución del ingreso a través de una estructura tributaria gradual, apoyándose en programas que guardan gran aceptación y focalización, y que pueden facilitar la exigencia de condiciones tributarias.

Una exigencia tributaria de esta naturaleza, tiene que ir de la mano con el crecimiento económico, sostenible y no cíclico. Es decir una administración programada del gasto social acorde con los ingresos fiscales esperados. En el caso ecuatoriano, al ser un país cuyo precio del crudo ha tendido al aumento, el manejo hábil de los presupuestos fiscales es una obligación inmediata.

3.2.1 Composición del gasto público y del gasto social

Antes de presentar cifras sobre la composición del gasto social y de la protección social ecuatoriana, es importante señalar que las precisiones metodológicas de la cobertura de las series de gasto público social son distintas en cada país; así como también lo es con respecto a las características institucionales. En el Ecuador el gasto público se desagrega de acuerdo a las diferentes entidades que lo componen, lo que delimita la cobertura de la información. De hecho el SPNF, es la mayor entidad de cobertura de gasto público que incluye el Gobierno Central, a su vez formado de entidades con organización presupuestaria autónoma y las que dependen directamente del Gobierno Central. El SPNF es importante pues de él se derivan un sin número de programas y se estructura el gasto de la protección social.

Según el Observatorio de la Política Fiscal, cuando se consolida los gastos en todo el sector público se deduce que el 51% está directamente a cargo del Gobierno Central, 16% a cargo de los gobiernos seccionales, el 11% por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el 3% por las universidades y el 12% son subsidios. Las diferencias generalmente las gastan las entidades autónomas descentralizadas.

En la Tabla 3.1 se presenta una serie de gasto para el periodo 2000-2006, la cual ha sido elaborada con base en la información presupuestaria disponible de distintas fuentes.

En dicha Tabla el gasto público y el gasto social están desagregados según sectores y corresponden a los gastos del Gobierno Central. El gasto en protección social incluye el IESS, el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISFFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL). Durante los años 2000-2003 los aportes al ISSFA y la ISSPOL, no eran considerados transferencias directas, por tal razón no existen datos disponibles. Adicionalmente, se encuentran desagregados dos rubros importantes: los aportes a las universidades y el Programa de Desarrollo Humano (BDH) Para éste último, a partir del 2003 el BDH está incluido dentro del rubro de Bienestar Social (ver Recuadro 3.1).

El aporte a las universidades y el BDH junto con el gasto en protección social, se introducen separadamente pues son consideradas como transferencias monetarias directas. Se ha calificado también la desagregación de los subsidios petroleros que surgen desde el 2003, por contribuir éstos a una respuesta social.

Recuadro 3.1
El Bono de Desarrollo Humano (BDH)

El BDH, anteriormente llamado *bono solidario*, nació como compensación de la reducción de los subsidios en el gobierno de Mahuad el 28 de marzo del 2001. En el 2003 el *bono solidario* se une con el programa *beca escolar*, creando el BDH; que consiste en la entrega de un subsidio familiar monetario mensual dirigido al quintil 1 y 2 de la población. Actualmente, con el diseño adicional de pensión asistencial para ancianos y discapacitados que se le ha dado, el BDH rompe el esquema de hogar logrando también asistir al 40% de adultos más pobres. A mayo del 2006 el BDH logra asistir a un total de 1'121.413 ecuatorianos (994.977 madres de familia, 123.772 ancianos y 2.664 discapacitados). Así mismo el BDH integra hoy por hoy un cambio sustancial en el tema de corresponsabilidad ciudadana, en la que los beneficiarios se integran a la gestión para reducir la transferencia de pobreza hereditaria.

El BDH es un componente de la red de Programas de Protección Social (PPS) a nivel nacional que tiene tres componentes: el bono de desarrollo humano, el crédito productivo solidario y el Fondo de Protección Social ante Emergencias.

El PPS se creó en el año 2001 para gestionar los fondos y tener una administración técnica cuyo primer paso es la pensión asistencial. Según el EC. José Martínez Dobronsky, responsable Bono de Desarrollo Humano, el PPS es el programa más grande con respecto al PIB en América Latina.

Como se denota el gasto ha tenido una tendencia al aumento en virtud de los incrementos del PIB, pues contribuye a los subsidios petroleros, a los ensanchamientos del FEP y los CEREPS, mencionados en el acápite anterior. El bienio 2005-2006 es el período de mayor holgura en lo que respecta al gasto en general total. Por un lado el gasto público de gobierno central, asciende en promedio a 5,5 millones. Mientras que por otro lado, en el mismo período, el gasto social total se ubica, en un promedio de 2,5 millones. El sector social que más se atiende es el sector de la educación con un porcentaje sobre el PIB del 5.42%, seguido del sector de salud pública con el 1,4% para el 2006. El Gráfico 4.2 expresan con claridad el desenvolvimiento del gasto.

En la Tabla 3.2 se presentan las relaciones según componente de gasto. Se evidencia que el gasto social total (GST), incluido subsidios, como porcentaje del PIB, alcanza su nivel máximo en el 2005 con el 8.7%; y sin subsidios constituye el 5.7%. De igual manera el

mayor nivel de gasto en protección social como porcentaje del PIB alcanza el 1.2% en el 2005. En lo que se refiere a los totales del gasto social (con subsidios) y protección social como porcentaje del gasto público del gobierno central, se revela un incremento permanente, que llega casi al 44% y 39.1% (sin subsidios) para el 2006. Como porcentaje del PIB esta sumatoria (con subsidios) llega a ser el 9.9% en el 2005 y 7.1% en el 2006 tal como lo muestra también el Gráfico 3.3.

3.2.2 Distribución y financiamiento del gasto social

Ahora bien, el tema de cómo éstos recursos son distribuidos entre la población, tiene que ver con la planificación y coordinación nacional. Un aspecto crítico es la base de datos a nivel nacional. El SELBEN ha buscado establecer mecanismo para focalizar a la población más desprotegida mediante indicadores de bienestar.

No obstante, actualmente la base del SELBEN no se encuentra actualizada desde hace más de dos años y son pocas las instituciones o programas que hacen uso de la base actual⁵. Esta es una de las razones más importantes que impide ver el grado de eficacia de la distribución de los recursos a través de los programas. Otro aspecto crítico es la administración de programas sociales, pues no todos los programas existentes a nivel nacional forman parte de la administración del ciclo presupuestario de la SFTS, algunos han perdido continuidad debido a los cambios de gobierno y otros no han llegado a hacer acordados, unificados o complementados entre sí con otras instituciones. Aunque se ha presupuesto la identificación de programas prioritarios, no existe un circuito que permita identificar de mejor manera las desigualdades en la repartición del gasto.

⁵ Algunas de las dificultades que el SELBEN acoge son: beneficiarios sin identificación geográfica confirmada, baja calidad de la información y falta de parámetros técnicos establecidos para el manejo de una base de datos nacional.

Tabla 3.1
Ecuador: Evolución Histórica del Gasto Social Por Sectores
Base Presupuesto Inicial en Millones de Dólares

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Gasto Total Gobierno Central (GTGC)</i>	978,20	4.082,91	4.275,08	5.240,93	5.742,48	5.560,20	6.401,50
Tesoro Nacional	14,27	2.698,27	2.346,27	3.468,97	3.362,90	3.585,30	4.044,30
Legislativo	35,4	20,5	25,3	30,6	368,7	52,3	68,5
Jurisdiccional	14,2	34,6	81,6	124,8	139,8	145,3	143,3
Administrativo	14,2	15,9	17,4	24,8	44,5	45,6	84,7
Ambiente	5,5	7,6	17,2	24,8	26,2	22,1	23,0
Asuntos Internos	167,2	243,6	336,0	447,4	463,1	507,7	522,9
Defensa Nacional	254,6	345,3	558,0	641,2	589,6	593,4	653,6
Asuntos del Exterior	34,0	44,4	121,3	99,4	94,7	80,0	112,4
Finanzas	95,6	160,4	157,4	34,0	229,4	30,1	35,0
Agropecuuario	131,4	160,2	216,1	60,8	70,1	124,5	124,4
Recursos Naturales	6,0	5,1	12,4	21,3	18,2	21,8	50,6
Comercio e Industria	6,6	11,4	14,6	15,3	13,1	13,9	16,4
Turismo	1,9	6,7	5,7	6,9	11,9	7,3	9,7
Comunicaciones	189,5	321,9	365,8	223,4	264,2	311,8	462,2
Otros	7,8	7,0	38,5	17,4	46,2	19,1	50,5
<i>Gasto Social Total (GST)</i>	761,71	1.187,68	1.680,14	2.285,23	2.540,88	3.160,14	2.466,74
Gasto Social del Gobierno Central	761,71	853,91	1.314,18	1.369,00	1.470,82	1.783,50	2.160,60
Educación y Cultura ¹	356,4	456,2	601,8	781,6	853,4	950,5	1096,5
Bienestar Social	249,0	187,8	217,6	143,9	148,8	320,4	341,8
Trabajo y Empleo	6,6	6,5	7,0	9,5	11,4	11,8	12,1
Salud Pública	125,8	151,8	311,1	373,3	387,2	420,0	561,7
Vivienda	24,0	51,7	176,7	60,8	70,1	80,8	148,5
Bono de Desarrollo Humano	-	147,30	137,10	168,06	172,34	-	-
Transferencia a Universidades	-	186,5	228,9	266,2	279,7	296,6	0,344
Subsidios Petroleros ²	-	-	-	482,00	618,00	1.080,00	305,80
Subsidio al gas	-	-	-	219,0	277,0	329,0	125,2
Subsidio compañías eléctricas	-	-	-	118,0	28,0	58,0	14,0
Subsidio al diesel	-	-	-	145,0	313,0	693,0	166,6
<i>Gasto Total en Protección Social (GTPS)</i>	24,50	38,40	220,90	260,74	342,64	449,79	342,97
IESS	24,5	38,4	156,3	166,0	242,5	343,8	343,0
ISSFA & ISSPOL	-	-	-	64,60	94,70	100,12	105,95
Dato Referencial del PIB	15.933,70	21.249,60	24.899,50	28.635,90	32.635,70	36.488,90	39.823,70

(1) Incluye educación primaria, media y cierto porcentaje de la educación técnica

(2) Datos: (Base Presupuesto Devengado)

Fuentes: Observatorio de Política Fiscal, Ministerio de Finanzas, Banco Central del Ecuador

Tabla 3.2
Ecuador: Relaciones del Gasto Público y Gasto Social

Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
GST como % PIB (con subsidios)	4,78	5,59	6,75	7,98	7,79	8,66	6,19
GST como % PIB (sin subsidios)	4,78	5,59	6,75	6,30	5,89	5,70	5,43
GPS como % PIB	0,15	0,18	0,89	0,91	1,05	1,23	0,86
GST + GTPS como % GTGC (con subsidios)	80,37	30,03	44,47	48,58	50,21	64,92	43,89
GST + GTPS como % GTGC (sin subsidios)	80,37	30,03	44,47	39,38	39,45	45,50	39,11
GST + GTPS como % PIB (con subsidios)	4,93	5,77	7,63	8,89	8,84	9,89	7,06
GST + GTPS como % PIB (sin subsidios)	4,93	5,77	7,63	7,21	6,94	6,93	6,29

Gráfico 3.2
Ecuador: Gasto Público y Gasto Social

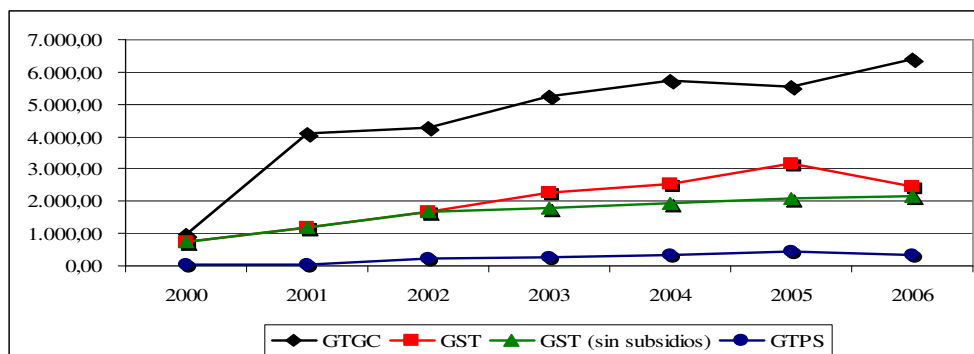
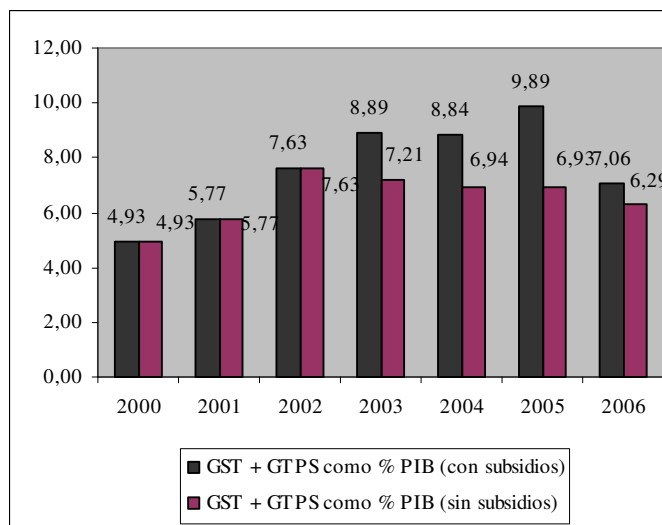


Gráfico 3.3
Ecuador: Gasto Público y Gasto Social como Porcentaje del PIB



La Tabla 3.3 muestra un desglose de los programas que para el 2005 la SFTS dio seguimiento y asistencia según el concepto de la base presupuestaria. Como se mencionó, el concepto que prima para la SFTS para distribuir las asignaciones es el de programas prioritarios. En la Tabla se denota que el monto total invertido sobre la base transferida llega a ser de 386 millones de dólares. El sector más favorecido es el de bienestar social pues se incluye en él el BDH, le sigue el sector de la educación con 58,5 millones y la salud con 47.3 millones.

Tabla 3.3

Ecuador: Información Presupuestaria del Gasto Social

Enero - Diciembre 2005

Sector / Programa o Proyecto	Presupuesto		
	Codificado	Devengado	Transferido
TOTAL GENERAL	462.371.358	412.500.360	385.919.162
<u>Sector Educación</u>	58.539.969	46.377.124	37.133.052
Programa de Alimentación Escolar - PAE	27.000.000	15.094.900	8.932.983
Desarrollo e Implementación de la Educación Básica	424.800	86.504	84.900
Desarrollo e Implementación del Bachillerato	496.150	100.504	98.900
Descentralización y desconcentración del MEC	470.926	124.504	122.900
Educación Intercultural Bilingüe DINEIB	120.000	120.000	120.000
Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Oferta Educativa de las Escuelas Unidocentes	650.000	650.000	52.236
Portal Educativo Educar Ecuador	N/D	N/D	N/D
PRONEPE	242.153	N/D	40.500
Dirección Nacional de Servicios Educativos - DINSE	27.808.549	29.249.672	27.232.193
Redes Amigas	448.440	448.440	448.440
Minga por un Ecuador que lee y estudia	878.952	502.600	-
SENADER	N/D	N/D	N/D
<u>Sector Bienestar Social</u>	332.045.225	276.131.482	272.305.465
Programa Alimentate Ecuador	8.000.000	8.000.000	8.000.000
Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia AINA	8.984.576	7.873.288	7.718.449
Atención Integral a Personas de la Tercera Edad	1.827.458	1.719.089	1.719.089
Bono de Desarrollo Humano BDH	176.269.039	170.140.476	170.140.476
Atención Integral a Personas con Discapacidad	1.749.162	1.310.656	1.310.656
CONADIS	N/D	N/D	N/D
Crédito Productivo Solidario	N/D	N/D	N/D
FISE	29.734.236	15.243.483	15.243.483
FODI	10.850.000	10.262.054	10.320.835
Gestión y Desarrollo de la Juventud (FONDEJU)	705.000	433.760	417.396
Operación Rescate Infantil - ORI	27.930.974	27.930.974	27.859.672
PRODEPINE	N/D	N/D	N/D
Desarrollo Social Rural y Urbano Costa Centro	500.000	472.130	500.000
Marginal SDRUM / Programa de Desarrollo Rural (DRI) Sierra Centro	500.000	444.863	500.000
Proyecto de Reducción de la Pobreza y Desarrollo Rural Local - PROLOCAL	15.407.189	7.575.646	16.075.409
Seguro Social Campesino	49.587.592	24.725.061	12.500.000
Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales - SELBEN	N/D	N/D	N/D
<u>Sector Trabajo</u>	-	19.901.307	16.826.878
Capacitación y Entrenamiento a Grupos Vulnerables	N/D	N/D	N/D
Plan Maestro Tecnológico	N/D	N/D	N/D
Eradicación progresiva de las peores formas de Trabajo Infantil	N/D	19.901.307	16.826.878
Programa de Compras Estatales para favorecer el Empleo Productivo	N/D	N/D	N/D
<u>Sector Salud</u>	47.384.924	47.180.782	37.818.500
Servicio Nacional de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores Artropodos (SNEM)	N/D	N/D	N/D
Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	20.417.384	19.901.307	16.826.878
Medicamentos Genéricos	1.500.000	-	-
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	6.000.000	9.733.124	9.733.123
PANN 2000	13.800.000	13.800.000	8.600.000
Tuberculosis	500.000	469.391	145.268
Unidades Móviles de Salud (UMSE)	800.000	800.000	800.000
Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)	200.000	125.550	125.550
Programa de Aseguramiento Universal de Salud (AUS)	N/D	N/D	N/D
Programa de Dermatología Sanitaria	N/D	N/D	N/D
Programa Nacional de la Eliminación de la Oncocercosis en el Ecuador (PNEO-E)	N/D	959.951	636.311
Zoonosis	315.315	315.058	315.058
Control de accidentes ofídicos	N/D	N/D	N/D
Prevención y control del VIH	3.652.225	959.951	636.311
Control y vigilancia epidemiológica	200.000	116.450	-
<u>Sector Vivienda</u>	24.401.240	22.909.665	21.835.266
Praguas	10.334.767	9.697.837	10.180.329
Mejoramiento integral barrios (PROMIB)	600.000	51.195	60.000
Construcción y rehabilitación de agua potable	662.373	167.077	2.930
Vivienda Campesina (ley 03)	N/D	489.000	489.000
SIV	11.578.100	11.299.337	10.027.008
Vivienda urbano marginal	N/D	N/D	N/D
Agua potable y saneamiento ambiental	726.000	716.220	626.000
Programa de vivienda de maestros	500.000	489.000	450.000

Fuente. Secretaría Técnica del Frente Social (STFS)

Capítulo 4. Sistema ecuatoriano de seguridad social

4.1 Marco constitucional

La Sección sexta de la Constitución Política vigente, establece el mandato constitucional referente a la seguridad social. El Artículo 55 la define como “...*deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes. Se prestará con la participación de los sectores público y privado, de conformidad con la ley*”.

En el Artículo 56 se establece el sistema nacional de seguridad social, indicando que “*La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia, para la atención de las necesidades individuales y colectivas, en procura del bien común.*”

Otros artículos de la Constitución complementan la configuración y las características centrales del Sistema:

- a) Crea el Seguro General Obligatorio y define las contingencias que cubre
- b) Establece el mandato de la extensión de dicho Seguro, al ámbito urbano y rural, y a la población asalariada y no asalariada (Artículo 57)
- c) Define al IESS como institución gestora del Seguro General Obligatorio, con carácter tripartito en su gobierno
- d) Establece el carácter descentralizado y desconcentrado de su organización y gestión
- e) Permite la creación y promoción de terceros administradores de recursos para fortalecer el sistema provisional y mejorar la atención en salud
- f) Establece la posibilidad de que la fuerza pública tenga su propio esquema de seguridad social
- g) Establece las obligaciones del Estado en cuanto al presupuesto público, y la obligación de pagar en forma oportuna
- h) Manda a establecer las prestaciones sobre bases técnico –actuariales
- i) Establece la separación patrimonial de los fondos de Reserva, con respecto al Estado
- j) Dispone de los mecanismos para hacer las inversiones, y crea una comisión técnica de inversiones, y establece la supervisión de una superintendencia
- k) Manda a ajustar anualmente las pensiones, en función de las disponibilidades
- l) Crea el Seguro Social Campesino, define su campo de aplicación y aspectos de financiamiento; así también, define las prestaciones que otorgará este Seguro.
- m) Incluye a los seguros públicos y privados como parte del sistema nacional de seguridad social
- n) Establece la vigencia de seguros complementarios para cubrir prestaciones adicionales a los del seguro general obligatorio. Convoca a las entidades públicas, privadas o mixtas, para su gestión.

4.2 Convenios internacionales de OIT en Seguridad Social

En el orden de los convenios internacionales, Ecuador ratificó en el año 1974 el Convenio de OIT sobre la seguridad social (norma mínima, 1952). El país ha aceptado las partes III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes). La parte VI ya no es aplicable en virtud de la ratificación del Convenio núm. 121 (Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1964). En virtud de la ratificación del Convenio núm. 128 (Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, de 1967) y de conformidad con su artículo 45, ciertas partes del Convenio 102 cesan de aplicarse. La parte III no es aplicable en virtud de la ratificación del Convenio núm. 130 (Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, de 1969).

Por lo tanto, las partes no aceptadas del Convenio 102, son: I (Disposiciones Generales), II (Asistencia Médica), IV (Prestaciones de Desempleo), VII (Prestaciones Familiares), VIII (Prestaciones de Maternidad), IX (Prestaciones de Invalidez).

4.3 Instituciones participantes

El sistema ecuatoriano de seguridad social está integrado por las siguientes instituciones:

- a) Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- b) Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- c) Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL).

Estas tres entidades administran un conjunto de programas típicos de la seguridad social, en las nueve ramas de seguridad social que define el Convenio 102 de OIT.

El IESS es la principal institución de seguridad social del país, y administra cuatro seguros, más otras prestaciones de corto plazo:

- Seguro Social Campesino (Salud y pensiones de vejez)
- Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar (prevención y recuperación), incluyendo prestaciones económicas
- Seguro General de Riesgos del Trabajo
- Seguro General de Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte
- Fondos de Reserva
- Cesantía
- Otras prestaciones económicas de corto plazo.

En una definición más amplia, atendiendo a un concepto de protección social, se pueden identificar otras instituciones que contribuyen con dicha función, a saber:

- d) El Consejo Nacional de Salud,
- e) El Ministerio de Salud Pública y sus dependencias adscritas
- f) Ministerio de Bienestar Social –Programa Bono de Desarrollo Humano (Secretaría Técnica del Frente Social)
- g) El Programa de Aseguramiento Universal en Salud, AUSS
- h) La Asociación de Municipalidades del Ecuador
- i) La Corporación Metropolitana de Salud del Distrito Metropolitano de Quito
- j) El Municipio de Guayaquil,
- k) Junta de Beneficencia de Guayaquil
- l) Otros gobiernos municipales que administran programas de protección social en salud y en otras prestaciones.

En el campo de la regulación y supervisión, la ley establece la existencia de dos instituciones encargadas de controlar la seguridad social, cada una en su ámbito respectivo:

- m) La Contraloría General del Estado (control de origen y uso de fondos)
- n) La Superintendencia de Bancos y Seguros, a través de la Intendencia Nacional de Seguridad Social.

Capítulo 5. El IESS: cobertura, financiamiento y gestión

Sin lugar a dudas el IESS es actualmente la institución más importante del sistema ecuatoriano de seguridad social, tanto en términos de los programas que administra, como del financiamiento y las prestaciones que otorga. Por esta razón, este capítulo se centra en el análisis de los principales programas del IESS; se abordan los aspectos principales referentes a cobertura, financiamiento y desempeño en la gestión.

5.1 Antecedentes históricos

En el año 1928 el IESS asume la misión que la Constitución Política le concedió para proteger a la población ecuatoriana. Este acontecimiento marca un hito en la República Ecuatoriana que de conformidad con la ley da lugar a la *Caja de Pensiones*. Su rol era conferir favores de jubilación, montepío civil, retiro, militar y fondo mortuario a los empleados del sector público, militares, civiles y más tarde, en el mismo año, al sector financiero del país. En 1935 se crea el Seguro General Obligatorio y se establece el Instituto Nacional de Previsión como el órgano supremo del Seguro Social. En 1937, se da un giro a la seguridad social ecuatoriana, con la reforma a la Ley del Seguro Social Obligatorio para incorporar el Seguro de Enfermedad. De esta manera, a la fecha, el Ejecutivo aprobó la *Caja de Seguro* de empleados privados y obreros.

Es en 1958 cuando las nuevas reformas ilustran una mayor disposición de equilibrio financiero y de servicios entre la Caja de Seguro y la Caja de Pensiones. Para inicios de la década de los sesenta se fusionan las cajas existentes tomando el nombre de Caja Nacional del Seguro Social, que estableció, dentro del criterio de la seguridad social, los siguientes beneficios: subsidio de dinero por enfermedad, seguro contra riesgos de trabajo, seguro artesanal, seguro profesional, y el seguro de trabajadores domésticos. En 1966 surgen nuevas reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio y para junio de 1970 se suprime el Instituto Nacional de Previsión, y la Caja Nacional del Seguro Social se convirtió en el Instituto Nacional de Seguridad Social. En 1974 se da la nueva estructura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con transformaciones en la conformación del Consejo Superior y el Departamento médico, el mismo que se conformó con el nombre de la Dirección Nacional Médico Social.

Para 1981 se dictan las aprobaciones para el Reglamento de Fondos de Reserva a favor de los empleados sujetos a la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa. El mismo año se establece el Régimen Especial del Seguros Social Campesino con características especiales para las organizaciones campesinas rurales bajo la administración directa del IESS. En 1986 se extiende la cobertura de protección a nuevos grupos poblacionales del país, surgiendo el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal. Este último estaba dirigido a la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital. En 1987 se integran al Consejo Directivo en una relación tripartita, integrantes de: los empleadores, los asegurados y el Estado.

A inicios de la década de los noventa, por un lado se dan reformas en relación con el Código de Trabajo, la Ley de Compañías Financieras y otras; mientras que por otro lado la Comisión Legislativa, en pleno, del Congreso Nacional dicta la Ley de Régimen de Maquila, de Contratación Laboral en tiempo parcial. Más tarde esta ley fue derogada por el régimen de afiliación de contrato laboral por horas. En 1991 se dicta la Ley del Anciano, estableciendo al Ministerio de Bienestar Social como órgano protector de este grupo poblacional. Para 1992 se dicta la Ley de Discapacidades con fines de atención, prevención e integración social. Pero en 1998, la Presidencia del Ecuador, por la Disposición Transitoria Segunda de la Constitución Política del Ecuador, nombra la Comisión Interventora del IESS, la misma que asumió las funciones del Consejo Superior cesante y fue conformada de manera tripartita por representantes de los empleadores, de los asegurados y de la Función Ejecutiva.

La comisión inició un profundo proceso de transformación para sistematizar la conformación una estructura moderna de gestión y descentralización, optimización, extensión de cobertura y financiamiento. En el año 2001 se publicó la Ley 2001-55 en el Registro Oficial. Sin embargo, el Tribunal Constitucional registró dos demandas de inconstitucionalidad en contra de varios artículos de la ley. Para marzo del 2003 la Comisión Interventora abandonó sus funciones, dando lugar al nuevo Consejo Directivo integrado de conformidad con la ley. Finalmente, debido a que la resolución de inconstitucionalidad de la Ley 2001-55 ha sido inaplicable hasta el punto que no ha llegado a ser reglamentada hasta el 2006, se ha llegado a expedir resoluciones coyunturales administrativas. Como resultado de esta declaratoria, el estancamiento del IESS se torna evidente y surgiendo, en la actualidad, la formación de una Comisión Interinstitucional entre el IESS, el Congreso Nacional y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD para la posible reforma de la Ley 2001-55.

5.2 Marco orgánico y funcional del IESS

La estructura orgánica del IESS ha experimentado cambios sustanciales durante la presente década, tanto como resultado de la reforma legal del 2001 como de las modificaciones que han introducido las recientes administraciones.

En el nivel superior del IESS existe un Consejo Directivo integrado por tres representantes tripartitos, del Gobierno, quien lo preside, de los empleadores y de los afiliados. En el nivel jerárquico siguiente se ubica la Dirección General y la Subdirección General, a cargo de un Director y Subdirector generales, respectivamente.

Se ubican como órganos de asesoría técnica al nivel superior, la Dirección Actuarial, la Auditoría Interna, la Comisión Nacional de Apelaciones y la Comisión Técnica de Inversiones.

En un nivel intermedio se ubican los órganos de fiscalización y control, a saber: la Procuraduría General y la Secretaría General, dependiendo jerárquicamente de la Dirección General.

En el nivel de dirección operativa, se encuentran cuatro direcciones generales, tres atendiendo programas de prestaciones específicos (productos) y una atendiendo al régimen de protección para los campesinos, a saber:

- a) Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar
- b) Dirección del Sistema de Pensiones
- c) Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo, y
- d) Dirección del Seguro Social Campesino (SSC).

Cada una de estas direcciones posee una estructura interna similar, organizada en subdirecciones, orientadas a la prevención de riesgos y de prestaciones y al aseguramiento, con una Unidad Provincial y una Subdirección de contabilidad y control presupuestario.

Dependiendo del nivel superior, bajo la Dirección General, se encuentran tres direcciones de apoyo: i) Dirección de Servicios Corporativos, ii) Dirección de Desarrollo Institucional, y iii) Dirección Económica Financiera.

Por último, en un nivel más operativo se encuentran las direcciones provinciales, las cuales básicamente replican algunas de las funciones del nivel central. A este nivel provincial existe una Comisión Provincial de Prestaciones y Controversias, y una Subdirección de Servicios al Asegurado, con sus respectivos departamentos de afiliación y control patronal, departamentos de fondos de terceros, agencias y montes de piedad; y una subdirección de servicios internos. Las subdirecciones de servicios al asegurado coordinan con el nivel central por intermedio de los departamentos provinciales de cada Dirección de Seguros.

Las unidades médicas representan un componente sumamente importante de la estructura del IESS, tanto en número como en términos económico-financieros; estas dependen directamente de la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar, y coordinan a través de la Unidad Provincial de dicho Seguro. Por su parte, el Seguro General de Riesgos del Trabajo no posee una red propia de prestación de servicios médicos, sino que según la ley debe contratar los servicios médicos con el Seguro de Salud Individual y Familiar, básicamente.

Sin duda alguna, esta estructura orgánica es altamente compleja, en concordancia con la complejidad que conlleva administrar los diversos seguros, programas y regímenes de protección encargados al IESS.

Dentro de esta estructura orgánica y funcional destacan algunos elementos, los cuales se desarrollan a continuación:

- a) La cantidad de integrantes del Consejo Directivo es muy baja en comparación con la práctica de este tipo de organizaciones de carácter tripartito. Usualmente los consejos directivos de las instituciones de seguridad social se integran al menos por dos representantes de cada parte constituyente.
- b) Un tema ligado a la función de conducción, es el papel que juega el Consejo Directivo, que en la práctica asume tareas en el campo administrativo y tiene injerencia directa a este nivel, participando en los procesos de gestión, incluido el nombramiento de funcionarios. Esta forma de participación de los representantes

tripartitos es completamente inusual en las instituciones de seguridad social, pues normalmente se entiende el papel de un consejo directivo más en funciones de conducción de políticas (rectoría) y normativas.

- c) En estrecha relación con lo anterior, existe una relación directa de los órganos asesores con el Consejo Directivo. Esto podría ser bondadoso desde el punto de vista de la estrecha comunicación con el nivel directivo, pero es contraproducente pues genera el riesgo de que los órganos de asesoría técnica, como el caso de Actuarial y la Comisión de Inversiones, estén influidos por decisiones del nivel político. En la práctica, esta parece ser una situación reconocida e institucionalizada en el IESS.
- d) Es notable la ausencia de un estamento encargado de la función de planificación institucional, que en las empresas modernas puede estar encargada a un consejo gerencial que permita no solo la fijación de estrategias conjuntas para toda la organización, sino también la coordinación entre áreas funcionales, direcciones y departamentos. Esta es una carencia importante a la que hay que prestar atención.
- e) Destaca el relativamente bajo nivel estratégico concedido a la gestión de tecnologías de información, que en organizaciones grandes como el IESS tienden a ubicarse más cerca del nivel superior, entendiendo su función en un plano más estratégico y cediendo espacio para que la gestión informática operativa pueda ser desempeñada en un plano más operativo. El modelo vigente de gestión informática tiende a conservar rasgos sumamente centralistas, lo que se convierte en un obstáculo para el desarrollo institucional de las tecnologías de información. Es recomendable visualizar un modelo alternativo para esta área, en concordancia con los requerimientos de una organización grande y compleja.

5.3 Situación de la cobertura

Sin lugar a dudas el principal problema que enfrenta el sistema de seguridad social del Ecuador es la baja cobertura. La población nacional estimada para el Ecuador en el año 2005 es 13,289,987 personas, de las cuales solo cerca del 15.3% cuenta con cobertura de aseguramiento en algún programa de seguro social, de modo que más de 11 millones de ecuatorianos y ecuatorianas están desprotegidos por la seguridad social. En términos contributivos, cuando la cobertura se mide con respecto a la población económicamente activa (PEA), el índice de cotizantes se ha mantenido en un valor del orden del 23%; esto significa que de cada 100 personas en actividad económica, 77 no cotizan a la seguridad social, y hacia el futuro, es muy posible que el índice de personas que no logren a consolidar derechos jubilatorios sea mucho mayor.

La falta de acceso a cobertura de la seguridad social representa para millones de ecuatorianos una pesada carga económica y social que retroalimenta la marginación y la pobreza. En términos prácticos y cotidianos, este problema tiene manifestaciones que afectan los derechos humanos de diversas maneras: desprotección frente a los riesgos de enfermedad (incluidas las pérdidas temporales de ingresos que supone la enfermedad y falta de acceso a atención integral en salud), condiciones inadecuadas de seguridad y salud en el trabajo que se reflejan en altos índices de accidentes, enfermedades y muertes por causas laborales, mortalidad infantil y juvenil; en general, condiciones de incertidumbre económica que afectan directamente el bienestar familiar.

En el contexto de envejecimiento paulatino de la población que muestra el Ecuador, los actuales déficit de cobertura contributiva de la fuerza de trabajo, suponen la formación de un pasivo social de enormes dimensiones, que de no enfrentarse hoy, implicará condiciones desastrosas no solo en términos de bienestar social, sino también desde el punto de vista del pasivo fiscal acumulado que suponen las prestaciones de jubilación por la vía de instrumentos no contributivos. Así, lo que no se logre financiar por medio de instrumentos basados en la participación contributiva que prevén los instrumentos de los seguros sociales, tarde o temprano el Estado deberá financiarlo utilizando instrumentos de protección no contributivos dirigidos a los ancianos y ancianas desprotegidas.

Como lo muestran las cifras de la Tabla 5.1, la exclusión en seguridad social es un fenómeno que afecta en mayor medida a las mujeres, y como veremos más adelante, también a los niños. Un 13.5% de las mujeres logran acceder a la cobertura de la seguridad social, frente a un índice del 17% para los hombres. Esta inequidad de género se repite en casi todos los grupos de edades, como se explica luego.

Tabla 5.1
Ecuador: cobertura de la población nacional según programa: 2005

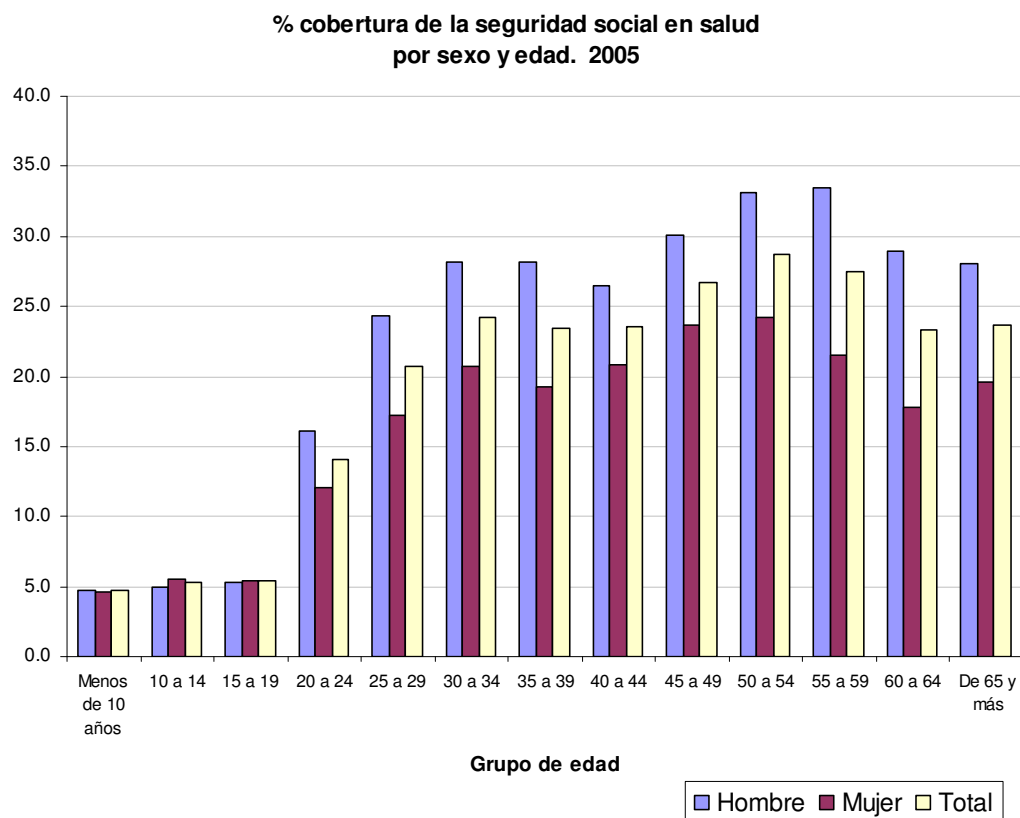
Programa	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Población total	13,289,987	6,634,097	6,655,890
Población con cobertura:	2,033,155	1,137,640	895,515
IESS- Seguro Campesino	538,341	272,724	265,617
IESS- Seguro General	1,419,566	824,154	595,412
ISSFA, ISSPOL	75,248	40,762	34,486
Población con cobertura (%):	15.3	17.1	13.5
IESS- Seguro Campesino	4.1	4.1	4.0
IESS- Seguro General	10.7	12.4	8.9
ISSFA, ISSPOL	0.6	0.6	0.5

Fuente: procesado a partir de Encuestas de Hogares 2005, OIT/SIAL.

De la población protegida, casi la totalidad (96%) corresponde a asegurados al IESS bajo las modalidades del Seguro General y el Seguro Social Campesino; los demás sistemas, como lo son el de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía Nacional (ISSPOL), en conjunto cubren al 0.6% de la población, lo que evidencia su carácter de programas cerrados.

El acceso a la atención en salud por medio de los derechos que se derivan de la afiliación a un seguro de salud, es uno de las más importantes y sentidos por la ciudadanía. La falta de cobertura por la seguridad social en salud se compensa mediante la iniciativa individual a través de los seguros privados, pero solo para un 2.4% de la población nacional; se trata sin duda alguna de grupos con alta capacidad contributiva.

Gráfico 5.1



Al revisar la protección de los programas de la seguridad social ecuatoriana por rangos de edades y por sexo, encontramos que precisamente la población más vulnerable, esto es los infantes y lo menores de edad en general, son los menos protegidos, con niveles del orden del 5%. La cobertura del IESS alcanza a los niños durante su primer año de vida, pero cabe destacar que Ecuador se ubica dentro de los pocos países de Latinoamérica donde el Seguro Social no brinda cobertura completa a los hijos del asegurado hasta los 18 años. Más específicamente, Ecuador forma parte de un grupo de ocho países latinoamericanos que restringen la cobertura de los hijos del titular asegurado, y más aún, junto con República Dominicana es el país de Latinoamérica donde más limitada está la cobertura legal de los hijos (hasta el primer año de vida). Otros países donde también se restringe la cobertura son Guatemala (hasta los 5 años), El Salvador (hasta los 6 años), Honduras (hasta los 11 años) y El Salvador y Nicaragua (hasta los 12 años); en el resto de los países de la Región los hijos tienen derecho a la cobertura hasta los 18 años, y en algunos países hasta la culminación de los estudios universitarios⁶.

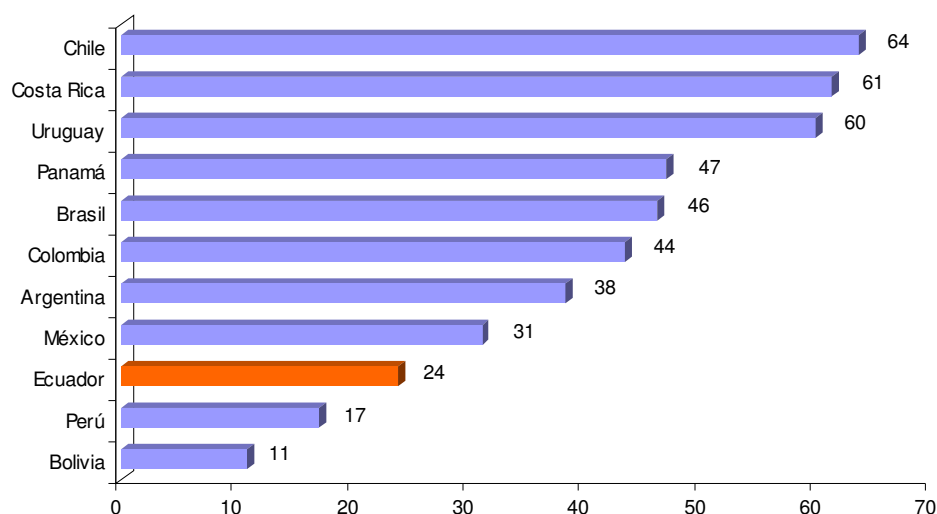
⁶ Mesa-Lago, Carmelo. (2006). Integración de políticas de protección social para extender la cobertura: El rol de las instituciones de seguridad social. La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas. AISS, Conferencia Regional Americana, 2006.

La falta de cobertura afecta tanto a los hombres como a las mujeres, en todas las edades, pero en mayor medida a la población femenina. Cabe advertir, además, que para la población en edades intermedias, es decir, población en edad de trabajar y potencialmente sujeta de afiliación contributiva directa, la cobertura oscila entre 20 y 30%.

Desde el punto de vista del desempeño de la cobertura, resulta muy importante obtener mediciones comparativas con otros países. El Gráfico 5.2, muestra los indicadores de cobertura contributiva, es decir, derivada de la vinculación laboral, medida con respecto a la población económicamente activa de un grupo seleccionado de países latinoamericanos; los datos están ordenados de mayor a menor.

Gráfico 5.2

**% cobertura contributiva de la fuerza de trabajo en
países seleccionados**



Fuente: Encuestas de Hogares 2003 y 2004, OIT/SIAL.

Comparativamente, a nivel regional de América Latina Ecuador se ubica entre los países de baja cobertura contributiva de la seguridad social, incluso por debajo de países que poseen similares niveles de economía informal como es el caso de Colombia. Sin lugar a dudas, esto indica que existe un margen suficiente para extender la aplicación de la cobertura legal vigente, al menos a la población asalariada como luego se verá.

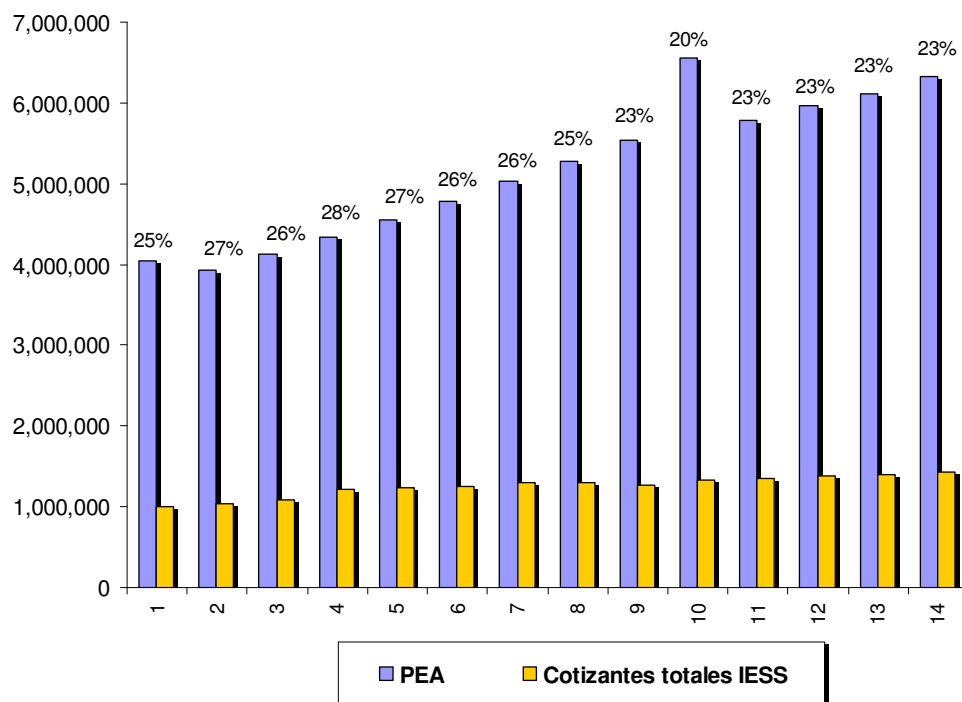
Cobertura del IESS respecto a la fuerza de trabajo

Las cifras para el análisis de la cobertura del IESS presentadas en este apartado, se basan en los registros institucionales de la Institución, y se combinan con cifras extraídas de las encuestas de hogares (ENEMDU) a efectos de estimar las tasas de cobertura. Cabe aclarar que las estimaciones de indicadores derivadas exclusivamente de las encuestas de hogares presentan algunas diferencias con respecto a las cifras de registros institucionales, que pueden estar explicadas tanto por los conocidos problemas en los sistemas de información del IESS como en las desviaciones propias de la metodología de muestreo que utilizan las encuestas de hogares. Sin embargo, las diferencias no son suficientemente significativas y por ende no invalidan los análisis resultantes.

Durante los últimos tres lustros la evolución de la cobertura del IESS con respecto a la PEA o fuerza de trabajo no ha dado muestras de mejoría, y por el contrario, se observa una tendencia al estancamiento a largo plazo con reducción reciente. Como se muestra en el Gráfico 5.3, en el lapso 1992 a 2005 la PEA presenta un crecimiento sostenido, en tanto que el porcentaje de cobertura (cociente cotizantes activos del IESS/PEA) permanece prácticamente estancado. Dicho indicador fluctúa en todo el periodo entre un mínimo de 20.3% registrado en el año 2001 y máximo de 28.1% alcanzado en el año 1995; a partir de este año, es notoria la tendencia decreciente en los niveles de cobertura.

Gráfico 5.3

PEA, cotizantes al IESS y % de cobertura de la PEA. 1992-2005



FUENTE: Dirección Actuarial del IESS, SICA-MAG, INEC.

Cobertura por niveles de ingreso y geográfica

Datos del Sistema Integrado de Encuesta de Hogares muestran que la mayor parte de la población protegida por el IESS corresponde a los estratos de mayores ingresos, fenómeno típico en los países de Latinoamérica de baja cobertura de la seguridad social. En ese sentido, mientras que el 20% más pobre de la población concentra el 9% de afiliados, el quintil superior de ingresos concentra el 37% de la afiliación.

Tabla 5.2
Afiliados al IESS por quintiles de ingreso

Quintil de ingresos	Ingreso promedio/ mes US\$	Número de afiliados	% afiliados
1	37	104,873	23.6
2	97	119,284	26.9
3	150	171,901	38.8
4	220	358,752	80.9
5	661	443,579	100.0
Total		1,198,389	270.2

FUENTE: Secretaría Técnica del Frente Social, Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (ENEMDU), INEC, 2003.

Estudios previos sobre pobreza y cobertura geográfica suministran mayores evidencias acerca de la concentración de la cobertura de la seguridad social no solo a nivel de ingresos, sino también en los territorios con mayores índices de pobreza. Las cifras muestran una relación inversa entre índice de desarrollo humano provincial y el porcentaje de cobertura, de modo que en las dos provincias (Guayas y Pichincha) con menor índice de pobreza humana (entre 8.9 y 9.8 de IPH) se concentra poco más de las dos terceras partes (68%) de afiliados al Seguro General Obligatorio y la cobertura del IESS es más del doble que en las ocho provincias que muestran mayor índice de pobreza (entre el 20 y 28 de IPH), donde se concentra apenas el 18% de la cobertura⁷.

Por otra parte, estas cifras muestran que no existe una correspondencia entre el número de afiliados, el tamaño de la PEA y la población total en las dos provincias menos pobres del Ecuador (Guayas y Pichincha). Por ejemplo, la población total de Pichincha (2,300,000 habitantes) es inferior en casi 1 millón de personas a la de Guayas (3,309,034); sin embargo, su PEA es superior en 182,512 y su porcentaje de cobertura con respecto a la población total es más del doble. Diversos elementos pueden estar explicando esta situación, tales como el grado de desarrollo de la economía, la concentración de empleados públicos en Quito, y diferenciales en los niveles de evasión, entre otros.

⁷ FUENTE: PNUD, Dirección Actuarial del IESS, Secretaría Técnica del Frente Social, Ecuador Online, INEC, Los datos corresponden al año 2001.

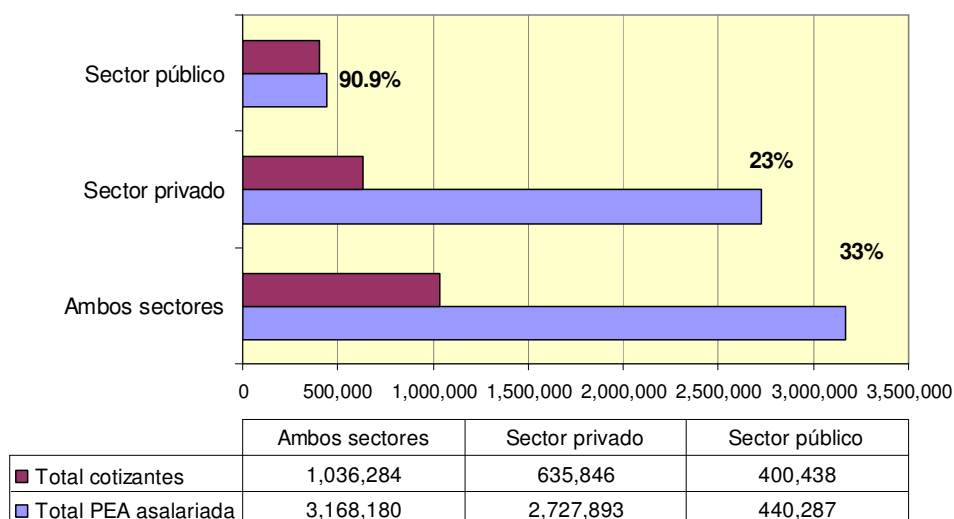
Cobertura de la población asalariada

Hacia el 2005 Ecuador presenta una población asalariada de 3.1 millones de empleados y empleadas, de los cuales cerca de 1 millón contaban con la cobertura del IESS vinculada a la relación laboral, cifras que arrojan un porcentaje medio de cobertura del 33%, aproximadamente.

Dicho de otra manera, de cada 100 trabajadores asalariados, 66 no cuentan con cobertura de afiliación a la seguridad social, de modo que se trata de empleadores obligados a reportar a sus trabajadores, pero que evaden sus obligaciones con la seguridad social.

Gráfico 5.4

Ecuador: cotizantes y % de cobertura de la PEA asalariada, 2005.



Fuente: Encuesta de Hogares 2005, procesado por OIT/SIAL.

Cuando la cobertura de los asalariados se analiza según sector institucional, se observa que los valores medios correspondientes al sector privado están muy por debajo de los del sector público, de modo que solo el 23% de los trabajadores asalariados del sector privado logran realizar su derecho laboral de aseguramiento. Como se analiza seguidamente, este indicador muestra variaciones importantes cuando se detalla por tamaño de establecimiento y rama de actividad económica.

Según se muestra en la Tabla 5.3, se observa una fuerte relación directa entre el tamaño de establecimiento, medido según el número de empleados en el establecimiento, y la tasa de cobertura. Se evidencia el típico problema de baja cobertura en la microempresa que presentan los países latinoamericanos; efectivamente, apenas el 7% de los trabajadores de empresas con menos de 5 empleados, están integrados al IESS. Como se puede apreciar, la

protección de la seguridad social es prácticamente nula en las actividades agropecuarias y de la construcción con menos de 10 empleados.

Tabla 5.3

Ecuador: % de cobertura de la PEA asalariada, por tamaño de establecimiento, según rama de actividad

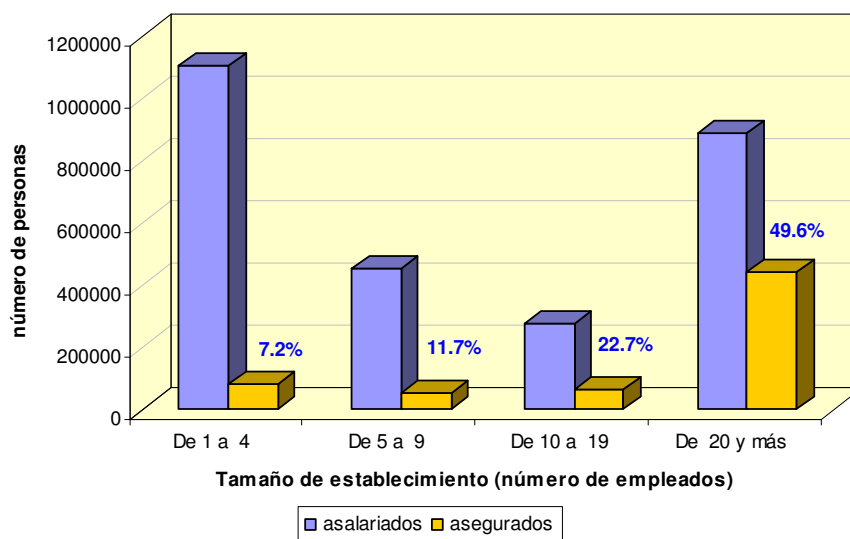
Rama de actividad	Total	Número de trabajadores				Sector Público
		1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 y más	
Total	32.7	7.2	11.7	22.7	49.6	90.9
Agricultura, silv., caza y pesca	9.4	2.1	2.7	7.5	26.5	
Comercio, restaurantes y hoteles	28.2	9.1	18.1	35.2	55.6	77.6
Construcción	9.1	1.3	4.0	2.7	36.8	87.1
Industrias manufactureras	37.1	12.0	9.5	25.4	59.9	83.9
Otras actividades	39.0	12.0	25.3	33.8	54.9	86.4
Servicio doméstico	10.0	8.5	39.0			
Servicios. comun., sociales y pers.	72.0	14.0	26.7	31.4	57.8	91.4

Fuente: Encuesta de Hogares 2005, procesada por OIT/SIAL.

Hay que destacar que excepto en el sector público, aún en las medianas y grandes empresas, la baja cobertura de la seguridad social parece ser un problema crítico; en efecto, si se consideran las empresas con 20 o más empleados, el índice medio de cobertura apenas si llega a alcanzar el 50%, y en el mejor de los casos se aproxima al 60% en el sector de industrias manufactureras. Comparativamente, en países como Chile, Costa Rica y Uruguay, los índices equivalentes para empresas con 10 y más empleados superan el 80%.

Gráfico 5.5

Sector privado: % de cobertura de la población asalariada, según tamaño de establecimiento



Fuente: Encuesta de Hogares 2005, procesado por OIT/SIAL.

Estas cifras suministran un mapeo sumamente útil para el diseño de políticas y programas de aumento de cobertura. Considerando la experiencia de otros países de la región, es sumamente factible obtener resultados de aumento en aplicación de normas de

aseguramiento, en plazos relativamente cortos, en sectores tales como la mediana empresa agrícola, el comercio (para todos los tamaños de establecimiento), la mediana construcción y en las industrias manufactureras medianas y grandes. En todos los casos señalados, la experiencia internacional muestra que se trata de sectores cuya naturaleza hace que el control contributivo sea relativamente mucho más fácil y donde los sistemas de recaudación y cobro operan sin mayores inconvenientes.

Cobertura pensionaria de los adultos mayores

Otra perspectiva de la cobertura, aplicable a los sistemas de pensiones, tiene que ver con la proporción de adultos mayores que llegan a consolidar un derecho pensionario; se trata de un indicador que captura el efecto acumulativo de la cobertura contributiva en las décadas previas, de manera que nos informa sobre el desempeño de la cobertura previsional en el largo plazo.

Hacia el año 2005 se estima que habían en Ecuador 1.3 millones de personas con edad igual o superior a 60 años, 644 mil hombres y 681 mil mujeres, aproximadamente. Así también, se estima que en ese rango de edades se ubican cerca de 124 mil pensionados, lo que arroja un cálculo de cobertura de 9.3%; si se considera solo la población de 65 y más años (en edad de pensionarse de acuerdo con los estándares internacionales), el indicador de cobertura pensionaria es 11%. Estas estimaciones son coherentes con la cobertura contributiva histórica respecto a la fuerza de trabajo, que en Ecuador se ha mantenido en un nivel relativamente baja, lo que impide que una proporción significativa de adultos mayores lleguen a consolidar una pensión.

Tabla 5.4
Cobertura pensionaria de la población de 60 y más años de edad, 2005.

Sexo y edad	Población	Jubilados o pensionados	% cobertura
Ambos sexos	1,324,717	123,834	9.3
60 a 64	367,428	14,738	4.0
65 y más	957,289	109,095	11.4
Hombre	644,050	73,183	11.4
60 a 64	180,932	6,557	3.6
65 y más	463,118	66,626	14.4
Mujer	680,666	50,651	7.4
60 a 64	186,496	8,181	4.4
65 y más	494,170	42,470	8.6

Fuente: Encuesta de Hogares 2005, procesado por OIT/SIAL.

Hay que destacar que una medición completa de la cobertura pensionaria habría de agregar el componente “no contributivo” de pensiones, que en Ecuador asume la forma del *Bono de Desarrollo Humano*. Sin embargo, los datos de cobertura de dicho Bono dan cuenta de aproximadamente 10 mil beneficiarios adultos mayores, lo que implicaría que la cobertura

pensionaria total, contributiva y no contributiva, difícilmente sobrepasa el 10% de la población adulta mayor. Por lo tanto, una conclusión importante es que frente a la ausencia de cobertura contributiva pasada, el Ecuador podría mejorar sus cobertura pensionaria de la población anciana fortaleciendo los instrumentos no contributivos; esto implica empezar a considerar las prestaciones del Bono de Desarrollo Humano como una prestación de la seguridad social, y en ese sentido, consolidarla como un instrumento de mitigación de la pobreza para el grupo en cuestión. Otros países latinoamericanos como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, han desarrollado componentes pensionarios no contributivos para la población anciana, con un gran éxito en la reducción de la pobreza entre los ancianos.

El análisis desde la perspectiva de género, indica que en términos generales, la baja cobertura pensionaria de la población de la tercera edad afecta en similar magnitud a los hombres y a las mujeres; no obstante, como la cobertura contributiva histórica tiende a favorecer a los hombres, a largo plazo esta situación ha generado algún grado de desigualdad, de manera que mientras que en el caso de los hombres de 65 y más años de edad la cobertura pensionaria es 14.4%, el valor correspondiente a las mujeres es 8.6%, es decir, inferior a la de los hombres en cuarenta por ciento.

5.4 La evasión de contribuciones al IESS

Como se demostró en la sección anterior, una significativa proporción de trabajadores en relación de dependencia (asalariados) no disfrutan aún la cobertura de la seguridad social. La problemática de la falta de cobertura posee una dimensión económica propia, que se refiere a la cantidad de recursos que no logran llegar al IESS y que no llegan a formar parte de las prestaciones a los asegurados.

En este apartado se presentan estimaciones de la evasión contributiva por concepto de cuotas a la seguridad social, con detalles para los cuatro principales programas de seguros administrados por el IESS: salud, pensiones, riesgos del trabajo y cesantía.

La evasión es un fenómeno sumamente complejo, pero su solución es un aspecto crucial para la sostenibilidad de cualquier programa de seguridad social. Existen dos formas básicas de evasión: i) cuando un empleador no registra y reporta un empleado en la planilla de la seguridad social, caso en el cual se trata de “evasión por no aseguramiento” y ii) cuando el salario reportado por el empleador es inferior al salario por el que legalmente se debe cotizar.

La evasión de contribuciones puede ocurrir solamente si se dan al menos cuatro condiciones:

- a) El marco jurídico para tipificar y penalizar la evasión es débil, lo que genera en los empleadores una percepción de bajo riesgo (económico y jurídico) respecto a los actos de evasión
- b) Los empleadores desean evadir, o los pagos a la seguridad social tienen una baja prioridad con respecto a otros gastos de las empresas
- c) Los trabajadores prefieren no pagar las contribuciones, pues consideran que no recibirán a cambio del pago una suficiente contraprestación o beneficio.
- d) El Estado tolera la evasión o es incapaz de prevenirla.

Existen poco más de 2 millones de asalariados que no están incorporados al IESS, es decir, que son sujetos de evasión contributiva. Se trata de grupos con ingresos promedio significativamente inferiores a los ingresos de los actuales cotizantes. Así, mientras que los cotizantes presentan un ingreso medio mensual de US\$348, el ingreso correspondiente a los trabajadores asalariados no cubiertos por el IESS llega a solo US\$177, es decir, según la Encuesta de Hogares en promedio ganan aproximadamente la mitad que los primeros. Esto no significa, sin embargo, que todos los asalariados no cubiertos ganen menos que los cubiertos, pues dentro de los trabajadores sujetos de evasión contributiva hay también grupos con salarios medios y altos, y empleados de la economía formal.

Una estimación gruesa de la evasión por subdeclaración de salarios, basada en cifras de la Encuesta de Hogares del 2005 y aplicando una tasa global de cotización de 20.5% según la normativa vigente, da cuenta de un porcentaje de evasión del orden del 31% de los ingresos efectivos actuales; es decir, se estima que por cada 100 dólares recaudados, se dejan de recaudar 31 dólares solo por concepto de la subdeclaración de salarios al IESS. Esto representa aproximadamente US\$ 228 millones de faltantes en ingresos.

Por otra parte, la suma estimada de evasión por no aseguramiento (no reporte de trabajadores a IESS, parcial o total) para el año 2005 arroja un resultado de US\$778 millones. Por lo tanto, la evasión total al IESS en el año 2005, se estima en un valor del orden de los US\$1,006 millones. En la Tabla 5.5 se detallan los estimados globales de evasión para los seguros de Salud, Pensiones IVM, Riesgos del Trabajo y Cesantía.

Tabla 5.5
Evasión global estimada a los seguros de Salud, IVM, Riesgos del Trabajo y Cesantía
por tamaño de establecimiento y rama de actividad, para el 2005.
(en dólares)

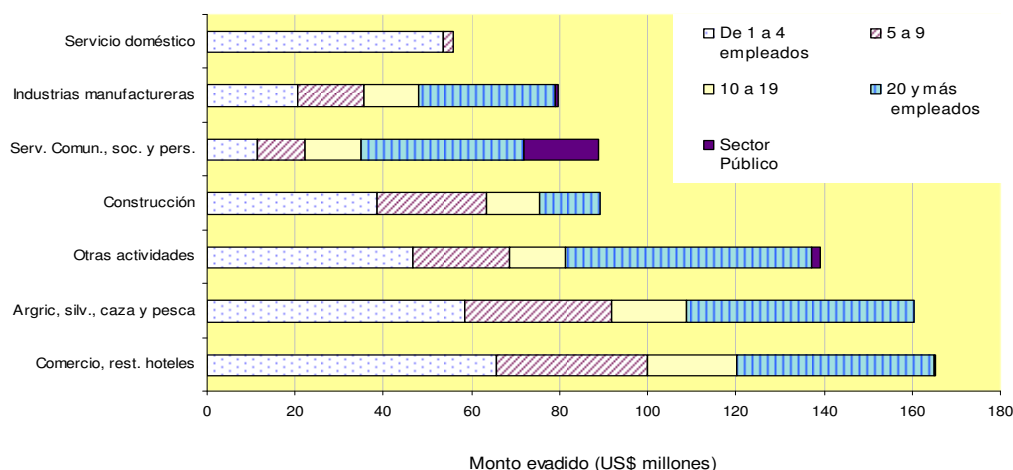
Rama de actividad	Total	De 1 a 4 empleados	5 a 9	10 a 19	20 y más empleados	Sector Público
Total	778,574,739	295,431,952	141,489,582	88,189,114	233,849,433	19,614,658
Agricultura, silv., caza y pesca	160,529,122	58,451,269	33,213,547	17,161,340	51,702,967	
Comercio, restaurantes y hotele	165,239,018	65,761,039	34,182,729	20,398,754	44,779,814	116,681
Construcción	89,208,308	38,680,542	24,559,818	12,330,070	13,614,296	23,583
Industrias manufactureras	79,670,662	20,594,940	14,914,417	12,624,752	31,050,138	486,414
Otras actividades	139,175,525	46,868,330	21,689,012	12,876,648	55,660,521	2,081,015
Servicio doméstico	55,908,951	53,637,740	2,271,212			
Servicios comunales, sociales y	88,843,152	11,438,093	10,658,847	12,797,550	37,041,698	16,906,965

Fuente: elaborado con base en Encuestas de Hogares, OIT/SIAL y tasas de cotización de la Dirección Actuarial del IESS.

Si todos los trabajadores asalariados ecuatorianos fueran incorporados al Seguro Social, independientemente del tamaño de establecimiento y rama de actividad económica, los ingresos de la Institución en los seguros de salud, pensiones, riesgos del trabajo y cesantía, se incrementarían en cerca de US\$800 millones anuales. Esta cifra sobrepasa los gastos actuales del IESS, que en el año 2005 sumaron aproximadamente US\$679 millones.

Gráfico 5.6

Evasión de cuotas al IESS por tamaño de establecimiento, según rama de actividad, estimada para 2005 (en US\$ millones)



En términos económicos, la evasión de cuotas se concentra en dos extremos: trabajadores de la micro empresa, de menos de cinco empleados, y trabajadores de establecimientos de 20 y más empleados, probablemente con mayor concentración hacia empresas medianas y grandes. Esto se ilustra en el Gráfico 5.6.

Tabla 5.6
Evasión por no aseguramiento respecto a los ingresos,
en tres programas del IESS, 2005

Programa	Evasión US\$	% de ingresos totales	% de ingresos por cuotas
Total	655,641,885	78.0	92.1
Salud	233,982,198	84.7	92.1
Pensiones IVM	399,121,998	74.4	91.6
Riesgos del Trabajo	22,537,690	81.8	103.0

Fuente: elaborado con base en Encuesta de Hogares 2005 y Estado de Resultados IESS 2005.

Las cifras de evasión por no aseguramiento, según programa administrado, se presentan en la Tabla 5.6. Como se puede observar, los programas más afectados por el fenómeno de la evasión, en términos de monto absoluto, son pensiones y salud. Se estima que solo en los programas de salud, pensiones IVM y riesgos del trabajo, el IESS deja de percibir un monto total evadido por no aseguramiento, del orden de US\$656 millones anuales, cifra que representa cerca del 78% del total de ingresos percibidos en esos tres programas, o bien el 92% de los ingresos por cuotas. Se trata sin duda de cifras muy significativas.

5.5 Afiliación, recaudación y control contributivo

Como se desprende de los análisis de las dos secciones precedentes, el sistema de seguridad social del Ecuador afronta severos problemas para cumplir la misión de brindar protección social. La falta de aplicación de la cobertura legal a la población asalariada y su contraparte en términos económicos, la evasión de contribuciones, obedecen al menos a tres tipos de factores: i) carencias en el marco jurídico, ii) debilidades institucionales en la gestión de la afiliación, la recaudación y el control contributivo, incluida la inspección de la seguridad social, y iii) falta de incentivos a la contribución.

5.5.1 Marco jurídico para el control de la evasión

En general, la actual legislación ecuatoriana en seguridad social es omisa en cuanto a la definición de un régimen claro de faltas y sanciones dirigido a los empleadores que incumplen la ley en los ámbitos de afiliación, inscripción y pago. En ese sentido, existe el reto de introducir modificaciones para fortalecer el concepto de la afiliación a la seguridad social como un derecho de los trabajadores, con sanciones de suficiente alcance para los empleadores que incumplan con garantizar dicho derecho a sus empleados.

Desde el punto de vista del interés de los empleadores, es indispensable avanzar hacia un esquema con mayor aplicación de la legislación vigente sobre cobertura. En la medida en que un grupo de empresas incumple con los deberes de inscripción de trabajadores y pago de aportes, y tal situación es tolerada por el sistema, ello coloca en desventaja competitiva a los empleadores que sí cumplen con su responsabilidad social de afiliación y pago de aportes.

En las legislaciones de seguridad social más avanzadas de Latinoamérica, la evasión de cuotas a la seguridad social está suficientemente tipificada y sancionada. No basta contar con una tipificación de faltas, sino que se requiere establecer un marco de sanciones que genere riesgos para los empleadores que cometan evasión, en proporción directa a la gravedad de la falta cometida. Las faltas más comunes tipificadas en las legislaciones de la región, son las siguientes:

- a) No realizar la afiliación del trabajador en el plazo y condiciones establecidos en la ley
- b) No comunicar la ocurrencia de un accidente laboral de acuerdo con el procedimiento y en el tiempo que fije el respectivo reglamento o norma.
- c) Rebajar los salarios de los trabajadores con el fin de cubrir las cuotas que deba pagar como empleador
- d) No realizar la deducción de las cuotas de los trabajadores, en el monto y plazos establecidos en la ley
- e) Omitir en las planillas o nóminas presentadas, el reporte de uno o más trabajadores
- f) Suministrar incorrectamente o falsear el monto de las remuneraciones reportadas en las planillas o cualquier información que sirva para calcular el valor de las contribuciones
- g) Despedir a los trabajadores o tomar represalias contra aquellos empleados que denuncien ante las autoridades públicas, el cumplimiento de las obligaciones patronales con la seguridad social,

- h) Negarse a proporcionar los datos e información requerida para el cálculo y aplicación de las contribuciones, o poner obstáculos a su acceso o retardar injustificadamente su entrega.
- i) Negarse a suministrar en forma injustificada y reiterada, información requerida por las autoridades administrativas, los inspectores o cualquier otro funcionario debidamente certificado para solicitarla.
- j) Impedir o retardar injustificadamente la entrada a las instalaciones de los establecimientos productivos bajo su responsabilidad, de los inspectores de la seguridad social.
- k) Reincidir injustificadamente con cualquiera de las faltas señaladas anteriormente.

A nivel del marco jurídico para el combate a la evasión, es sumamente recomendable que futuros planteamientos de reforma incorporen la experiencia internacional, adaptando las buenas prácticas al contexto ecuatoriano.

5.5.2 Gestión de la afiliación, la recaudación y el control contributivo

La gestión de la afiliación, la recaudación y el control contributivo ocupa un lugar central en la misión de cualquier institución de seguridad social, puesto que se relaciona directamente con el cumplimiento de la misión: brindar protección social a la mayor cantidad posible de personas. Sin embargo, en el IESS constituye una de las áreas más rezagadas de la administración; ello pese a los progresos recientes en otras áreas de la Institución. Lamentablemente no existen políticas institucionales de recaudación y control contributivo, situación que afecta el accionar de los programas como un todo, pues ello incide negativamente en el nivel de financiamiento.

Aparte de la falta de un marco de políticas institucionales en materia de afiliación, recaudación y control contributivo, las falencias del IESS en esta área se pueden resumir en tres categorías, relacionadas entre sí:

- a) Baja jerarquía organizativa de las funciones de recaudación y control contributivo
- b) Ausencia de coordinación con los servicios de inspección del Ministerio de Trabajo y Empleo; y
- c) Debilidades en los servicios de inspección, a nivel central y provincial: materiales, tecnológicas, y de cantidad y calidad de recursos humanos.

La baja jerarquía se refleja en la ausencia de una instancia a nivel nacional responsable de gestionar el tema a nivel estratégico y global; actualmente la responsabilidad de esta área en el nivel central del IESS está subsumida a las funciones de la Dirección General, lo que le brinda muy escasa presencia orgánica central. Por lo tanto, los temas de afiliación, recaudación y control contributivo se gestionan básicamente a nivel de las direcciones provinciales, sin articulación sistémica ni organizativa central, pues en cada Dirección Provincial opera un área de afiliación y control patronal. En el nivel central del IESS se ubica la Dirección Provincial de afiliación y control patronal que atiende exclusivamente Pichincha. Se podría afirmar que la falta de integración nacional de los sistemas de información que padece el IESS, de una u otra forma no es más que uno de los síntomas

causados por la falta de articulación de políticas y gestión de la recaudación en el nivel central.

Una recomendación crítica se refiere a la necesidad de integrar un área central, al menos con nivel de Dirección, especializada en desarrollar y gestionar institucionalmente las funciones de afiliación, recaudación y control contributivo a nivel nacional. Una instancia como la propuesta habría de estar dotada de las facultades e instrumentos necesarios para potenciar al máximo su alcance en la aplicación de la ley, a nivel nacional. Su Director, a través de los funcionarios calificados, habría de estar dotado para requerir información financiera a los empleadores privados e instituciones públicas, incluidas las entidades encargadas de administrar la materia tributaria, así como dotado para desarrollar la cobranza coactiva y publicar listas de contribuyentes con adeudos vigentes al IESS, entre otras facultades.

Aparte de la formulación de políticas nacionales y del desarrollo y coordinación de la afiliación a nivel nacional, en la lista de funciones de dicha Dirección, se recomienda establecer específicamente dos: el “control contributivo” y la “inspección laboral”; de manera que puedan hacerse explícitas a nivel de la ley las atribuciones de la Dirección y de los inspectores de la seguridad social.

Es importante mencionar que la historia laboral está bajo la administración de la Dirección de Desarrollo Institucional, lo que impide una gestión integrada de las funciones de afiliación, recaudación y control contributivo, cuyo principal insumo y producto habría de ser el sistema de historia laboral. Una línea de acción para mejorar en esta área sería propiciar una unificación de las áreas de afiliación y recaudación con la de la administración de la historia laboral, asumiendo un rol especializado de incremento de la cobertura nacional.

Inspección de la seguridad social. Las reformas a la seguridad social introducidas en el 2001, lejos de favorecer el fortalecimiento de la inspección de la seguridad social, la debilitaron. Además de establecer una adecuada coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo, se requiere formular una estrategia de fortalecimiento de la inspección de la seguridad social, la cual habría de estar acompañada de la creación de la función de control contributivo a nivel central y con sus respectivos “brazos” provinciales, encargada de los temas de “inteligencia contributiva”, como por ejemplo el mapeo de la evasión, la detección de sectores de actividad con mayor crecimiento o contracción, detección de oportunidades de expansión de la cobertura, diseño de instrumentos normativos y tecnológicos para el control de la evasión y la organización y el control de desempeño del servicio de inspección, entre otras.

En relación con los inspectores de la seguridad social, siguiendo las mejores prácticas internacionales, habrían de ser dotados legalmente con “carácter de autoridades”; así también, a efecto de dotarlos de facultades suficientes, sería conveniente agregar que los documentos que preparen en el cumplimiento de sus funciones, puedan considerarse con valor de prueba calificada para cuestiones administrativas, contributivas y jurídicas en relación con sus funciones. A nivel normativo, lo ideal sería establecer una lista completa de funciones y facultades de los inspectores de la seguridad social.

Coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo. El otro problema mencionado, relativo a la falta de coordinación del IESS con los servicios de inspección del Ministerio de Trabajo y Empleo, podría interpretarse en primera instancia como una falencia del marco jurídico laboral y de la seguridad social, problema que ha de ser estudiado y corregido cuanto

antes. La falta de integración funcional en la ejecución de las tareas mencionadas entre el IESS y el Ministerio de Trabajo, evidentemente redundan en ineficiencia e ineficacia, pues los inspectores laborales tienen plena capacidad jurídica y técnica para detectar el incumplimiento de derechos laborales de aseguramiento, con el fin de comunicarlo al IESS para la debida actuación. Es recomendable establecer un proceso que conlleve a tal coordinación o articulación funcional.

Privilegio de las contribuciones a la seguridad social. Como elemento adicional para garantizar los respectivos derechos que establecen las normas de seguridad social y para fortalecer la capacidad recaudatoria del IESS, se recomienda dotar al IESS y a las demás instituciones de seguridad social, del privilegio de pago de contribuciones a la seguridad social en relación con los acreedores comunes.

Acceso a información en seguridad social. Otra consideración tiene que ver con la necesidad de garantizar que los representantes de las organizaciones de empleadores y trabajadores -tales como cámaras, centrales sindicales y federaciones- tengan la garantía de acceso a información sobre evolución de los ingresos, gastos, cobertura, niveles de cotización y morosidad, reportes de gestión, anuarios y memorias institucionales, y en general toda información que por su naturaleza se considere de carácter público, sin perjuicio de la protección de la confidencialidad de la información a nivel de los empleadores e individuos contribuyentes.

Es importante mencionar que pese a la introducción de algunas mejoras importantes en la gestión del IESS durante los últimos años, el tema recaudatorio y de control contributivo parece haber permanecido al margen de los procesos de cambio, lo cual se refleja en el pobre desempeño de la afiliación y la cobertura respecto a la PEA que se detalla en el presente Informe.

Préstamos hipotecarios. Durante el lapso de elaboración de este informe, el IESS se preparaba para lanzar un nuevo programa de préstamos hipotecarios, con gestión a cargo de la misma Entidad. En el pasado el IESS ha administrado programas de préstamos hipotecarios, con consecuencias poco favorables desde el punto de vista de la recuperación y rentabilidad de cartera; en particular, los criterios de calificación estaban basados en elementos de escaso contenido técnico, como el tamaño del grupo familiar, lo que generó tasas negativas de rentabilidad, etc., de manera que la actividad no se concibió como un instrumento para potenciar la rentabilidad de las inversiones de largo plazo y garantizar mayores prestaciones en pensiones y salud para los afiliados.

Es indispensable que un programa de esta naturaleza cumpla estrictamente con criterios técnicos de diseño y administración. En ese sentido, uno de los mayores riesgos que se pueden percibir con la reincursión del IESS en la actividad de préstamos hipotecarios, es que su gestión se politice; de hecho, durante los meses de mayo y junio de 2007 el Congreso de la República estuvo deliberando sobre la fijación de la tasa de interés aplicable a dichos préstamos, un tema que en condiciones óptimas habría de resolverse en el plano exclusivamente técnico-administrativo.

Por otra parte, este tipo de actividades, como los préstamos hipotecarios y quirografarios, sin desmerecer la importante misión social que pudiesen cumplir, son ajenas a la misión de una institución de seguridad social, e históricamente han representado un “distractor” que impide

que la administración se enfoque con mayor fuerza en los objetivos y programas principales para los cuales fue creado el IESS.

Inspección de la seguridad social. Desde inicios de la década, la Comisión Interventora dispuso la disolución de los servicios de inspección del IESS; aunque probablemente esta decisión obedeció a la necesidad de enmendar algunos problemas de funcionamiento y eficiencia, la situación actual no puede ser peor. Hacia finales de los noventa, la Institución poseía un cuerpo de aproximadamente 120 inspectores de la seguridad social solo en la provincia de Pichincha, más los que actuaban en las restantes provincias. El IESS no cuenta actualmente con servicio de inspección de la seguridad social; por su parte, el Ministerio de Trabajo no posee los recursos, ni el mandato legal, ni la capacidad técnica para ejercer estas funciones. Solamente funciona en el IESS una Unidad de Control Patronal, que atiende casos por la vía de la denuncia. Hacia principios del 2007 se estima que habían acumuladas sin atender, solo en Pichincha, más de 3,000 denuncias contra empleadores, las cuales no pueden ser resueltas por falta de recursos humanos y capacidad operativa de la Entidad. Este es uno de los factores determinantes de la reducción de la cobertura y aumento de la evasión, que perjudica en gran medida el cumplimiento de la misión del IESS (proteger a la población), y que requiere atenderse con urgencia.

Actualmente la visita del inspector al establecimiento productivo solo se produce cuando existe una denuncia de un trabajador, y solo puede abarcar la solución del trabajador individual que planteó la denuncia, pues los actuales funcionarios que integran esta función no poseen facultades para realizar inspecciones sobre la totalidad de la planilla. Mediante la visita de inspección, se genera una “glosa” y el empleador posee un plazo de 30 días para atender el pago, de lo contrario, se emite un “título de crédito”, el cual tiene el carácter de título ejecutivo; este se remite a las unidades de coactiva para iniciar un juicio de coactiva. El título de crédito es una orden de pago obligada, que en caso de incumplimiento, da origen al embargo de las cuentas y bienes del empleador en deuda.

El juicio de la coactiva solo se puede detener mediante un “juicio de excepciones”, pero en la vía judicial, es decir, en los juzgados de lo contencioso administrativo, donde el proceso inicia con la consignación del valor de la obligación.

Cabe destacar que existen serias falencias de gestión en este campo, pues desde el año 2004 no hay en el IESS una instancia administrativa encargada de gestionar integralmente el tema, de modo que no existe la respectiva información contable, y por ende, no se conoce ni controla el desempeño de la recaudación que se genera por esta vía.

Recaudación. Los recursos de la recaudación ingresan al “sistema” centralizado de recaudación del Banco Central, pero existen serias deficiencias en los sistemas de información que impiden conocer, a nivel contable, la distribución de los fondos recaudados según los programas administrados por el IESS. Como lo mencionó un funcionario del nivel gerencial del IESS, esto ocurre porque el sistema de recaudación “...no va de la mano con la Contabilidad, ni con Tesorería, ni con la parte legal...” Por lo tanto, actualmente es imposible contabilizar con certeza de dónde provienen los recursos, ni la distribución a cada programa. Este difícil panorama se complementa con el hecho de que los listados definitivos de la historia laboral están emitidos hasta marzo del 2006, es decir, a mayo de 2007 tenían más de un año de atraso.

En consecuencia, la distribución de recursos que se realiza actualmente entre los programas del IESS, es de manera provisional; es decir, no es real, lo cual genera a su vez retrasos e incertidumbres en los sistemas de contabilidad.

Los problemas en los sistemas de recaudación se acrecientan por la coexistencia de tres plataformas de datos: sendas plataformas que administran bases de datos planas en Quito y Guayaquil, y una plataforma moderna de “Historia Laboral”; las tres funcionan desintegradamente y pese a los esfuerzos no ha sido posible resolver la consolidación de bases de datos, probablemente por falta de capacidad interna del IESS para culminar los complejos y costosos procesos de transferencia de datos entre plataformas, que iniciaron hace ya varios años.

5.6 Gestión de las inversiones

Durante los últimos años el IESS ha venido dando pasos importantes orientados al mejoramiento de la gestión de las inversiones. Se han documentado aumentos notables en el portafolio global de inversiones, por ejemplo, un incremento de 169% entre 1998 y 2002; posteriormente, durante los últimos años, mejorías notables en las tasas de rentabilidad de las inversiones, aunque no necesariamente en la rentabilidad de las reservas técnicas.

Las inversiones se colocan en el mercado financiero nacional; han permitido que el IESS logre mayor participación en el mercado bursátil. Dicha participación se incrementó de 6,6% en el 2001 a 21,6% en el 2002.

Existe suficiente acuerdo en el sentido de que muchos de los principales logros en el área de las inversiones están asociados a los cambios en la estructura institucional para la gestión de ésta área, que conllevaron a la conformación de una Comisión Técnica de Inversiones, así como a las funciones de supervisión y regulación que viene ejerciendo la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Comisión Técnica de Inversiones. Dicha Comisión posee una conformación tripartita y paritaria de representantes del Gobierno, empleadores y trabajadores, y su Secretario actúa en calidad de Director de Inversiones. Esta figura se complementa con una Dirección de Inversiones, la cual se encarga de gestionar las operaciones; así también, existe un Comité de Riesgos de Inversión, conformado de manera tripartita, entre cuyas funciones está la consejería de inversiones.

Si bien la introducción de la Comisión Técnica de Inversiones ha permitido mejoras notables, todo parece indicar que el reparto del poder tripartito en el nivel del Consejo Directivo se reproduce hacia abajo hasta los niveles de administración, estratégica y operativa de las inversiones (y también de otras áreas de la administración); evidentemente, ello limita la pretensión de mantenerle como órgano de naturaleza técnica.

La supervisión de la gestión de las inversiones está a cargo de la Superintendencia de Bancos, Entidad que como se indicó, ha venido desempeñado un papel cada vez más importante en las actuaciones del IESS, especialmente en materia de inversiones. En un grado importante, la mejora en la gestión de las inversiones que ha experimentado el IESS está asociada a la introducción y fortalecimiento de tales facultades de supervisión, especialmente por su carácter autónomo y altamente técnico. Cabe destacar que

jurídicamente las resoluciones de la Superintendencia son vinculantes, y por ende, han permitido incidir positivamente desde el punto de vista del mejoramiento técnico.

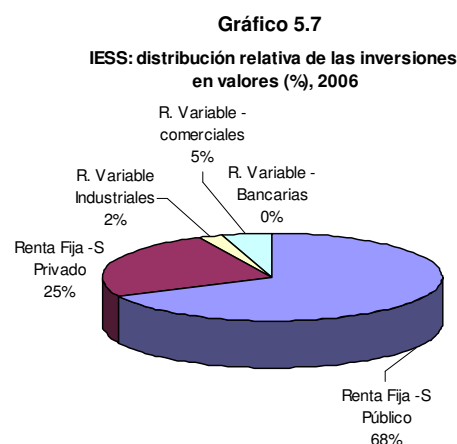
Gestión de inversiones. Las inversiones del IESS son de carácter Privativo y No Privativo⁸. La mayoría de recursos del Seguro General Obligatorio se establecen en títulos de renta fija emitidos por el sector público y una fracción de los ingresos por aportes, en depósitos en el Banco Central del Ecuador. La Tabla 5.7 muestra la evolución de las inversiones no privativas hasta junio del 2006. En promedio el 85% de las inversiones corresponden al mercado bursátil. El sector privado emite obligaciones de deuda, en tanto el público emite certificados de tesorería de corto plazo y bonos del Estado, en los cuales se puede invertir hasta el 50% del portafolio. Los rubros de caja son los montos de presupuesto no ejecutado sobre los cuales se busca generar proyectos por medio de las bolsas de valores del país; actualmente existe el interés de estudiar las condiciones en que sería posible invertir de manera segura en el exterior, debido a que legalmente es posible hacerlo.

Tabla 5.7
IESS: portafolio global de inversiones (en millones de US\$)

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006-06
TOTAL	206.3	532.4	910.9	1436.8	2178.5	2423.9	2419.7
VALORES:	93.1	218.8	591.2	987.3	1483.8	2000.0	2264.0
Renta fija	70.4	193.0	525.5	908.1	1379.1	1870.3	2104.6
Sector Público	52.9	150.3	468.1	773.1	1174.3	1471.0	1533.7
Sector Privado	17.5	42.7	57.4	135.0	204.8	399.3	570.9
Renta variable	22.7	25.8	65.7	79.2	104.7	129.7	159.4
Industriales	15.6	15.8	46.6	50.4	50.3	50.6	50.7
Comerciales	6.7	9.6	18.7	28.4	54.0	78.7	108.3
Bancarias	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
CAJA	113.2	313.6	319.7	449.5	694.7	423.9	155.7

Fuente: Departamento de Inversiones Privativas, IESS.

Entre el 2000 y el 2006 el portafolio global de inversiones se multiplicó por doce veces, en términos nominales (en US\$). La mayor parte de este aumento está explicado por el crecimiento de las inversiones de renta fija, que se elevaron en 24 veces, aproximadamente; mientras tanto, las inversiones en instrumentos de renta variable aumentaron también, pero en menor medida: se multiplicaron por 7 veces en seis años. Cabe destacar que el nivel mantenido en Caja, que estrictamente no representa un rubro de inversión, se ubica dentro de límites razonables, pues en el 2006 representó alrededor del 6% de las inversiones globales; este nivel de caja también parece razonable cuando se le compara con el valor de las erogaciones anuales, o con el valor de las reservas totales del IESS. Es importante señalar que desde finales del 2006 existe la disposición legal que obliga al Banco Central



⁸ Las Inversiones Privativas son aquellas que el IESS realiza en forma directa con sus afiliados así como el otorgamiento de préstamos directos y la adquisición, conservación y enajenación de bienes raíces. La Inversiones No Privativas son las operaciones financieras que el IESS realiza a través de las bolsas de valores del país.

a retribuir al IESS una tasa de rendimiento por estos recursos (dicha retribución ha alcanzado un valor promedio del 4.7%).

Las inversiones en instrumentos de renta fija representan el principal componente de las inversiones. En el 2006, los títulos públicos llegaron a representar el 68% del total de inversiones en títulos valores, mientras que las colocaciones en instrumentos de renta fija del sector privado se ubicaron en un segundo puesto y dieron cuenta de un 25% del total de títulos valores, lo cual está explicado por el escaso desarrollo del mercado bursátil del país.

Se puede decir que en lo que corresponde a las inversiones no privativas, presentan un problema en el marco legislativo, que las restringe en su flexibilidad y eficiencia. El problema se refiere principalmente a una división existente en los requerimientos de inversión entre Costa y Sierra; de manera que según la ley, el 50% de cada inversión debe colocarse en la Sierra y el 50% en la Costa, situación que genera la opción a cada región de imponer condiciones en su propio mercado regional. Estas condiciones históricamente han tendido a limitar la eficiencia, pues restringen la libre movilidad de las colocaciones hacia aquellos instrumentos de mayor eficiencia, seguridad y rentabilidad en cada momento del tiempo. Se reconoce, por ejemplo, que en la Sierra por lo general existen más emisores, mientras que no siempre se encuentran contrapartidas para invertir en la Costa.

A las inflexibilidades de orden territorial que impone la actual legislación, se suma el hecho de que el mercado privado de valores está escasamente desarrollado, y que del total de inversiones del IESS, la ley manda a destinar inversiones de hasta el 50% al sector público y el 50% restante al sector privado, aunque en este sector no existen límites para la proporción de inversiones. En consecuencia, los montos que no se pueden colocar por falta de oferta de títulos valores, van directamente a las cuentas del Banco Central a constituir un activo de caja relativamente poco productivo, que aún con la enmienda de finales del 2006 le genera al IESS una rentabilidad real negativa.

No obstante, para el Banco Central los depósitos del IESS forman parte de la reserva de libre disponibilidad que es un fondo líquido proveniente de los excedentes del IESS y no constituyen lo que el IESS llama la reserva monetaria de patrimonio propio del Banco. Éste coloca estos depósitos en inversiones de corto plazo y no de largo plazo, debido principalmente a que el IESS los utiliza como fondos para las devoluciones que realiza⁹.

Las posibilidades de inversión en el mercado bursátil han dado mayor transparencia a la gestión financiera, pero a pesar de los progresos en la diversificación de las inversiones, se requieren soluciones a los problemas planteados, en especial el de la rigidez territorial e institucional de las inversiones.

Inversiones en bienes inmuebles. Según había informado la Comisión Interventora, para fines del 2002 las inversiones de bienes inmuebles totalizaron 1,055 propiedades, de las cuales el 79% eran aptas para la enajenación y el 21% de uso institucional. Adicionalmente, se buscó desarrollar actividades empresariales eficaces como alternativas de inversión de los

⁹ La devolución de fondos, como lo ha sido la de los Fondos de Reserva dispuesto por el Congreso Nacional es una situación de política que no entiende el concepto de Seguridad Social porque para el Banco Central, con ella se destruyó una potencial fuente de ahorro jubilatorio.

recursos del Seguro General Obligatorio que el IESS ya había dispuesto con anterioridad. Hacia finales del 2006 el IESS registraba 1,276 bienes (edificios, terrenos y casas) en todo el país; de los cuales 950 se consideran de uso institucional y 326 son susceptibles de inversión. La mayor parte de estos bienes fueron adquiridos por medio de la ejecución de procesos coactivos y su cartera inmobiliaria es de \$USD 450 millones. Recientemente, el IESS se ha iniciado contactos con el sector inmobiliario como una opción de negocio a fin de que los bienes se puedan convertir en bienes fiduciarios. Para ello ha establecido convenios de cooperación institucional con los Municipios de Loja, Guayaquil y Quito. No obstante, la Institución mantiene un gran número de terrenos en condiciones judiciales difíciles (apropiación e invasión) aún sin fallos, y peor aún, no se cuenta con una cifra global a nivel de país que indique cuánta cantidad de tierras están bajo éstas condiciones. Al menos se conoce que en las ciudades de Quito y Santo Domingo de los Colorados existen 121 propiedades.

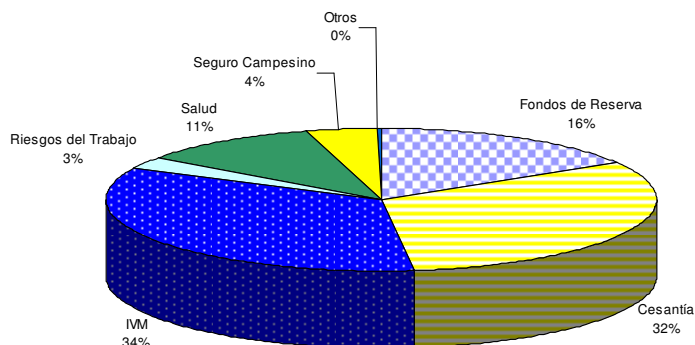
El cuerpo de funcionarios legales del IESS destinado a los trámites judiciales es insuficiente, y usualmente los procesos son lentos; por tal motivo, la Institución ha venido sufriendo pérdidas. Hacia el futuro, habría de considerar la posibilidad de buscar algún mecanismo mediante el cual el IESS se desprenda de la mayor parte de las “inversiones” en bienes inmuebles –v.g. un programa especial de liquidación de propiedades-, pues estas otras actividades no solo alejan a la Entidad de su misión principal y distraen la atención de la administración, sino que perjudican y reducen la rentabilidad de las reservas, y por ende, afectan el nivel de las prestaciones dirigidas a los asegurados.

Inversiones según programa. Las inversiones del programa IVM y Cesantía representan los componentes más importantes del portafolio global de inversiones del IESS, pues hacia inicios del 2007 aportan cada una cerca de un tercio de participación en el total.

Llama la atención la importancia absoluta y relativa que poseen las inversiones del Seguro de Salud, que hacia inicios del 2007 alcanzan un valor cercano a los US\$340 millones; esta situación no parece congruente con la naturaleza del modelo de financiamiento de los programas de seguros de salud, pues usualmente estos programas funcionen bajo la técnica del “reparto”. Esto quiere decir que los gastos de un periodo se corresponden con los ingresos, de modo que no es necesario generar grandes volúmenes de reservas, excepto una pequeña reserva –usualmente no superior al equivalente de tres o cuatro meses de gasto operativo- para contingencias epidemiológicas, macroeconómicas o ligadas a catástrofes naturales. La existencia de un nivel de reservas de esa magnitud en un programa de reparto, refleja, finalmente, dificultades para traducir los recursos institucionales en prestaciones para los afiliados.

Gráfico 5.8

**IESS: portafolio global de inversiones según programa
(a febrero de 2007)**



Fuente: Intendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Bancos y Seguros.

Otro hecho que destaca en el análisis de la composición del portafolio de inversiones según programa es la baja importancia relativa y absoluta de las inversiones del programa de Riesgos del Trabajo, con aproximadamente un 3% del portafolio total y US\$872 millones. Desde el punto de vista actuarial, este tipo de programas usualmente funcionan bajo esquemas financieros de capitalización intermedia y con el método de *reparto de capitales de cobertura*¹⁰, por lo que deben conformar algún nivel de reservas importantes para hacer frente a las pensiones por invalidez; este no parece ser el caso del Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS. Dos posibles explicaciones de esta situación, que por su importancia deberían ser abordadas con mayor profundidad en estudios específicos son: i) que una fracción importante de pensiones (de invalidez y muerte) originadas en riesgos del trabajo, estén recibiendo tratamiento como pensiones de riesgo común; esto es muy plausible, dado el gran subregistro de accidentes y enfermedades profesionales que ocurre en el Ecuador (estimado por OIT en 98% del total de casos a nivel nacional); y ii) que no se estén provisionando suficientes niveles de reservas para las pensiones de riesgos del trabajo, situación que debe analizarse a profundidad desde la perspectiva actuarial, pues de hecho el nivel total de financiamiento del programa de Riesgos del Trabajo (0.5% de la planilla) parece a simple vista, y con base en la experiencia internacional, actuarialmente insuficiente.

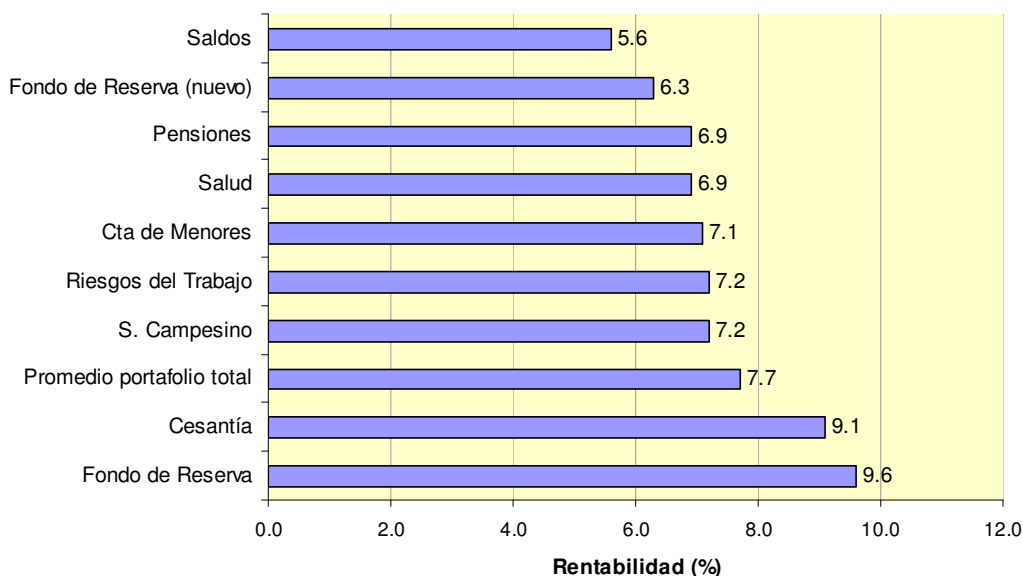
Rentabilidad de las inversiones. Según los datos suministrados por la Intendencia de Seguridad Social de la Superintendencia de Bancos y Seguros, se estima que a diciembre de 2006 las inversiones del IESS generaron una rentabilidad anual del 7.7%. Las rentabilidades medias por programa se ubicaron en rangos de 5.6% (para “seguro de saldos”) a 9.6% anual (para el Fondo de Reserva); es decir, se puede observar una amplia variabilidad en el nivel de rentabilidad según programa. Al respecto, es importante tener presente que se trata de un portafolio de inversiones de programas de muy diversa naturaleza, de manera que se este es un resultado muy previsible.

¹⁰ En el método de reparto de capitales de cobertura, se deben generar reservas técnicas anuales en un nivel suficiente para cubrir el pago futuro de los pasivos originados por las pensiones nuevas concedidas en el año respectivo; es el método de capitalización parcial más comúnmente utilizado en seguros de riesgos del trabajo.

No obstante, para completar un análisis de mayor profundidad, habría de comparar los plazos de inversiones de los valores en cada uno de los programas, pues resultan llamativos los niveles de rentabilidad relativamente equiparados o similares de programas de muy distinta naturaleza tales como Salud, Pensiones y Riesgos del Trabajo. En general, habría de esperarse que los programas con gestión financiera de corto plazo, tales como el Seguro de Salud, mostraran rentabilidades mucho menores que las de los programas de más largo plazo.

Gráfico 5.9

**Rentabilidad del portafolio de inversiones, según programa
(a diciembre de 2006)**



Fuente: Intendencia de Seguridad Social, Superintendencia de Bancos y Seguros, diciembre 2006.

5.7 Deuda del Estado

La falta de cumplimiento en las obligaciones del Estado es uno de los problemas crónicos que mayormente han afectado al IESS; por su naturaleza e importancia, se ha convertido en uno de los principales factores determinantes de la situación financiera y actuarial de la Entidad, pasada y presente, en especial en lo que se refiere al equilibrio del programa de pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte.

A manera de paréntesis, hay que mencionar que un problema relacionado con la deuda del Estado, el cual no se trata en este apartado, tiene que ver con la no incorporación en planilla de todos los empleados públicos, o bien, el reporte al IESS de una base contributiva de los empleados del Estado inferior a la real. Esta situación convierte al Estado ecuatoriano en un evasor importante de contribuciones a la seguridad social. Al respecto, desde 2003 hay un convenio entre el IESS y el Gobierno para aumentar la base contributiva de los empleados de éste, según el cual se ajustaría en tramos de US\$46 anuales; lamentablemente dicho

compromiso se ha llevado a la práctica solo parcialmente, con lo cual se sigue causando perjuicio económico a los programas del IESS y sus afiliados.

Por sus características de financiamiento a largo plazo, los problemas de faltantes de pago por parte del Estado generan en los programas de pensiones efectos económicos acumulativos importantes de grandes dimensiones. En efecto, hacia finales de 2006 la Dirección Actuarial del IESS estimaba un total de US\$4,500 millones en activos de fondos de pensiones, de los cuales se estimaba que US\$2,135 millones (47%) corresponde a deuda del Estado, mientras que “otras cuentas por cobrar” sumaban US\$1,194 millones. Por otra parte, los pasivos actuariales acumulados en pensiones se estiman en cerca de US\$5,000 millones, incluyendo tanto al Seguro General Obligatorio como al Seguro Social Campesino.

Frente a este panorama, es indudable que de no solventarse los faltantes acumulados en las contribuciones estatales, será imposible para el IESS cumplir a cabalidad con sus obligaciones por concepto de pasivos pensionarios a los actuales afiliados. Otros efectos colaterales de esta problemática, no menos importantes, se refieren a las consecuencias negativas que produce en los montos de los beneficios en curso de pago y la capacidad institucional para su revalorización, así como a limitaciones en las posibilidades de expandir la cobertura a nuevos grupos de población.

Durante los últimos años ha existido una controversia alrededor de la metodología de valuación de la deuda del Estado, suscitada entre el IESS y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El tema de fondo gira alrededor de la metodología utilizada para valorizar la deuda a raíz del proceso de dolarización. Según el criterio del MEF, hacia finales del 2005 la deuda del Estado ascendía al valor de \$ USD 549 millones, valorización que resulta de considerar una conversión de moneda al tipo de cambio fijo y único de 25,000 sucres por dólar. En contraposición, según el IESS lo correcto es aplicar el tipo de cambio vigente a la fecha de adquisición de la deuda, argumento que parece muy razonable desde el punto de vista técnico, pues como se señaló, la deuda del Estado se ha generado a lo largo de varios años, de manera que su valorización no debe corresponderse con una decisión coyuntural, sino en concordancia con la situación económica que regía la economía ecuatoriana en cada momento en que se incumplieron los pagos; es decir tomando en cuenta la recuperación del poder adquisitivo de la moneda y los costos de oportunidad de la capitalización de los fondos en cada momento del tiempo en que se generó la obligación.

Por otra parte, hay que agregar que el único razonamiento válido que cabría para aplicar una metodología de valuación basada en un tipo de cambio único y fijo, sería aplicar el mismo criterio de valorización para las prestaciones en curso de pago (montos de pensiones), lo cual daría como resultado una reducción sustancial en los montos de las pensiones en curso de pago.

La corrección monetaria utilizada por el IESS para el cálculo de la deuda del Estado, toma como parámetro el índice de precios al consumidor, con el fin de compensar el poder adquisitivo en el valor de las reservas. El monto de deuda por unidad de negocio a diciembre del 2005, se presenta en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8

IESS: valorización de la deuda del Estado ecuatoriano, a diciembre 2005 (en US\$)

Unidad de Negocio	Capital	Interés	Total	Porcentaje
Pensiones	1,689,136,219	402,321,421	2,091,457,640	78.6
Riesgos de Trabajo	-4,279,581	-	-4,279,581	-0.2
Seguro General de Salud Indiv. y Fam.	-	-	-	-
Seguro Social Campesino	135,844,637	15,919,121	151,763,758	5.7
Dirección General	18,542,019	34,847,777	53,389,796	2.0
				-
Subtotal Seguro General	1,839,243,294	453,088,319	2,292,331,613	86.1
				-
Seguros Adicionales Contratados	249,817,269	119,233,075	369,050,344	13.9
				-
Total	2,089,060,563	572,321,394	2,661,381,957	100.0

Fuente: Cifras suministradas por la Dirección Actuarial del IESS.

Un planteamiento del IESS respecto al tratamiento de la valorización de la deuda del Estado, consiste en aceptar la valuación propuesta por el MEF, siempre y cuando el Estado asuma la diferencia entre lo cancelado al Seguro General y el valor estimado del déficit actuarial, suma que podría ser titularizada mediante bonos a diez años plazo.

Cabe destacar que cualquiera que sea el mecanismo de valorización que se seleccione, el Estado en calidad de subsidiario de la seguridad social es el garante último frente a la sociedad, y por lo tanto, tarde o temprano habrá de incorporarse una fórmula que permita al sistema de seguridad social hacer frente a los pasivos actuariales. Dada la magnitud del déficit actuarial vigente, es inminente que las medidas para el equilibrio financiero-actuarial del IESS tendrán un fuerte componente de carga fiscal. En ese sentido, habrían de tomarse las previsiones de reforma correspondientes para evitar que el déficit actuarial siga incrementándose.

5.8 El Seguro de Salud Individual y Familiar

El Seguro de Salud Individual y Familiar que administra el IESS, forma parte de un sistema nacional de protección social en salud donde intervienen otras instituciones tales como el Ministerio de Salud Pública, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía, los programas de salud local a cargo de los municipios, así como otros programas afines tales como los de alimentación y nutrición que administra el Ministerio de Bienestar Social.

5.8.1 Administración

La administración del Seguro de Salud Individual y Familiar (DGSS) está a cargo de una dirección especializada, dotada de autonomía operativa, denominada Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar, quien a su vez dirige la Administradora del SGS.. Por ley, la Dirección está encargada del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias amparadas por la Ley.

La DGSS tiene la facultad para comprar servicios de salud a las unidades médicas del IESS y otros prestadores, públicos o privados, debidamente acreditados, mediante convenios o contratos, cuyo precio se debe pagar con cargo al Fondo Presupuestario de Salud. De acuerdo con esta definición legal, la actual ley de seguridad social ecuatoriana plantea la separación de funciones de compra y provisión de servicios entre la administradora del SGS y los prestadores de servicios de salud propios del IESS.

El Director del SGS es la autoridad responsable de la gestión de la Administradora del Seguro de Salud Individual y Familiar, quien es un funcionario de libre nombramiento, designado por el Consejo Directivo del IESS para un período de cuatro años.

5.8.2 Prestaciones y requisitos

De acuerdo con el Artículo 102 de la LSS, el Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar protege al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad. La acción protectora abarca al afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los seis (6) años de edad, así como el jubilado, quienes “...serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio.

En términos de la prestación, la ley establece que los asegurados pueden acceder a las prestaciones de salud del SGS en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, con las limitaciones que establece la ley. Para ello, se definen como prestadores de los servicios de salud “...a los asegurados, las unidades médicas del IESS, las entidades médico-asistenciales, públicas y privadas, y los profesionales de la salud en libre ejercicio, acreditados y contratados por la Dirección del Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar...”

Con respecto a lo señalado en los dos párrafos precedentes, a pesar de que la extensión de la protección a los hijos e hijas del afiliado/a menores de seis años, así como a la cónyuge del afiliado, se estableció legalmente desde el año 2001, en la práctica esto no se ha dado.

Cabe destacar que en la redacción de la ley vigente, el concepto “afiliado” o “afiliada” está restringido al de cotizante titular del derecho¹¹, lo cual de hecho contradice el carácter “Familiar” que establece la propia denominación del Seguro. Un enfoque de modernización de la seguridad social del Ecuador, pasa por hacer realidad la cobertura familiar, tema que se aborda posteriormente con mayor detalle.

Tampoco se ha dado la libre elección del prestador de servicios de salud por parte de los asegurados, ni la participación en la prestación de los proveedores privados ni de los profesionales de libre ejercicio, tal y como lo establece la ley.

Prestaciones por enfermedad. En la práctica, las prestaciones por enfermedad cubren a los afiliados (titulares) y los hijos de las afiliadas (titulares) durante el primer año de vida; los

¹¹ Usualmente el concepto afiliado(a) es genéricamente una persona que se encuentra adherida al programa y con goce de prestaciones en caso de que también cumpla los requisitos para estar asegurada, independientemente de si la afiliación es como cotizante titular o como dependiente del titular.

jubilados; y la viuda con derecho a montepío, están protegidos contra la contingencia de enfermedad con las siguientes prestaciones: Asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral que comprende: consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de órtesis y prótesis, atención quirúrgica y de hospitalización, atención médica domiciliaria, subsidio en dinero por enfermedad; atención en unidades médica ajenas al IESS, compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con varias clínicas particulares; esto último al parecer solo en algunos casos.

En cuanto a los requisitos para las prestaciones por enfermedad, se conceden las prestaciones a los afiliados y afiliadas (titulares) a los regímenes obligatorio que acrediten no menos de 180 días de aportación continua, dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad; o, en su defecto, no menos de 189 días de aportación, dentro de los últimos 8 meses anteriores al inicio de la enfermedad.

Los afiliados voluntarios deben haber acreditado no menos de 360 días de aportación continua, dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad: o en su defecto, no menos de 378 días de aportación, dentro de los últimos 16 meses anteriores al inicio de la enfermedad.

Conservación de derechos. Los afiliados obligados y voluntarios, que dejaren de aportar, conservan su derecho a las prestaciones del Seguro de Salud Individual y Familiar para contingencias de enfermedad, hasta 60 días posteriores al cese de sus aportaciones. Para los jubilados o jubiladas con pensiones en curso, no se aplican tiempos de espera, y en el caso de la viuda beneficiaria (no afiliada) debe pagar el 4.15% del monto de su pensión mensual para tener derecho.

El afiliado con un mínimo de 6 meses de aportaciones ininterrumpidas, al quedar cesante conserva el derecho a las prestaciones por enfermedad durante los 2 meses posteriores al cese (período de conservación o extensión del derecho). Si la enfermedad se produce durante este período, la atención se prolongará hasta la recuperación total del paciente, salvo en casos de los enfermos crónicos declarados incurables, en que se aplicará el reglamento correspondiente. Si vuelve a trabajar recupera este derecho con el aporte de 6 cuotas mensuales

Maternidad. Las afiliadas (en la práctica entiéndase solo las titulares) del Seguro General Obligatorio y de los regímenes especiales tienen derecho a recibir atención médica especializada durante el embarazo (período prenatal, parto y puerperio); atención pediátrica integral al niño, hijo de la afiliada, durante su primer año de vida, con inclusión de la prestación farmacológica y hospitalización; al **subsidio en dinero por maternidad; compensación de gastos efectuados** y mediante convenios suscritos con clínicas particulares (en la práctica solo en algunos casos).

Requisitos. La afiliada (titular) obligada o voluntaria que acredite no menos de 360 días de aportación continua, dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores al parto: o, en su defecto, 378 días de aportación, dentro de los últimos 16 meses anteriores al parto. Cuando la afiliada deja de aportar, conserva su derecho a las prestaciones del SGS para las contingencias de maternidad, hasta 60 días posteriores al cese de aportaciones.

Período de protección y recuperación del derecho. Cuando una afiliada (en la práctica, solo la titular) se encuentre cesante en su trabajo y se deduzca que el parto se producirá dentro de los 11 meses posteriores a la fecha del cese, el IESS otorga la prestación de maternidad en el período prenatal, del parto y del puerperio, pero no se concede el derecho a subsidio. Se establece los 11 meses por cuanto el periodo de protección es de 2 meses (período de protección) y el de gestación es de 9 meses. A las afiliadas (titulares) que cuentan con solo 6 cuotas mensuales, el IESS les concede solo asistencia prenatal.

Subsidio por maternidad. Se concede durante 12 semanas, dos antes y diez después del parto. El aborto y el parto prematuro del niño muerto o no viable, se considera como enfermedad común. Este subsidio equivale al 75% de la última remuneración recibida por la afiliada (titular).

A efectos de la concesión del subsidio, el empleador está obligado a pagar el 25% del sueldo o salario. Además, durante el tiempo subsidiado deberá aportar sobre el 100% del sueldo que sirvió para liquidar el subsidio. Tienen derecho al subsidio las afiliadas sujetas al Código del Trabajo, las afiliadas al Seguro Doméstico y al Seguro Agrícola.

Se exceptúan del derecho al subsidio las afiliadas voluntarias, de continuación voluntaria y de regímenes especiales sin relación de dependencia (profesionales con título universitario politécnico, artistas profesionales y trabajadoras autónomas e independientes) las del Seguro Social Campesino, la trabajadora a tiempo parcial, de la maquila, empleadas públicas y las afiliadas cesantes.

En el caso de las afiliadas que a consecuencia del parto se incapaciten para desempeñar normalmente su trabajo, tienen derecho al subsidio en dinero por enfermedad común hasta por seis meses. Y en caso de aborto, para efectos del subsidio, el aborto y el parto prematuro del niño muerto o no viable, se considerarán como casos de enfermedad común.

5.8.3 Logros y avances recientes en la gestión en salud

Se avanza hacia la desconcentración. Durante los últimos años se han producido avances importantes orientados al mejoramiento de la gestión del IESS, entre otras cosas, para reducir el centralismo y generar mayor autonomía en la gestión local. Los cambios recientes han tenido como propósito darle contenido práctico al Artículo 115 de la LSS, según el cual se pasa a un enfoque moderno de la gestión en salud donde *“...Las unidades médico-asistenciales de propiedad del IESS serán empresas prestadoras de servicios de salud, dotadas de autonomía administrativa y financiera, integradas en sistemas regionales de atención médica organizados por nivel de complejidad, de conformidad con la reglamentación interna que, para este efecto, dictará el Consejo Directivo”*.

Mayor control de gestión local. Producto de los avances y en estrecha relación con diversas resoluciones del Consejo Directivo, se han venido generando indicadores de producción, rendimiento y costos de las unidades asistenciales, con avances importantes en la descentralización de la ejecución presupuestaria. Actualmente las unidades asistenciales están obligadas a elaborar un plan operativo y un plan estratégico, mediante el cual se condiciona la asignación presupuestaria a cada unidad ejecutora.

Mediante catálogos de cuenta que fueron aprobados por la Intendencia de Seguridad social, se generaron partidas presupuestarias para las unidades médico-asistenciales. Uno de los

objetivos que se ha venido persiguiendo es invertir el modelo asistencial, dotando de mayor cantidad de recursos a las actividades de primer nivel de atención. Actualmente cada unidad de atención ambulatoria posee su propio presupuesto, cuenta con un ordenador de gasto, un ordenador de pago y contabilidad, y dispone de un RUC, entre otras cosas. La idea es cumplir con la ley, en el sentido de que funcionen como una empresa aparte, con gestión financiera-contable independiente.

Este proceso ha permitido que las unidades médico-asistenciales accedan a un nuevo sistema contable con capacidad de gestión vía Internet, el cual aparentemente funciona sin mayores contratiempos.

Contratación local. Por otra parte, la administración central ha venido realizando un esfuerzo importante de capacitación a las unidades médico-asistenciales en temas como contratación pública (Ley de Contratación Pública), lo que ha permitido que una significativa proporción de unidades hayan iniciado por su cuenta procesos de equipamiento, con la asistencia del nivel central. Así, varias resoluciones recientes del Consejo Directivo han permitido ir generando un cambio favorable, en el proceso de adquisición de equipo. El cambio conlleva a que los directores de las unidades médico-asistenciales definan qué compran, realicen especificaciones técnicas, ajusten sus compras al plan operativo, y tomen decisiones locales sobre recursos humanos. En estos procesos, la revisión de las especificaciones técnicas y la emisión de autorizaciones están a cargo del nivel central del IESS, de modo que al final del proceso las unidades médicas definen a quién le adjudican.

Gestores con percepción favorable de los avances. La percepción de los funcionarios del IESS, tanto del nivel central como de las unidades médico-asistenciales con las que se tuvo contacto, es que se trata de un proceso que aunque incipiente, es irreversible, pues en los gestores locales ya se viene generando un fuerte empoderamiento o apropiación del nuevo modelo.

En palabras textuales de un director de un Centro Asistencial entrevistado “...*ha habido un cambio durante esta gestión. Antes no se podía adquirir el equipamiento para las unidades; había recursos, pero todo era engorroso, el tiempo pasaba y no se podía comprar. Ahora es diferente: se hace el pedido, no hay obstáculo, se autoriza el mismo día, se agiliza, lo único que queda es la capacidad del gerente para que el proceso salga, porque ya está todo regulado. A nivel de la Dirección, con el Sistema Zebra, no hay desperdicio de dinero, todo se controla. Se hace todo en menos de 24 horas. Hay un cambio total. Mi centro es el primer centro que ya no es centro de salud, sino que es una clínica. La estrategia es que todo se transforme en una unidad de negocios independiente. Todos los dispensarios se han reformado. Se les dio medios de diagnóstico a nivel ambulatorio, con lo cual la gente no va ya a los hospitales grandes. Claro, todo depende de la capacidad del gerente, ...pero la mayoría se involucran ...la reacción de los gremios sindicales ha sido muy buena, ellos son buenos aliados...*”

Con la consolidación de estos cambios, la administración del IESS espera que hacia el futuro las Subdirecciones y Jefaturas de Salud Regionales dediquen mayores recursos y esfuerzos a apoyar al nivel central en las funciones de aseguramiento.

Mejoras en la verificación-acreditación de derechos. En otro orden de cosas, otro de los avances importantes, ligados a la introducción del sistema de Historia Laboral, es el de la puesta en práctica de la verificación de derechos de aseguramiento en línea desde los centros

asistenciales¹². Antes de que este proceso iniciara, las unidades médico-asistenciales solicitaban al paciente 6 copias de planillas, 6 copias de comprobantes de pago y copia de carné un aviso de enfermedad firmado por el empleador, de modo que el proceso de admisión para atender pacientes era sumamente engorroso, largo y costoso para todos. La mayor parte de los problemas de verificación de derechos parece haber sido resuelta desde hace más de dos años en una gran mayoría de establecimientos de salud del IESS. Evidentemente, ello es un reflejo de logros significativos en el proceso de automatización que viene desarrollando el IESS, aunque claro está, se requiere profundizar dichos logros. Algunos gestores de unidades asistenciales manifestaron que pese a las ventajas de la consulta en línea, muchas veces el sistema se cae y ello genera dificultades operativas importantes.

Administración del presupuesto. Otros avances tienen que ver con las mejoras en los procesos de administración del presupuesto, según las cuales se han dado mejoras en el control de la ejecución presupuestaria, incluyendo impedimentos para realizar sobregiros de presupuesto, partiendo desde la disposición presupuestaria que emite el Consejo Directivo. Aparte de existir una percepción favorable entre los gestores respecto a los avances en el proceso presupuestario, se refieren opiniones positivas respecto a mayor flexibilidad para realizar modificaciones presupuestarias y mayores facilidades para la ejecución local. Un tema planteado por el Director de uno de los grandes hospitales del IESS, es la forma en que se interpreta la desconcentración, pues las direcciones provinciales (brazo asegurador del nivel central) asumen que parte de su papel desconcentrado es controlar la ejecución presupuestaria de las unidades médicas, lo cual contradice la autonomía financiera que les otorga la ley a los establecimientos de salud.

Acceso remoto por Internet. A través de las inversiones que se han realizado recientemente en tecnologías de información, se ha hecho posible que los empleadores tengan acceso remoto por Internet para hacer operaciones de registro y realizar trámites de pago. Mediante la actual plataforma Web, los afiliados también tienen acceso para consultar sus cuentas individuales, y para tramitar ciertas prestaciones y servicios; por ejemplo, hay acceso vía Web al préstamo quirografario y a al módulo de créditos.

Necesidad de profundizar los cambios. Sin duda alguna, se han producido avances importantes en la gestión. Sin embargo, los mismos gestores de nivel central y de las unidades médico-asistenciales, reconocen la necesidad de profundizar las reformas; así también, en algunos ámbitos de la administración existe escepticismo sobre los verdaderos avances. Así, pese a las mejoras, sin embargo, existe un amplio reconocimiento en el sentido de que aún la Institución no ha desarrollado un sistema integrado de gestión financiera, que persisten inflexibilidades para gestionar el presupuesto, y que no se logra romper con el concepto de presupuesto centralizado. Algunos problemas serios que no logran resolverse tienen que ver con la ausencia de control de la incidencia y gastos en enfermedades catastróficas, control de ejecución y gasto de los medicamentos, análisis y control epidemiológico y de carga de enfermedad, entre otros temas estratégicos para cualquier aseguradora en salud.

Por ejemplo, es claro que la contratación de recursos humanos básicamente se sigue administrando desde Quito, lo cual contradice el proceso de desconcentración y dotación de autonomía local en la gestión. En el campo del equipamiento, todavía hay cuellos de botella, tanto porque no todos los gestores locales asumen su papel de gestores autónomos, como por

¹² El funcionamiento de este sistema fue observado por el Especialista en Seguridad Social de OIT *in situ* en el Hospital Andrade Marín.

la persistencia controles centralizados; un ejemplo de ello es que por normativa, el inicio de un trámite de equipamiento tiene que ser aprobado por el Director General, o bien este lo puede delegar, pero como expresó un alto funcionario “...*finalmente esto termina causando un embudo*”. Tal situación también está relacionada con la percepción de funcionarios del nivel central y gestores locales, en el sentido de que “...*la Dirección General se involucra demasiado en la gestión operativa...*”.

Se puede concluir que uno de los retos pendientes en el Seguro de Salud es completar la implementación del concepto de “aseguradora”, la cual se enfocaría en los temas estratégicos típicos de la gestión central de un seguro de salud, con énfasis en la gestión del riesgo y en la asignación de recursos.

5.8.4 Financiamiento del Seguro

Textualmente, el Artículo 117 de la LSS establece que “El Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar se financiará con una aportación obligatoria de hasta el diez por ciento (10%) sobre la materia gravada del afiliado, que cubrirá la protección de éste, su cónyuge o conviviente con derecho, e hijos hasta seis (6) años de edad, y con las demás fuentes de financiamiento determinadas en esta Ley. En el caso del trabajador en relación de dependencia, la aportación del afiliado será compartida con su empleador, en la forma señalada en esta Ley...”

Aunque el Artículo 117 no fue sujeto de impugnación por la Corte Constitucional del Ecuador, hasta el momento no se ha hecho realidad el aumento en el financiamiento al 10%, de modo que para el SGS sigue vigente un financiamiento global del 5.71%, todo a cargo del empleador y distribuido de la siguiente manera: 3.41% para la cobertura de Enfermedad, 1.3% para subsidios y un 1% para las atenciones de servicios de salud de riesgos del trabajo.

Es necesario revisar esta asignación de tasas de cotización por programa, pues las cifras contables reflejan que en la práctica prevalece otra situación; por ejemplo, el costo real de las prestaciones de subsidios de enfermedad y maternidad, en el 2005 rondó el 0.3% de la masa salarial, es decir, un valor muy por debajo de la prima nominal de 1.3% vigente por normativa interna.

En todo caso, de acuerdo con la experiencia internacional, el financiamiento vigente del 3.41% no alcanza a cubrir las prestaciones integrales de servicios de salud que ofrece el IESS. Como se presentó en el apartado anterior, en el 2005 se estima que el costo del Seguro de Salud, neto de prestaciones en especie, alcanzó el 4.3% de la masa cotizante.

La no aplicación del esquema de financiamiento que rige legalmente, impide que se extienda la cobertura familiar, lo que perjudica a millones de ecuatorianos y ecuatorianas que no pueden acceder al derecho a la seguridad social en salud. Por tanto, es urgente poner en práctica algún mecanismo para aplicar el financiamiento que rige legalmente, como por ejemplo, programar un aumento gradual donde se concrete una aportación del trabajador (que hoy día no existe) y algún aumento de la aportación del empleador, con el fin de llevar la cotización total a un nivel cercano al 10% en un plazo razonable.

Por otra parte, es muy recomendable que desde el punto de vista actuarial se determine si con el financiamiento del 10% que establece la ley, se podría comprender la cobertura de los

menores de 18 años, tal y como ocurre en la mayoría de las legislaciones de seguridad social de Latinoamérica. Ello parece factible, en la medida que por experiencia internacional el grupo de niños y niñas de 7 a 17 años son los que presentan patrones de menor morbilidad y por lo tanto, usualmente no generan un impacto sentido en los costos; por ende, este es otro motivo por el que no tiene sentido su exclusión de la cobertura legal.

Se estima que la extensión de la cobertura familiar a las cónyuges y a los hijos(as) hasta los seis años de edad, permitiría integrar al IESS en el corto plazo a cerca de 550 mil niños y niñas, y a más de 500 mil cónyuges (mujeres) de titulares; es decir, la cobertura podría aumentar en cerca de 1 millón de personas.

Si la cobertura se extendiese a todos los hijos(as) menores de 18 años, se estima que se podrían incluir a la cobertura del IESS 1.5 millones de niños y niñas, por lo que incluyendo las cónyuges de los titulares, la cobertura aumentaría en cerca de 2 millones de personas. Ello elevaría el índice de cobertura de la seguridad social en salud del Ecuador del 15% al 30% de la población total, alejando así al Ecuador de las últimas posiciones en los índices de cobertura nacional a nivel latinoamericano.

Para abonar a esta discusión, hay que recordar que en la cobertura actual del SGS se encuentra una apreciable proporción de personas de la tercera edad, cuyos costos de atención en salud son muy superiores a los de la atención de los niños y jóvenes¹³. Por lo tanto, no habría de esperar que el costo actuarial del Seguro se incremente proporcionalmente a la cantidad de nuevos afiliados niños y jóvenes. Por ejemplo, se estima que el 50% de los actuales afiliados al SGS tienen más de 40 años de edad; un 30% tienen más de 50 años de edad; y un 20% tienen edades de 60 años y superiores. Por su perfil demográfico y epidemiológico, sin duda alguna estos grupos de población adulta son los que mayor costo seguirían generando al SGS del IESS, aún con la incorporación de la cobertura de niños y niñas.

Otro aspecto del financiamiento tiene que ver con la aportación del Estado. El Artículo 111 de la LSS, establece, pero sin detallar el mecanismo y cuantía, la existencia de una contribución estatal al SGS, así: "...La contribución financiera obligatoria del Estado a este Seguro se sujetará a lo dispuesto en el Reglamento General de esta Ley." Desde del punto de vista de una política de financiamiento de la protección social en salud que conlleve a la inclusión de los grupos desprotegidos, es importante abocarse a definir el papel que juega el financiamiento del Estado; si los recursos que aporta el Estado se canalizan a complementar las cotizaciones del SGS, como parece quedar establecido en la LSS, ello beneficiaría principalmente a los grupos que ya están cubiertos por la seguridad social. En su lugar, habría de plantearse una estrategia de focalización del financiamiento tal que los recursos aportados por el Estado se concentren en financiar o subsidiar el aseguramiento de los grupos pobres o con baja capacidad contributiva; esto parece más razonable y tendría un efecto más redistributivo del sistema de seguridad social. Una alternativa es que con los aportes estatales se financien regímenes especiales, como el Seguro Social Campesino (actualmente desfinanciado) u otros regímenes especiales de seguro que pudieren establecerse para otros grupos de población.

¹³ En algunos países, los costos de atención en salud de los adultos mayores llegan a representar entre 3 y 6 veces los costos de atención en salud de los niños y jóvenes.

5.8.5 Evolución financiera reciente

La evolución financiera reciente del IESS se caracteriza por la existencia de un superávit de operación. Los excedentes como porcentaje de los ingresos han venido disminuyendo, pasando de 35.6% en el 2002 a 17% en el 2005.

Aún para este año, este nivel de superávit se considera elevado, toda vez que el sistema de financiamiento de los seguros de salud es de “reparto simple”; según este método, los gastos de cada periodo anual se hace corresponder, aproximadamente, con los ingresos del año, de modo que el excedente es nulo. Usualmente los seguros de salud operan mediante una pequeña reserva para contingencias, que sirve para proteger la economía del seguro contra situaciones coyunturales tales como incidencias epidemiológicas, macroeconómicas o naturales que desequilibren las finanzas en el corto plazo. El Seguro de Salud Individual y Familiar no cuenta formalmente con reserva para contingencias, pero en virtud de los superávit que ha generado durante los últimos años, contablemente sí existe una reserva valorada patrimonialmente en aproximadamente en más de US\$220. Una buena parte de los activos del SGS se concentra en activo fijo.

Durante los últimos años los ingresos por aportes y contribuciones al SGS han subido considerablemente, pues casi se duplicaron entre el 2002 y 2005. Sin duda alguna, este ha sido un escenario favorable para la economía del Seguro, que ha permitido también más que duplicar el gasto corriente.

A partir de los registros financieros se puede derivar el costo actuarial del Seguro; el costo bruto del seguro, definido como el cociente gastos/masa salarial, pasó de 3.4% en el 2002 a 4.6% en el 2005. Esta situación, sin embargo, no llega a afectar el equilibrio financiero, pues en el 2005 los gastos alcanzaron a representar apenas el 83% de los ingresos.

Tabla 5.9

Seguro de Salud Individual y Familiar: evolución financiera 2002-2005.

Rubro	2002	2003	2004	2005
Ingresos	157,578,843	194,799,918	233,953,615	276,103,628
Aportes y contribuciones	119,868,026	167,105,838	222,184,132	261,264,352
Intereses y utilidades	1,326,971	5,573,513	11,738,971	14,476,093
Otros	36,383,847	22,120,567	30,513	363,183
Gastos	101,555,118	120,071,472	165,765,325	228,027,339
Prestaciones en salud	95,892,729	112,805,243	157,995,013	218,101,205
Prestaciones en dinero	5,662,389	7,266,229	7,770,312	9,926,134
Superávit de operación (déficit)	56,023,726	74,728,446	68,188,290	48,076,289
Masa salarial	2,969,934,500	3,414,541,920	3,925,708,302	4,909,405,853
Superávit como % de los ingresos	35.6	38.4	29.1	17.4
Gastos como % de los ingresos	64.4	61.6	70.9	82.6
Costo como % de masa salarial	3.4	3.5	4.2	4.6

Nota: masa salarial del año 2005 estimada con base en 2006.

Fuente: elaborado a partir de los estados de ingresos y gastos del IESS.

El gasto per cápita por asegurado, definido como el cociente gasto anual/número de afiliados con derecho, se ubica en un nivel del orden de US\$155, esto es, en una posición intermedia en el contexto latinoamericano, superado por países como Chile, México y Costa Rica, pero superior al de otros países como Perú, Bolivia, y Honduras.

Hay que mencionar la existencia de al menos dos problemas para la imputación de gastos en servicios de salud, que no están corregidos en dicha estimación: i) el SGS está absorbiendo los gastos de atención en salud correspondiente al Programa de Riesgos del Trabajo, y ii) también está subsidiando una parte (no estimada por falta de datos) que podría ser sumamente considerable de gastos imputables al Seguro Social Campesino; ello por cuanto este programa básicamente posee red propia solo para el primer nivel de atención, de modo que los pacientes que requieren servicios de segundo y tercer nivel de atención lo hacen en el resto de la red del SGS, sin que se logre un registro adecuado de dichas atenciones para efectos de una imputación completa de costos compartidos.

Una estimación más afinada del gasto per cápita en salud por asegurado para el IESS, resultaría de considerar conjuntamente los gastos y los afiliados a los seguros SGS y SSC, conjuntamente. Esta medición representa mucho mejor la situación real en que opera actualmente el IESS, pues se reconoce que existe un fuerte subsidio al Seguro Social Campesino; por tanto, la estimación ajustada arroja un gasto capitado anual de US\$123.

5.8.6 Modelo de asignación de recursos en salud

Por modelo de asignación de recursos en salud se entiende la forma en que se diseñan los mecanismos y criterios para hacer llegar los recursos de las cotizaciones a los proveedores de servicios de salud (hospitales, clínicas, etc.)

El modelo de asignación de recursos es una pieza clave en la determinación de dos elementos: a) la eficiencia asignativa, y b) la equidad asignativa; si alguna de las dos fallase, los recursos no irán a los mejores usos, se comprometerá la eficiencia y la distribución de las prestaciones no será equitativa entre los asegurados.

Idealmente, un modelo que garantice cierta eficiencia asignativa, no solo premiará a los proveedores más eficientes y eficaces, sino que impulsará un adecuado equilibrio entre la promoción/prevenición en salud y la reparación del daño; esto se conoce como enfoque de gestión de riesgos en salud. Así también, el modelo de asignación de recursos debe constituir un instrumento para la gestión de incentivos a la eficiencia.

En lo que toca a la equidad asignativa, la aplicación del principio de solidaridad que rige los esquemas de seguridad social, ha de conducir a que los recursos vayan hacia los asegurados con mayor necesidad en términos de exposición de riesgos, mientras que los recursos deben ser aportados por aquellos con mayor capacidad contributiva. Es decir, sin equidad asignativa no hay redistribución entre grupos de ingresos y los principios de la seguridad social quedan comprometidos en su aplicación. Evidentemente, todo ello dentro de un marco de sostenibilidad y de razonabilidad en cuanto a la agrupación de riesgos, su costo actuarial y las disponibilidades de financiamiento.

Debido a todo lo anterior, el modelo de asignación de recursos es un determinante del nivel de los costos, y por lo tanto, ocupa un lugar estratégico en la gestión del aseguramiento.

Financiamiento de las unidades médicas del IESS. El Artículo 121 de la LSS prevé el mecanismo de financiamiento de los proveedores de servicios de salud, propios o contratados por el IESS, los cuales aparecen bajo la denominación de “unidades médicas”. El mecanismo de asignación de recursos previsto para las unidades médicas es el de los “*presupuestos anuales por actividad*”, el cual debe funcionar bajo responsabilidad del respectivo Director de la unidad médica.

La ley establece que la entrega de los recursos presupuestarios asignados en el contrato de cada unidad, será responsabilidad del Director de la Administradora, contra la facturación de la actividad médica producida.

Se establece también que la Administradora contratará un reaseguro contra riesgos catastróficos contra riesgos catastróficos para cubrir los excesos de gasto que se originen en contingencias extraordinarias. Cabe hacer un paréntesis para señalar que desde el punto de vista técnico-actuarial, esto no parece razonable, pues como asegurador de cobertura nacional, el IESS posee un “pool de riesgo” ampliamente distribuido que no amerita un reaseguro, y por lo tanto, lo razonable y lo usual es la creación de una reserva técnica para contingencias; es recomendable un replanteamiento técnico y jurídico para avanzar en esta dirección.

Tácitamente, la ley vigente establece la “contratación” de servicios de salud como el marco de actuación para la asignación de recursos a la red de servicios de salud, lo cual es razonable y además se adecua a las tendencias internacionales recientes, en el sentido de que permite a la administración central del IESS establecer contratos entre el financiador (IESS como asegurador) y los proveedores de servicios de salud; estos contratos pueden ser virtuales (cuando se “contrata” con un proveedor propio) o pueden ser contratos puros cuando se compran servicios a otras entidades públicas o privadas. Pese a sus bondades y resultados exitosos en otros países, la introducción de la contratación no ha avanzado en el IESS; junto a ello, los mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos de salud del IESS, continúan funcionando sobre una base histórica, los cuales está demostrado que tienen como desventaja que perpetúan las ineficiencias en la producción de servicios de salud.

En conclusión, hay dos elementos de la gestión y el financiamiento de la red de servicios de salud que van de la mano, y que requieren ser abordados en el IESS de una manera integral, y que están vigentes según la ley, aunque sin aplicación práctica: a) la introducción de contratos para separar las funciones entre financiador (administradora del Seguro Familiar de Salud) y los proveedores de servicios de salud (hospitales y otros proveedores), de manera que éstos puedan actuar dentro de un marco de mayor autonomía local de gestión; y b) la instauración de los nuevos mecanismos de asignación de recursos contemplados en la ley, con el fin de sustituir la “asignación histórica” por mecanismos más eficaces y eficientes de asignación “prospectiva”.

Necesidad de un cambio en el modelo de asignación de recursos en salud. Independientemente de los recientes cambios, tendientes a desconcentrar la gestión administrativa y financiera, la forma en que el IESS opera la distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue todavía un modelo centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud.

El presupuesto de la red de servicios se formula sobre una base histórica, con ajustes anuales globales en función de la evolución reciente de los ingresos. Pese a evidentes esfuerzos recientes por acatar la disposición normativa de establecer presupuestos por actividad, con el fin de avanzar hacia un esquema de *asignación prospectiva* basado en producción y demanda efectiva, los resultados son aún incipientes y no generalizados, de modo que prevalece un esquema de asignación histórico y centralista en su ejecución y control.

La experiencia demuestra que cuando la gestión presupuestaria del abastecimiento de materiales y equipamiento se controla centralizadamente, se tienden a generar cuellos de botella en los procesos clínicos, que se traducen en atención ineficiente y poco satisfactoria para los gestores y asegurados.

Como ya se anotó, existen tendencias internacionales orientadas hacia la desconcentración (y descentralización en algunos casos) e introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos, vigentes en Europa y varios países latinoamericanos, con sustantivos avances y éxitos, de los que el IESS se podría beneficiar.

La introducción de nuevos mecanismos de asignación de recursos, prospectivos, podría permitir al IESS hacer más objetiva dicha asignación, llevando los recursos hacia el nivel local con base en el nivel de producción y actividad (caso de establecimientos hospitalarios), o con base en población y demanda en el caso del primer nivel de atención. Esquemas de asignación *capitativa* (per cápita) para el primer nivel de atención y modelos de “*pago por actividad*” para los establecimientos hospitalarios, constituyen líneas de trabajo ineludibles para el futuro de la modernización del IESS en el ámbito del financiamiento y retribución de los servicios de salud. Con miras a aprovechar las exitosas experiencias internacionales de reforma del sector salud que han introducido estos novedosos elementos, es recomendable darse a la tarea de implementar estas alternativas.

5.8.7 Modelo de atención en salud: es necesaria una reforma

El modelo de atención en salud comprende la estrategia en que se abordan los problemas de salud, con el fin de incidir en las condiciones de riesgo en salud. Dado un nivel de financiamiento para un programa de cobertura en salud, las diferencias en el modelo de atención en salud pueden conducir a resultados más o menos exitosos respecto al estado de salud de una población, o dicho de otra manera, respecto a la carga de enfermedad que afronta un grupo de población en determinado momento, y por ende, resultados más o menos favorables sobre los costos operativos.

La administración de un seguro de salud tiene que ver con la gestión de los riesgos que afectan la salud de la gente, más que solo con la curación de las enfermedades o accidentes. Se espera que un modelo de atención tenga un enfoque preventivo y promocional, por dos razones: a) el objetivo principal es garantizar el máximo nivel de salud; más que reparar el daño físico o económico que causa la enfermedad; y b) la práctica internacional demuestra que sale más barato prevenir que curar. Cabe destacar que aunque la promoción y la prevención no garantizan la eliminación de todos los problemas de salud, sí se espera que su mediante su influencia sobre las condiciones de riesgos, los aminore.

Por lo dicho anteriormente, la forma en que opera el modelo de atención, impacta directamente los costos; de modo que representa un tema crítico desde el punto de vista del financiamiento y sostenibilidad de los programas de protección social en salud.

En el SGS del IESS sigue prevaleciendo un modelo de atención en salud básicamente de carácter curativo-asistencial, que por su naturaleza tiende a ser económicamente costoso e ineficaz desde el punto de vista de gestión de riesgos en salud y logro de resultados en salud. La mayor parte de los recursos del SGS se destinan a financiar atenciones curativas a través de una oferta de servicios con alta concentración de recursos en el nivel hospitalario. La distribución de la atención en consultas ilustra esta situación: del total de consultas del IESS, solo el 7% aproximadamente, se refieren a atenciones de fomento y protección de la salud.

La red de servicios de salud del IESS se basa en 18 establecimientos hospitalarios, 25 centros de atención ambulatoria y 42 unidades de atención ambulatoria. Aunque una parte de la red está orientada a la atención de primer nivel, el modelo de atención que rige en el primer nivel sigue siendo curativo, pues básicamente se atiende por demanda en episodios de enfermedad. Un resultado de la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención es la saturación de atenciones en el nivel hospitalario, donde no solo el costo de la atención es mayor, sino que la capacidad de atención masiva es más limitada. Como se señaló en otro apartado de este informe, entre los logros recientes del IESS destaca el fortalecimiento de la atención ambulatoria, pero prevalece el reto de modificar el modelo de atención. Un modelo alternativo, basado en un esquema de atención familiar y comunitaria, por ejemplo mediante un enfoque de médico de cabecera y capitación, podría fácilmente resolver el 80% del total de atenciones, mejorar sustancialmente la salud de los asegurados, descongestionar los servicios especializados y generar ahorros de recursos. Siguiendo las tendencias internacionales, se recomienda que el IESS avance en esa dirección.

5.8.8 Gestión de servicios de salud: hallazgos y recomendaciones

Consultas por asegurado. El índice de consultas por asegurado puede reflejar dos situaciones: i) grado de acceso a las atenciones médicas; y ii) la carga de enfermedad. Las mejoras en los programas de salud pueden aumentar o disminuir el índice de consultas por asegurado, de manera que este indicador debe ser interpretado cuidadosamente. El índice en cuestión, según se obtiene de los registros del IESS, es cercano a 1.4 consultas por asegurado (incluyendo emergencias y dispensarios anexos), el cual está calculado utilizando las cifras de afiliación de la encuesta de hogares; si se utilizan las cifras de cobertura de los registros del IESS, el índice de consultas por asegurado (“población protegida”) bajaría a 1.15 consultas por asegurado. En cualquier caso, se trata de un índice inusualmente bajo si se compara con otros programas de seguridad social en salud de la región; en ese sentido, se recomienda un análisis exhaustivo de las posibles explicaciones, con énfasis en la cobertura de los registros clínicos y en el grado de acceso efectivo a los servicios.

Bajo índice de egresos hospitalarios por asegurado. El IESS muestra una tasa de 2.6 egresos por asegurado, la cual se considera relativamente baja; incluso en las regiones administrativas 1 y 2, donde no sobrepasa un índice de 3 egresos por asegurado. Si se compara internacionalmente, el índice podría calificarse como inusualmente bajo; por ejemplo, la misma tasa es 5.5% en Perú y 8% en Costa Rica. Puede haber varias explicaciones: por un lado, limitaciones en la oferta de la red hospitalaria del IESS; en segundo término problemas de acceso a los servicios hospitalarios por parte de los

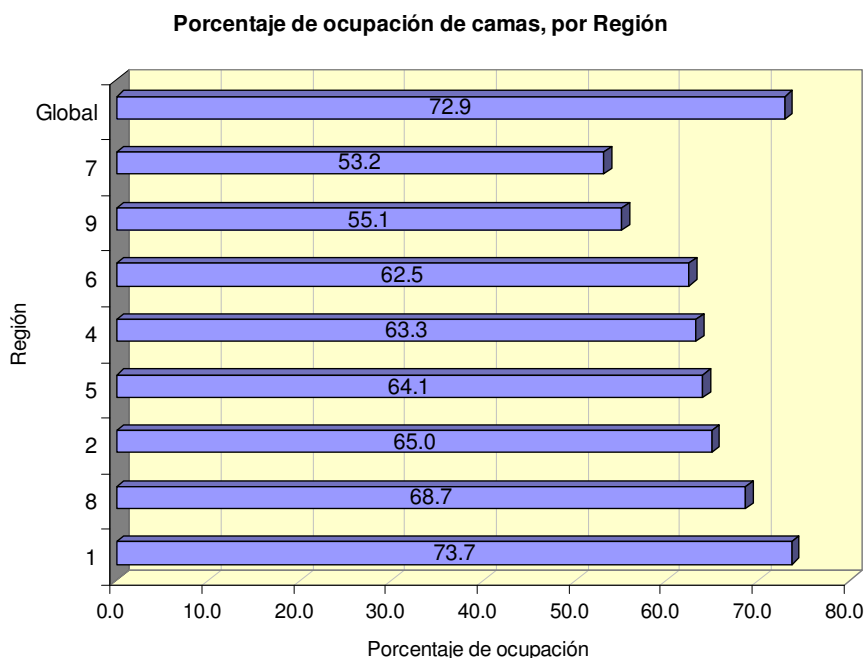
asegurados (vinculado con el punto anterior); tercera: barreras de acceso que originan drenaje de demanda de servicios hospitalarios hacia otras redes de atención (servicios privados y del Ministerio de Salud); cuarta: subregistro de egresos hospitalarios; y quinta: una condición de salud de los asegurados inusualmente elevada. Esta última explicación parece poco plausible pues como ya se advirtió, el IESS carece de una red de servicios de salud de carácter preventivos.

Elevada estancia media hospitalaria. Un indicador de la eficiencia hospitalaria es la estancia media, que mide el número de días que en promedio permanecen hospitalizados los pacientes. Este indicador resume aspectos como nivel de complejidad de la oferta de servicios, la casuística (“case mix” de las atenciones), la calidad y la eficiencia de los servicios. A mayor complejidad, mayor tiende a ser la estancia promedio, de modo que los hospitales de alta complejidad usualmente presentan estancias medias superiores. A mayor calidad, menor estancia media; por ejemplo, si el índice de infecciones intra hospitalarias es alto, los casos clínicos se complican y las estancias se alargan. Si la cadena de suministro de insumos médicos, fármacos y otros insumos estratégicos falla, entonces, los pacientes tardan más en recibir las atenciones clínicas y su estancia tiende a alargarse.

La estancia hospitalaria media en los hospitales del IESS es cercana a 6.3 días (valor medido para el 2003), indicador relativamente elevado. Esto puede estar explicado por problemas de eficiencia, pero para demostrarlo se requeriría un estudio de la gestión clínica específico para el IESS para determinar en qué grado la estancia media se asocia con temas de eficiencia. Así también, el indicador puede estar explicado porque los cónyuges (mujeres) y niños/as no están cubiertos, pues se trata de poblaciones que usualmente presentan menores índices de estancia media; en el caso de las mujeres, la tasa de utilización de servicios usualmente es superior que la de los hombres, pero la complejidad media de los casos es inferior por la predominancia de atenciones ginecobstétricas.

Baja ocupación hospitalaria. Este índice mide el grado de utilización de los recursos de camas hospitalarias, y por lo tanto, el grado de eficiencia en las aplicaciones de los gastos fijos y generales. En condiciones óptimas, los índices de ocupación habrían de ubicarse en un nivel entre 85% y 90%, dejando una holgura razonable para enfrentar situaciones imprevistas (epidemiológicas, catástrofes naturales, etc.).

Gráfico 5.10



Todos los hospitales del IESS presentan un nivel de utilización relativamente bajo, en promedio del 73%; en otras palabras, significa que de cada 10 camas existentes, en promedio 3 están siempre desocupadas. La mayor utilización de camas ocurre en la Región 1; sin embargo, el índice es bajo pues no llega a superar el 75%. En algunas regiones, como se observa en el Gráfico 5.10, la utilización hospitalaria es particularmente baja.

La subutilización de recursos hospitalarios que presenta el IESS, contrasta con el bajo índice de egresos hospitalarios por asegurado, que como vimos no llega a superar el 3%. Si a esto se suma una estancia promedio relativamente elevada, que podría reducirse mediante técnicas de gestión clínica, entonces la subutilización podría ser mayor. Un profundo estudio de la gestión clínica hospitalaria del IESS, podría arrojar luces importantes para determinar las causas de dichas contradicciones. Todo parece indicar que hay barreras de acceso a la hospitalización (geográficas o administrativas) y que la saturación de los servicios del IESS no debe buscarse en los servicios de internamiento hospitalario, o bien, que en este campo los problemas de gestión clínica impiden subir la tasa de ocupación. Se recomienda realizar un diagnóstico profundo de esta situación, con asesoría de expertos internacionales en gestión clínica.

Dado que los hospitales del IESS consumen una alta proporción de todos los recursos del SGS, y que una parte importante de los costos inherentes son fijos o bien apenas semivariantes, la utilización de la infraestructura hospitalaria es un elemento de alta importancia estratégica, de cara a un futuro proceso de extensión de la cobertura. Se puede concluir que existe un margen considerable de acción, a nivel hospitalario, para elevar la eficiencia mediante una estrategia que suba la tasa de ocupación, incluyendo la posibilidad de venta de servicios, una vez que se resuelvan posibles problemas de barreras de acceso de los actuales asegurados.

Deficiencias en la gestión clínica obstétrica. Las estadísticas del IESS registran aproximadamente 8,000 nacimientos por año, lo que combinado con los datos de afiliación total, arrojaría una tasa bruta de natalidad para la población asegurada de 4.1 nacimientos por cada 1000 asegurados. Esta cifra no coincide con la tasa bruta de natalidad del país, que en el año 2005 se ubica en un nivel cercano al 21 por mil. Surgen varias hipótesis para explicar este fenómeno: primero, alto subregistro de parto institucional; segundo, barreras de acceso al parto institucional para las aseguradas; tercero: que las aseguradas prefieren realizar sus partos en otras institucionales hospitalarias distintas a las del IESS. Una última explicación podría estar asociada a la no cobertura familiar de las mujeres por parte del SGS, lo que hipotéticamente generaría un desbalance en la afiliación a favor de los hombres; ciertamente, tal sesgo existe, pero no parece ser de suficiente magnitud como para explicar una parte significativa del fenómeno aludido.

Otro tema relacionado tiene que ver con la proporción de cesáreas, un indicador usual de la calidad de la gestión clínica hospitalaria. El índice de cesáreas en nacimientos es 54%, indicador sumamente alto si se compara con el estándar de OMS de no más de 15% de partos por cesárea; peor aún, en la Región 2, las cesáreas llegan a representar un 76% de los nacimientos totales que ocurren en los establecimientos del IESS. Esto puede tener al menos tres explicaciones: i) serios problemas en la gestión clínica ginecobstétrica, que deben ser analizados con profundidad, toda vez que una alta proporción de atenciones hospitalarias se refieren a partos (usualmente más del 30% en los sistemas de seguridad social en salud de Latinoamérica); y ii) alto subregistro del parto normal; y iii) que una alta proporción de los partos (normales) de las aseguradas no están siendo atendidos en servicios del IESS, sino que se derivan a establecimientos del Ministerio de Salud o privados; estas dos últimas explicaciones parecen más plausibles cuando se considera una tasa bruta de natalidad de 4 por mil asegurados. En todo caso, el análisis de este fenómeno y sus posibles soluciones, es indispensable para afrontar una estrategia de extensión de la cobertura familiar a cónyuges.

Necesidad de mejorar la gestión del gasto en salud. La gestión del gasto en salud tiene que ver con la administración de riesgos en salud. Idealmente la gestión de un seguro de salud involucra la capacidad para analizar tanto el financiamiento (fuentes y niveles de financiamiento) como la asignación del gasto, con el fin de determinar si este se está destinando a sus mejores usos alternativos y el impacto generado en función de la demografía y epidemiología.

La actual clasificación del gasto del SGS del IESS no permite adentrarse en el tipo de análisis que se requiere en el nivel estratégico; es preciso complementar las clasificaciones de gastos por objeto (clasificación contable vigente) con otras clasificaciones que permitan determinar la naturaleza del gasto y siniestralidad específica: niveles de atención en salud, hospitalario y no hospitalario, grupos de edad, sexo, enfermedades catastróficas, atención de pacientes crónicos, servicios clínicos específicos, y costo por producto hospitalario (basado en casuística y grupos relacionados por el diagnóstico, GRD).

De acuerdo con lo anterior, se requiere fortalecer la gestión del SGS, en dos sentidos: a) desarrollando los sistemas de información para la gestión económica a nivel de la Administradora del SGS, y b) desarrollando cuadros gerenciales con alta capacidad y especializados en la gestión económica, invirtiendo en la formación de economistas en salud.

5.8.9 Recursos humanos en salud

La gestión de los recursos humanos en salud reviste complejidades nada despreciables, toda vez que debe corresponderse con las estrategias de desarrollo institucional y con los modelos de financiamiento, gestión y atención en salud. La mayoría de los gestores públicos de seguros de salud que administran redes de servicios de salud propias, se ven enfrentados a dichas complejidades, con diverso grado de éxito. Una pregunta usual es si la cantidad y distribución del personal son adecuadas en función del logro de la misión institucional; la respuesta no es sencilla.

Al mes de agosto de 2006 el IESS tenía contratados 10,074 personas, de los cuales más del 75% correspondían a personal de salud. En la Tabla 5.10 se presenta un resumen del personal de salud según categoría; como es de esperar, destaca la predominancia del personal médico (48% del personal de salud), mientras que los recursos de enfermería y auxiliares en salud representan el segundo lugar en importancia con un 43% del total. En total, ambos grupos suman el 91% del total de recursos en salud; una parte de este personal, como es razonable, se ocupa parcial o totalmente en labores de administración y de gestión clínica necesarias para el funcionamiento de los servicios de salud.

Tabla 5.10
IESS: personal de servicios de salud, según categoría -agosto 2006.

Categoría	Número	Porcentaje	Índice x 1000 asegurados
Total	7,530	100.0	3.85
Médico	3,581	47.6	1.83
Enfermera	1,137	15.1	0.58
Auxiliar de enfermería	1,754	23.3	0.90
Auxiliares en salud	359	4.8	0.18
Farmacéutico	23	0.3	0.01
Tecnólogo	450	6.0	0.23
Investigador social	133	1.8	0.07
Psicólogo	23	0.3	0.01
Otros	70	0.9	0.04

Fuente: IESS, Recursos Humanos 2006.

En general, los indicadores de distribución de personal en salud se ubican dentro de niveles razonables: la tasa de personal de salud por mil asegurados es 3.85, se dispone de casi 2 médicos por cada 1000 asegurados, y de 1.5 recursos de Enfermería por cada 1000 asegurados. Hay que considerar, sin embargo, que una alta proporción de personal médico está contratado a tiempo parcial, lo que podría estar afectando hacia la baja el valor real del indicador de médicos por asegurado.

Llama la atención la significativa cantidad de investigadores sociales (133) distribuidos tanto en las direcciones provinciales como en los servicios de salud.

El tránsito hacia un modelo de atención en salud más preventivo no habría de generar mayores problemas en términos de cantidad de personal, toda vez que es posible pensar en una estrategia de redistribución de recursos humanos en salud hacia el primer nivel de atención. Por ejemplo, para cubrir un primer nivel de atención con médico de cabecera para 2 millones de asegurados, con un promedio de 3,000 asegurados por cada médico general, se

podría lograr con no más de 700 médicos, de los cuales a nivel global el IESS ya dispone parcialmente; sin embargo, a nivel de dispensarios la cantidad de médicos asignados apenas alcanza la cifra de 350 recursos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer ese nivel de atención, probablemente no solo con recursos médicos, sino con otros recursos de personal en salud.

Esto lleva a considerar el tema de la distribución de los recursos humanos en salud. El grado en que la distribución del personal en salud es más o menos adecuado, puede analizarse desde diversas perspectivas tales como la geográfica, por niveles de atención, por tipo de funciones, y establecimiento de salud, entre otros. La Tabla 5.11 resume la distribución de los recursos humanos del IESS a agosto de 2006, según tipo de unidad ejecutora.

Tabla 5.11
Personal del IESS, por tipo de unidad ejecutora -agosto 2006

Tipo de unidad ejecutora	Número	Porcentaje
Total	10,074	100.0
Dependencias nivel central -varias	306	3.0
Dptos afiliación y control patronal	232	2.3
Dptos ejecución presupuestaria	117	1.2
Subgerencias financieras -otras prov	69	0.7
Subdireccs. Aseguramiento y control prestaciones	36	0.4
Subdirecs de contabilidad y contr. presup -varios seguros	29	0.3
Dptos, direcciones y subdirecc. provinciales	750	7.4
Agencias	211	2.1
Montes de piedad	67	0.7
Dptos fondos de terceros	167	1.7
Gerencias de hospitales	588	5.8
Dptos servicios generales	310	3.1
HCAM, HJCA, HTMC: varias dependencias	2,995	29.7
Subger méd.-otros hosp. (Ancon,Chone,Duran,Milagro,Puyo)	238	2.4
Subgerencias medicina crítica -otras prov	86	0.9
Subgerencias hospitalización y ambulatorio -otras prov	855	8.5
Subgerencias auxiliares diagnost y tratamiento	133	1.3
Subdirecciones de servicios internos	123	1.2
Otras dependencias -varios niveles	122	1.2
Subdirecciones de servicios al asegurado	31	0.3
Dispensarios -varias dependencias	2,609	25.9

Fuente: IESS, Recursos Humanos.

Es notoria la alta concentración de personal en los tres principales hospitales del IESS (HCAM, HJCA, HTMC), los cuales absorben casi la tercera parte del total de empleados del IESS y alrededor del 40% de todo el personal de establecimientos de salud. Es destacable también la importancia relativa del personal de los dispensarios, que da cuenta del 26% del total de personal del IESS; sin duda alguna, este es un aspecto positivo que requiere fortalecerse a la luz de una redefinición del modelo de atención en salud.

Reducción de personal por la Comisión Interventora. Uno de los cometidos de la Comisión Interventora del IESS, fue la de reorganizar la Institución con el fin de avanzar hacia una estructura orgánica más aplanada y sencilla, en concordancia con las tendencias modernas. Parte del proceso incluyó la reducción del personal, de 14,045 empleados en 1998 a 10,074 en el 2006¹⁴, es decir, se generó una reducción total del 28%.

¹⁴ Informe de la Comisión Interventora, 2003.

Entre los mismos funcionarios del IESS, del nivel central y de los establecimientos de salud, no existe un acuerdo respecto al grado de objetividad y bondades de dicho proceso de reducción de personal. Los argumentos a favor de tal medida giran en torno a la necesidad de ajustar la cantidad de personal a la nueva estructura organizativa, alivianar el gasto administrativo y elevar la eficiencia en algunas áreas, como es el caso de servicios generales donde parecía existir evidencias claras de ineficiencia e ineficacia. Por su parte, los argumentos en contra de la reducción del personal se basan en la falta de objetividad con que se produjo el proceso, así como en el hecho de que principalmente la reducción se logró sustituyendo personal de planta por personal de empresas de servicios generales, sin que mediara una reducción real del gasto; se critica además la precarización del empleo del personal contratado mediante empresas externas. La reducción del personal en Riesgos del Trabajo a un nivel críticamente mínimo e insuficiente, pese a ser esta un área considerada como estratégica para la gestión de riesgos, representa un ejemplo de falta de adecuación de dicho proceso, pero es probable que este caso no sea generalizable a todas las áreas donde ocurrió reducción de recursos humanos.

Nuevo personal contratado entre 2003 y 2006. De acuerdo con información del Departamento de Recursos Humanos, entre 2003 y 2006 hubo un incremento real de 829 nuevos empleados (9% en menos de tres años), de los cuales casi el 55% corresponde a personal de salud (médicos, personal de enfermería, tecnólogos y auxiliares). Tratándose de un tema altamente delicado, y reconociendo que históricamente ha existido un grado importante de influencia política en la asignación de personal, es preciso que a futuro se establezcan instrumentos técnicos y normativos que garanticen un crecimiento del personal acorde con el tamaño de la población asegurada y con una oferta institucional que obedezca a un modelo de atención en salud claramente establecido. Ello es indispensable para garantizar que la Entidad se mueva dentro de rangos razonables de sostenibilidad financiera.

Tabla 5.12
IESS: resumen nuevo personal contratado 2003 a junio 2006

Puesto	Cantidad	Porcentaje
Total	829	100.0
Médico	262	31.6
Enfermera(o)	24	2.9
Auxiliar de enfermería	106	12.8
Tecnólogo	21	2.5
Auxiliares serv. de salud	42	5.1
Vocal	23	2.8
Oficinistas	74	8.9
Auxiliares de contabilidad	41	4.9
Director provincial	23	2.8
Director	20	2.4
Subdirector	37	4.5
Jefe	19	2.3
Gerente	14	1.7
Gerente	14	1.7
Abogado	11	1.3
Otros	98	11.8

Fuente: IESS, Recursos Humanos.

Rigidez en la asignación de personal médico. La tradicional concentración de personal médico en Quito, está fuertemente asociada a la rigidez normativa que prevalece, que si bien

protege conquistas laborales, perjudica el desempeño institucional y desfavorece a los asegurados. Todos los sistemas de salud requieren la adecuación permanente del personal médico, y de salud en general, por establecimientos y por áreas geográficas, en función de las tendencias epidemiológicas y de la distribución de la población asegurada; por lo tanto, es indispensable que a futuro se negocien y establezcan nuevas modalidades de contrato que permitan una mayor flexibilidad institucional para reasignar el personal médico.

La preferencia del personal médico por trabajar en las grandes ciudades como Quito y Guayaquil, obedece tanto a la falta de incentivos para desplazarse fuera de tales localidades, como al interés de los médicos de combinar trabajo asalariado en el IESS con tiempo en la práctica privada donde los ingresos son mayores. Un problema relacionado, en el que parece existir bastante acuerdo, pero que debe estudiarse técnicamente para buscarle una solución, es el referente a que los médicos aprovechan su tiempo parcial en el IESS para reclutar pacientes de sus propios consultorios particulares. Siguiendo las experiencias de otros sistemas de salud se podría atacar el problema creando un nuevo régimen de contratación, donde se aumente el número de horas laborales en el IESS con mejor paga, sin opción de doble práctica profesional (dedicación exclusiva al IESS) y a la vez se otorguen incentivos económicos por trabajar fuera de las ciudades grandes.

La Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y Unificación y Homologación del Sector Público (LOSCA) impone un régimen de remuneraciones que no parece estar acorde con la realidad del mercado. Dicha ley es compleja y tiene una serie de controles que limitan el trabajo clínico con un enfoque sumamente normativo y basado en auditorías.

Por otra parte, los sueldos del IESS se rigen por escalafón, mientras que en otras instituciones como el Ministerio de Salud Pública se rigen por contrato colectivo; en consecuencia, los salarios son superiores en la primera Institución. Por ejemplo, un médico tratante (especialista) en el IESS gana entre \$US 2,500 y \$US 3,000, mientras que en el Ministerio de Salud Pública la remuneración es solo la tercera parte, en promedio. Evidentemente, esta problemática afecta el desenvolvimiento del sector salud en general y debe ser afrontada en cualquier escenario, especialmente en uno que plantee la universalización del aseguramiento.

Como un aspecto positivo, hay que mencionar que con la reestructuración orgánica del IESS se expidieron resoluciones a favor de la aprobación de las escalas salariales, la racionalización y clasificación de los grupos ocupacionales, y se estableció un Manual de Puestos de Dirección, Subdirección y Jefatura Departamental.

Necesidad de desconcentrar la gestión de recursos humanos. Pese a los esfuerzos para avanzar hacia la desconcentración que establece la ley, la gestión de los recursos humanos continúa fuertemente centralizada en Quito. Esto se explica principalmente por dos razones: a) una tradición administrativa eminentemente centralista, que es difícil de abandonar por diversas razones, algunas de ellas de índole política, y b) la falta de capacidad técnica y administrativa a nivel de las regiones y de los gestores locales (unidades médicas) para asumir las tareas y responsabilidades que implicaría una gestión más desconcentrada.

La ley brinda amplias facultades al IESS para la gestión desconcentrada en todos los ámbitos, incluido el de los recursos humanos; sin embargo, los procesos de gestión siguen básicamente centralizados en la Sudirección Nacional de Recursos Humanos, lo que ocasiona lentitud y cuellos de botella. Por ejemplo, se requiere la participación de la Dirección General, quien primeramente autoriza la contratación de un nuevo recurso, y al cierre del

proceso de nombramiento, el cual finaliza con la nominación por parte de la Dirección General.

Cabe destacar que este modelo centralista de gestión de recursos humanos funciona como un gran distractor y ocasiona dos graves problemas: a) distrae a las autoridades centrales, incluidos el nivel directivo y la Dirección General, de las tareas propias del IESS en calidad de ente asegurador (políticas de afiliación y control contributivo, financiamiento y gestión de riesgos, principalmente); y b) satura a la Subdirección Nacional de Recursos Humanos en temas administrativos, y por tanto le impide asumir un papel más estratégico para cumplir su misión.

5.8.10 Elementos para la reforma de la seguridad social en salud: hacia un enfoque nacional

Desde el punto de vista de una estrategia nacional de seguridad social en salud, se pueden mencionar como elementos críticos que permitirían avanzar en el desarrollo de un sistema universal de salud que garantice la “*seguridad social para todos*”, los siguientes:

- a) Necesidad de aumentar la cobertura de aseguramiento, por medio del IESS y de otros programas de protección social
- b) Mejorar el acceso y la calidad de los servicios del Seguro de Salud Individual y Familiar y en general de todos los programas de seguridad social en salud
- c) Desarrollar un primer nivel de atención, con enfoque de salud familiar y comunitaria

Aumento de la cobertura. Dentro de las estrategias para aumentar la cobertura, se requiere conjugar una serie de medidas, que incluyen: a) elevar la cobertura de los programas de seguridad social en salud para la economía formal, mediante instrumentos que permitan mejorar e incrementar el control contributivo y la compulsión para combatir la evasión; b) desarrollar regímenes de aseguramiento para categorías especiales de trabajadores, con énfasis en los trabajadores independientes y de la economía informal, los cuales no necesariamente habrían de ofrecer las mismas prestaciones que el Seguro de Salud Individual y Familiar, podrían tener primas más accesibles para trabajadores de bajo ingreso, y óptimamente podrían contar con subsidio estatal en el financiamiento; c) desarrollar un programa de seguro público, no contributivo, dándole continuidad y fortaleciendo la iniciativa del aseguramiento universal en salud que se viene impulsando desde la administración anterior; d) fomentar las iniciativas de aseguramiento en salud de los gobiernos municipales e incorporarlas en una estrategia nacional de seguridad social en salud, como es el caso de los seguros municipales de salud que ya están desarrollando los municipios de Quito y Guayaquil.

Cabe destacar que una nueva estrategia nacional de aseguramiento en salud, necesariamente va más allá del IESS, y debe tomar en cuenta el enfoque de la descentralización del Estado, lo que supondría determinar el rol del Gobierno Central y de los gobiernos locales en el aseguramiento/financiamiento y en la provisión de servicios de salud. Se hace necesario un replanteamiento integral de la estrategia vigente, la cual no ha sido capaz de garantizar la inclusión en la seguridad social de la gran mayoría de ecuatorianos y ecuatorianas.

Expandir la cobertura familiar del Seguro de Salud Individual y Familiar. Debe destacarse que cualquier estrategia de extensión de cobertura debe mirar hacia la extensión de la cobertura familiar a las cónyuges de los afiliados titulares y a los hijos menores de edad, con los respectivos ajustes en el nivel de financiamiento. Habría que aprovechar cualquier oportunidad de reforma para que la ley contemple la cobertura a los hijos según la definición de “hijos” establecida en Parte I, Artículo 1, inciso e, del Convenio 102 de OIT, con el fin de que a futuro el Ecuador sea capaz de acoger la ratificación de la Parte I de dicho Convenio. En ese sentido, el Convenio 102 establece que el “...*término hijo designa un hijo en la edad de asistencia obligatoria a la escuela o el que tiene menos de quince años, según pueda ser prescrito...*”. En la mayoría de los países, sin embargo, la definición de hijos aplicada en la seguridad social alcanza a los menores de 18 años.

Mejoramiento del acceso y la calidad de servicios en el Seguro de Salud. Aparte del problema de la baja cobertura de aseguramiento, el Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS presenta dos grandes problemas; la vigencia de un modelo curativo, y segundo, las barreras de acceso, principalmente en el nivel ambulatorio.

La situación actual, caracterizada por altos costos de transacción para el acceso (colas y listas de espera) no parece satisfacer las expectativas de un importante sector de los asegurados y pone en riesgo la sostenibilidad política y financiera del IESS, por eso se requiere la búsqueda de opciones innovadoras, mediante nuevos esquemas de provisión, pero sin comprometer la situación económica-financiera. Al respecto, cabe mencionar que el texto de la reforma de la seguridad social del 2001 (Ley 2001-55), estableció un esquema donde los asegurados tienen libre elección para escoger el proveedor de servicios de salud en el sector privado, en todos los niveles de atención. Si bien a primera vista ello podría entenderse como una estrategia para incrementar el acceso, lo cierto es que sin la debida regulación y sin un adecuado enfoque de la organización financiera y del modelo de atención en salud, representa un mecanismo altamente riesgoso para la estabilidad económica del IESS. Así, una derivación masiva de recursos hacia el reembolso de servicios prestados en el sector privado, podría ocasionar una crisis financiera en el corto plazo que dejaría al descubierto el financiamiento de los establecimientos de salud propios del IESS, lo que tarde o temprano agravaría el acceso no solo a los servicios ambulatorios, sino también a los servicios hospitalarios suministrados directamente por la Institución.

Una propuesta alternativa iría en la dirección de desarrollar un modelo con participación pública y privada en la provisión, pero restringiendo la libre elección y la provisión privada, al primer nivel de atención en salud. Para que este modelo sea exitoso y con riesgo controlado, la provisión de primer nivel se financiaría mediante el método de capitación y habría de seguir un enfoque de “salud gestionada”. Un modelo de esta naturaleza especializa al IESS en la provisión directa de servicios especializados de salud del segundo y tercer nivel (ambulatorios y hospitalarios especializados), mientras que los servicios ambulatorios de primer y segundo nivel pueden ser provistos por el mismo IESS o contratados a proveedores externos, previamente calificados. En cualquier escenario de reforma, la implementación de este modelo requerirá por parte del IESS del desarrollo de nuevas capacidades institucionales para la contratación de servicios de salud.

Definición de los servicios integrales de salud del primer nivel de atención. Un paso importante para consolidar un enfoque de administración de riesgos en salud en el IESS, basado en el concepto de “salud gestionada” es el desarrollo del primer nivel de atención en salud con enfoque de atención primaria en salud; esto se puede lograr mediante la

transformación de su actual red de servicios o combinando la red propia con servicios contratados a terceros, con tal que los proveedores incorporen la gestión de riesgos en salud. Para lograrlo, se pueden empezar a desarrollar experiencias piloto que permitan capitalizar conocimiento y experiencia, con el fin de extenderlas en el mediano plazo a todo el IESS.

5.9 El Seguro General de Riesgos del Trabajo

5.9.1 Administración

De acuerdo con el artículo 41 de la Ley, la administración de los riesgos del trabajo está encomendada a la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo (DSGRT), quien es responsable de administrar los programas de prevención y ejecutar acciones de reparación de los daños derivados de accidentes y enfermedades, profesionales o de trabajo, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral.

La autoridad responsable de la gestión de la administradora del Seguro General de Riesgos del Trabajo, es el Director, quien es nombrado por el Consejo Directivo para un periodo de cuatro años. Mediante la resolución CD 044 del 26 de mayo del 2004, se estableció la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos; cabe destacar que su carácter de “nacional” se circunscribe únicamente a instancias administrativas del IESS, de manera que el concepto no incorpora relaciones con otras instituciones que realizan funciones afines en el conjunto del sistema nacional de riesgos del trabajo vigente.

5.9.2 Resumen de antecedentes históricos

Los orígenes de la legislación nacional en materia de riesgos del trabajo se remontan a la Ley del Seguro Social Ecuatoriano del año 1942, en su Artículo 17. En esa época, además, queda comprendida la materia de riesgos del trabajo en los Estatutos de la Caja del Seguro; sin embargo, su aplicación no se va a realizar sino hasta 22 años más tarde, principalmente por no haberse definido en la ley la tasa de cotización destinada a financiar las prestaciones respectivas.

Un segundo antecedente de relevancia histórica se produce en abril de 1964, año en el que mediante el Decreto Supremo No. 878 la Junta Militar de Gobierno restablece la vigencia el Seguro de Riesgos del Trabajo, para lo cual fija una tasa de aporte del 1.5% de los sueldos y salarios.

Varios años más tarde, en 1978 se crea y pone en funcionamiento la División de Riesgos del Trabajo, cuyas áreas departamentales incluían la calificación de riesgos profesionales, la gestión de los servicios de seguridad e higiene del trabajo; la formación y promoción, un Laboratorio de Higiene Industrial; y servicios de Medicina del Trabajo.

Con la aprobación de la Ley de Seguridad Social de noviembre de 2001, Ecuador introdujo una reforma de significativo alcance en la estructura y financiamiento del sistema de seguridad social, que aporta elementos importantes para conformar y consolidar un sistema de riesgos del trabajo. Entre otros cambios, hacia el interior del IESS la reforma del 2001 estableció modificaciones para separar el financiamiento y la administración de los

programas que administra la Entidad, la separación de fondos por programas de protección y la creación de una estructura administrativa que separe la gestión de los distintos seguros: Pensiones, Salud, Campesino y Riesgos del Trabajo.

Se crea así el Seguro General de Riesgos del Trabajo, cuya administración se encarga en forma especializada a la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo, responsable por ley de administrar los programas de prevención y ejecutar acciones de reparación de los daños derivados de accidentes y enfermedades, profesionales o de trabajo, incluida la rehabilitación física y mental y la reinserción laboral. La autoridad responsable de la gestión de la administradora del Seguro General de Riesgos del Trabajo es el Director, quien es nombrado por el Consejo Directivo para un periodo de cuatro años.

Cabe destacar que el artículo 102 de la Ley de Seguridad Social establece que “La prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales estará a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo.”

5.9.3 Marco jurídico vigente

El marco jurídico que fundamenta el desarrollo de las acciones en materia de riesgos del trabajo y específicamente de seguridad y salud en el trabajo, tiene en el Ecuador el rango de mandato constitucional. En la Constitución Política del país, se consagran los derechos a la salud, el trabajo y la seguridad de los trabajadores como derechos sociales a cargo del Estado. Concretamente, en el Capítulo 4, *De los derechos económicos, sociales y culturales, Sección segunda, Del trabajo*, se encuentran referencias específicas sobre las obligaciones de tutelar este derecho.

De igual manera, este derecho a la salud laboral se encuentra reconocido en los tratados internacionales sobre la materia. La fuente normativa que consagra este derecho es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que se encuentra bajo vigilancia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y del que Ecuador es Estado Parte, desde su entrada en vigor, el 03 de enero de 1976. En el artículo 7° del PIDESC, se consigna que: “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo, equitativas y satisfactorias, que le aseguren en especial:...b) La seguridad y la higiene en el trabajo*”.

De forma complementaria, el artículo 12° de este Pacto, define el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y la necesidad de que los Estados Partes, adopten las medidas pertinentes que aseguren un disfrute pleno de este derecho. Medidas que entre otros objetivos, incluirán el “*mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente*”.

El Título VII de la Ley de Seguridad Social, desarrolla el Seguro General de Riesgos del Trabajo a cargo del IESS. Por otra parte, el Capítulo IV del Código de Trabajo del Ecuador, trata sobre los riesgos de trabajo. Esta legislación, igual que ocurre en la mayoría de países de la Región, fue promulgada pensando en la protección de los trabajadores que ejecutan sus labores en un esquema de subordinación y remuneración formal, omitiendo consideraciones para la población trabajadora que no tiene acceso a contratos de trabajo. Esta situación tiende a convertirse en crítica, en tiempos donde la economía informal y el empleo sin seguridad social se han venido incrementando.

Con el transcurrir de los años, se han adoptado o desarrollado un conjunto de reglamentos sectoriales, los cuales norman las condiciones de seguridad que deben prevalecer en distintas actividades económicas. De esta forma, en la actualidad, se cuenta con el Reglamento Trabajadores Portuarios, Reglamento de Seguridad para la Construcción, Reglamento General de Plaguicidas, Reglamento de Seguridad Minera, y otros más.

Otra normativa más general o transversal también ha sido acogida. De los ejemplos más notorios, se encuentra el Reglamento para el Funcionamiento de los Servicios Médicos, el Reglamento General de Responsabilidad Patronal y el Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo. Este último representa el marco general para la coordinación de las acciones de las entidades e instituciones públicas del Ecuador, en el tema de prevención y disminución de los accidentes y enfermedades laborales.

Por otro lado, la República del Ecuador, ha ratificado numerosos convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En cuanto a las prestaciones de la seguridad social frente a accidentes y enfermedades profesionales, el país ha ratificado el Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952 (No.102), incluida la Parte VI (Accidentes y Enfermedades Profesionales), y el Convenio sobre protección de los riesgos profesionales (No. 121). En total, han sido ratificados cincuenta y cinco convenios, de los cuales treinta tratan específicamente sobre la seguridad y salud en el trabajo. El No. 110 sobre las plantaciones, el No. 115 sobre la protección contra las raciones, el No. 136 sobre el benceno, el No. 139 sobre el cáncer profesional, el No. 119 sobre la protección de la maquinaria, el No. 148 sobre el medio ambiente de trabajo y el No. 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Cabe destacar que pese a que los Convenios No. 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo y el Convenio No. 161 sobre los servicios de salud en el trabajo, considerados como fundamentales en la materia, no han sido ratificados, han servido de fuente de inspiración en la legislación nacional sobre la materia.

Este contexto jurídico y normativo, se ha transformado de manera muy positiva con la adopción por parte del Ecuador, de la Decisión 584, denominada Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, acción se produce en el marco del proceso de integración de la Comunidad Andina, y la decisión del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores se dio en el mes de junio del año 2003.

Como apunta Ospina (2005), en la construcción de la institucionalidad andina, sobresale el desarrollo de un orden jurídico o Derecho Comunitario Andino. Uno de los instrumentos normativos típicos obligatorios de este derecho son las Decisiones. Estas no requieren de procedimientos de recepción en el ordenamiento interno de los Países Miembros, para que sus efectos empiecen a surtir efecto. Las normas andinas son de cumplimiento obligatorio e inmediato, generando obligaciones y derechos a los ciudadanos, cuya observancia puede exigirse tanto en los tribunales nacionales, como ante las instancias administrativas y judiciales de la Comunidad Andina.

Por lo tanto, el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, se constituye en ley comunitaria sobre la materia, y en consecuencia, es el marco de referencia para cada uno de los países que integran la CAN.

Recuadro 5.1.- Normas de OIT

Desde su fundación en 1919, uno de los temas fundamentales de la OIT, ha sido la protección de los trabajadores contra las enfermedades y los accidentes laborales. Precisamente, la Constitución de OIT se refiere a la "protección de los trabajadores contra enfermedad; accidentes y enfermedades profesionales; prestaciones por vejez (...)".

Esta preocupación de OIT, se ha manifestado a través de numerosos **Convenios y Recomendaciones**, que tratan sobre la seguridad y salud en el trabajo. OIT ha adoptado más de 40 normas sobre SST y más de 40 repertorios de recomendaciones prácticas. Cerca de la mitad de los instrumentos de la OIT tratan directamente de SST. Estos instrumentos, puede agruparse temáticamente en las siguientes categorías:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Seguridad y salud en el trabajo▪ Servicios de salud en el trabajo▪ Control de riesgos mayores▪ Medio ambiente de trabajo▪ Sustancias y agentes tóxicos▪ Cáncer profesional▪ Determinadas ramas de actividad | <ul style="list-style-type: none">▪ Protección de la maquinaria▪ Peso máximo▪ Trabajo de las mujeres▪ Trabajo de los menores▪ Trabajadores migrantes▪ Inspección del trabajo. |
|---|--|

Este marco de convenios seguridad y salud en el trabajo se complementa con el Convenio No. 102 "Norma Mínima de Seguridad Social", que en la Parte VI trata sobre prestaciones en caso de accidentes o enfermedades profesionales, y el Convenio No. 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

De 44 convenios en SST emitidos por OIT, Ecuador tiene ratificados 19. No tiene ratificados los denominados convenios fundamentales en SST, a saber: i) *Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, núm. 155*; y, ii) *Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985, núm. 161*. No obstante, el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, suple el contenido del Convenio 155.

Ha que señalar que en junio de 2006, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó un Marco Promocional relativo al Convenio sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (Covenio Num. 187), el cual tiene por objeto promover el mejoramiento continuo de la SST. Este nuevo convenio establece una Política (política nacional de promoción de la seguridad y salud en el trabajo, y el ambiente); un Sistema (leyes, reglamentos, información, asesoría, capacitación y educación, y la recolección de datos), y un Programa Nacional (cronograma, prioridades y medios para la acción).

5.9.4 Prestaciones y cobertura en riesgos del trabajo

La protección del Seguro General de Riesgos del Trabajo (SGRT), cubre tanto a empleadores y trabajadores, a través de programas de prevención contra los riesgos derivados del trabajo, así como la atención de los daños producto de accidentes y enfermedades laborales, incluyendo la rehabilitación y la reinserción laboral. Los accidentes que se originan durante el traslado de los trabajadores de su domicilio al centro de trabajo, también hacen parte de los riesgos cubiertos.

El Seguro cubre “toda lesión corporal y todo estado mórbido originado con ocasión o por consecuencia del trabajo que realiza el afiliado; incluidos los que se originen durante los desplazamientos entre su domicilio y lugar de trabajo (in itinere)”. Específicamente, las prestaciones que cubre el SGRT, abarca las siguientes:

- Servicios de prevención.
- Servicios médicos y asistencias, incluidos los servicios de prótesis y ortopedia.
- Subsidio por incapacidad, cuando el riesgo ocasiona impedimento temporal para trabajar.
- Indemnización por pérdida de capacidad profesional, cuando el riesgo ocasiona incapacidad permanente parcial.
- Pensión por invalidez
- Pensión de montepío, cuando el riesgo ocasione el fallecimiento del afiliado.

Cabe destacar que no todo este conjunto de prestaciones está desarrollado actualmente por el IESS, como es el caso de los servicios de prevención, donde existe un desarrollo incipiente que aún no se consolida con el desarrollo masivo de instrumentos y programas de prevención.

Las prestaciones económicas se conceden según el grado de alteración de la capacidad individual para generar ingresos, según el siguiente esquema:

- Incapacidad temporal: que impide laborar al trabajador, durante un período de tiempo no mayor que un año. El subsidio consiste en el 75% del sueldo o salario de cotización, durante las diez primeras semanas y 66% en el tiempo posterior.
- Si la incapacidad dura más de un año, el subsidio será el 80%, igual que en el caso siguiente.
- Incapacidad permanente parcial: cuando existe una merma a la integridad física y a la capacidad de trabajar. La pensión se calcula de acuerdo con un cuadro valorativo de incapacidades.
- Incapacidad permanente total: cuando imposibilita totalmente al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión u oficio. Declarada la incapacidad por el IESS, el asegurado recibe una renta mensual equivalente al 80% del promedio de sueldos o salarios de aportación del último año o del promedio de los cinco mejores años, si éste fuere superior.
- Muerte: sin considerar el tiempo de aportación, los sobrevivientes tienen derecho a pensión, las cuales se calculan sobre la renta de incapacidad permanente o total que le habría correspondido al causante al momento de su muerte.

En materia de reparación de daños, cuando se presentan accidentes con secuelas permanentes parciales, el IESS aplica un porcentaje de prestación por el siniestro a modo de

indemnización. Esto es, si el empleado ha sido afectado por un siniestro (accidente o enfermedad) hasta el 20% de su potencial laboral, se concede una indemnización por una sola vez. De igual manera se concede una pensión vitalicia (sin derecho al servicio de salud ni de viudedad o derecho habientes en caso de fallecer la persona afectada) siempre y cuando el asegurado se encuentre afectado por una incapacidad permanente parcial desde un 21% a un 100%. Si la incapacidad es clasificada como permanente total o absoluta, la persona se halla protegida por los siguientes beneficios: pensión vitalicia, asistencia médica, órtesis, prótesis, y derecho de viudedad.

Dolo o imprudencia. Según la normativa vigente, no están cubiertos los accidentes que se originan por dolo o imprudencia temeraria del afiliado; ni las enfermedades excluidas en el Reglamento del Seguro General de Riesgos del trabajo como causas de incapacidad para el trabajo. Al respecto, es importante mencionar que la no cobertura en caso de “dolo o imprudencia temeraria del afiliado”, riñe con la doctrina de la responsabilidad objetiva del empleador, según la cual hoy día es ampliamente reconocido que todos los siniestros que ocurren al trabajador en el lugar de trabajo, califican como riesgos laborales; en todo caso, el acto de condicionar la prestación a la prueba del dolo o la imprudencia temeraria siempre coloca en desventaja al trabajador y contradice el marco doctrinario existente.

Afiliación al Seguro. De acuerdo con los registros del IESS, el número total de afiliados al Seguro General de Riesgos del Trabajo, ascendió en el año 2003 a 1,184,485 personas, cifra que equivale al 19.4% de la Población Económicamente Activa Ocupada reportada en la Encuesta de Empleo y Subempleo 2004. Este resultado ratifica un rasgo distintivo de la seguridad social en el Ecuador, y que en una perspectiva de mediano plazo, representa uno de sus principales retos: la expansión de la cobertura.

La Tabla 5.13 muestra el desglose la población afiliada al Seguro General de Riesgos del Trabajo según régimen y región administrativa. En términos de las regiones, destaca la concentración de asegurados en la Región 1, la cual incluye a la provincia de Pichincha, que agrupa a poco más del 40% de la afiliación. Este indicador supera por mucho el peso relativo que la región tiene dentro de la población general y el peso respectivo de la población económicamente activa (23.0% y 24.7%, respectivamente), situación explicada en parte, por la centralización de recursos del IESS en esta importante provincia. La Región 2 es la segunda en peso relativo de afiliados, pero con un cierto grado de desfase respecto a su participación en las otras dos variables.

En cuanto al régimen, quizás uno de los elementos más relevantes es el número significativamente bajo de afiliados en las modalidades de trabajadores agrícolas y de la construcción, pues de acuerdo a las encuestas de empleo del INEC, en el Ecuador casi 2 millones de personas realizan o ejecutan labores propias de la agricultura, y aproximadamente 400 mil participan en el sector de la construcción.

Tabla 5.13
Población afiliada al Seguro General de Riesgos del Trabajo
según régimen y región, 2003

Regiones y Provincias	Régimen de Afiliación					Total	Peso relativo (%)		
	Privados	Públicos	Construcción	Agrícolas	Otros		Total Afiliados	Población general	PEA
Esmeraldas	14,349	5,858	79	53	2,241	22,580	1.9%	3.2%	2.8%
Pichincha	344,388	67,365	3,887	2,591	67,215	485,446	41.0%	19.8%	21.8%
Región 1	358,737	73,223	3,966	2,644	69,456	508,026	42.9%	23.0%	24.7%
Galápagos	2,422	872	48	223	352	3,917	0.3%	0.2%	0.2%
Guayas	230,103	36,627	4,554	12,291	21,754	305,329	25.8%	27.4%	26.8%
Los Ríos	9,689	6,105	192	9,833	1,558	27,377	2.3%	5.4%	5.0%
Región 2	242,214	43,604	4,794	22,347	23,664	336,623	28.4%	32.9%	31.9%
Azuay	43,125	11,097	689	86	13,368	69,523	5.9%	5.0%	5.1%
Cañar	7,794	3,025	24	17	1,943	12,803	1.1%	1.7%	1.6%
Morona Santiago	1,038	2,690	70	2	391	4,191	0.4%	1.0%	0.9%
Región 3	51,957	16,812	783	105	15,702	86,517	7.3%	7.6%	7.6%
Cotopaxi	8,301	4,676	232	23	2,680	15,912	1.3%	2.9%	3.1%
Napo	4,789	3,312	60	3	1,084	9,248	0.8%	0.7%	0.7%
Pastaza	1,597	1,753	10	9	699	4,068	0.3%	0.5%	0.5%
Tungurahua	17,240	9,740	201	253	13,029	40,463	3.4%	3.6%	4.3%
Región 4	31,927	19,481	503	288	17,492	69,691	5.9%	7.7%	8.6%
Bolívar	1,824	3,833	24	12	893	6,586	0.6%	1.4%	1.4%
Chimborazo	8,906	9,858	175	91	4,493	23,523	2.0%	3.3%	3.6%
Región 5	10,730	13,691	199	103	5,386	30,109	2.5%	4.7%	5.0%
Manabí	30,274	17,478	460	171	5,011	53,394	4.5%	9.8%	8.4%
Región 6	30,274	17,478	460	171	5,011	53,394	4.5%	9.8%	8.4%
Loja	10,693	11,093	242	4	3,928	25,960	2.2%	3.4%	3.0%
Zamora Chinchipe	2,037	1,658	9	7	366	4,077	0.3%	0.6%	0.6%
Región 7	12,730	12,751	251	11	4,294	30,037	2.5%	4.0%	3.6%
Carchi	5,294	3,466	59	82	2,115	11,016	0.9%	1.3%	1.3%
Fco. de Orellana	2,556	1,797	30	8	637	5,028	0.4%	0.7%	0.7%
Imbabura	8,580	5,009	70	308	7,028	20,995	1.8%	2.8%	2.9%
Sucumbios	1,826	2,568	30	11	846	5,281	0.4%	1.1%	1.1%
Región 8	18,256	12,840	189	409	10,626	42,320	3.6%	5.9%	6.0%
El Oro	14,712	9,480	47	760	2,769	27,768	2.3%	4.4%	4.3%
Región 9	14,712	9,480	47	760	2,769	27,768	2.3%	4.4%	4.3%
TOTAL	771,537	219,360	11,192	26,838	154,400	1,184,485	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Memoria IESS, 2003; Anuario Estadístico del Ecuador 2003, INEC.

Financiamiento de los riesgos del trabajo. El esquema de financiamiento de los riesgos del trabajo ocupa un lugar especial dentro del espectro de los esquemas de financiamiento de los programas de seguridad social. A diferencia de los otros regímenes de protección social, y en virtud del principio de *responsabilidad objetiva* del empleador que gobierna su concepción, la doctrina y la práctica a nivel universal apunta a que la reparación de daños a la salud y a la renta debe recaer exclusivamente en el empleador, ya sea a través del pago de primas o del reconocimiento del valor de las indemnizaciones a favor del trabajador cuando éste no se encuentre asegurado o no cumpla con las normas de seguridad y salud en el trabajo.

Hay que destacar que en virtud del principio de *responsabilidad objetiva del empleador*, la recomendación de OIT de Filadelfia estableció que “la totalidad de los gastos por reparación de lesiones derivados del empleo debería estar a cargo de los empleadores”. Esta concepción está plenamente recogida en la Parte VI del Convenio 102 de OIT o “Norma Mínima de Seguridad Social” y en el Convenio 121 (Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1964), ambos ratificados por el Ecuador.

Un elemento muy significativo en el desarrollo de la protección social de los riesgos laborales, es la vinculación que debe existir entre los instrumentos de financiamiento y las políticas de prevención de riesgos, lo cual se plasma mediante dos ideas principales: primero, que una parte de los ingresos por recaudaciones de cuotas de aseguramiento de riesgos laborales, debe destinarse de manera sistemática a la materia preventiva (gestión de riesgos); y en segundo lugar, que los esquemas de financiamiento deben estar diseñados de manera tal que incentiven una conducta preventiva por parte del empleador. En ausencia de estas condiciones, será difícil lograr el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo.

Cada vez más los regímenes de protección social vienen introduciendo tres tipos de instrumentos en este ámbito: i) sanciones al empleador cuando se verifica el no cumplimiento de la norma como causante del siniestro, o la sola sanción por no aplicación de las normas de seguridad independientemente de la ocurrencia o no del siniestro; ii) el cobro de los costos de reparación de daños (pensiones, indemnizaciones y gastos en salud), en carácter de reembolso al sistema, cuando el empleador no ha contratado un seguro de riesgos profesionales y se produce la contingencia (ya sea accidente o enfermedad); y iii) la aplicación de primas de seguros ajustables a nivel de empresa, en función de la siniestralidad individual de la empresa.

En una forma muy resumida, se puede afirmar que los sistemas de financiamiento acuden básicamente al uso de cuatro instrumentos: i) la tasa de cotización uniforme por empresa y actividad; ii) la tasa de cotización variable en función de la siniestralidad (óptimamente aplicable a nivel de empresa individual); iii) la combinación de una tasa uniforme (básica) con una tasa de aportes variables en función de la siniestralidad individual (modelo Chileno); y iv) la cobertura por parte del empleador de las prestaciones específicas generadas por el accidente o enfermedad profesional, cuando se verifica ya sea que el empleador ha incumplido las normas de seguridad y salud en el trabajo (considerado como un costo no asegurable) o que incumplió la obligación de asegurar al trabajador.

En Ecuador, la Reforma del 2001 definió una contribución del 0.5% sobre el salario para el financiamiento del Seguro de Riesgos del Trabajo, prima que supuestamente cubre el costo de las actividades de promoción y prevención (0.10%), así como las prestaciones, subsidios, indemnizaciones y pensiones (0.4%); sin embargo, de acuerdo con la experiencia latinoamericana, ese nivel de primas es a todas luces insuficiente para financiar el costo de un programa integral de riesgos del trabajo.

Cabe destacar que con la aprobación de la Ley de Seguridad Social en el 2001, la tasa de contribución al SGRT fue rebajada de un 1.5% al 0.5%, de modo que el restante 1% se transfirió tácitamente al financiamiento del Seguro de Salud Individual y Familiar, con el fin de cubrir los costos de los servicios prestados por éste. Esta decisión, aunque bien intencionada, lamentablemente no permite una gestión transparente de los costos del programa y genera la posibilidad de acrecentar los subsidios cruzados entre ambos programas; como resultado, se entorpece la gestión de los riesgos y el financiamiento, y peor aún, ello ha impedido avanzar en la separación de fondos entre los programas. Es sumamente recomendable revisar este esquema desde el punto de vista del costeo actuarial, pues en la experiencia internacional las prestaciones económicas (subsidios, pensiones e indemnizaciones) siempre son más costosas que las prestaciones de salud, de manera que a simple vista la supuesta distribución (actual) de la prima entre el SGRT y el Seguro de Salud

Individual y Familiar, parece estar está invertida y en discordancia con los costos actuariales reales.

En el marco de la estrategia de separación de fondos entre programas de seguridad social que viene afirmándose en el IESS, es muy recomendable dotar al SGRT de una prima adecuada, plenamente separada y respaldada por un costeo actuarial, que le permita cubrir íntegramente los costos de todas las prestaciones asociadas a riesgos del trabajo, de manera que los gastos en servicios de salud puedan ser reembolsados sobre una base transparente a los prestadores en salud que atienden casos de este seguro: Seguro de Salud del IESS, Ministerio de Salud y otros proveedores públicos y privados que en la práctica aportan recursos a la atención en salud. Para lograr esto, un paso fundamental es iniciar cuanto antes la aplicación del registro de accidentes y enfermedades profesionales, que como indicamos antes, solo alcanza hoy día aproximadamente al 2% de los siniestros laborales.

Por ende, insistimos como recomendación paralela, en el establecimiento, cuanto antes posible, de un registro eficaz de los casos atendidos por accidentes y enfermedades profesionales, a nivel de todos los proveedores de servicios de salud del Ecuador, que permita clarificar, costear y separar los gastos y costos completos en que incurre el Programa. Esta es una tarea prioritaria e indispensable de la gestión de riesgos del trabajo que se recomienda abordar en el muy corto plazo.

Debido a que probablemente tomará algún tiempo desarrollar un registro completo de accidentes y enfermedades laborales, una recomendación específica para la actuación en el muy corto plazo, es el diseño e inclusión, por única vez, de un módulo de riesgos del trabajo en la Encuesta de Hogares, que le permita al país contar con una línea base sobre el mapeo de riesgos laborales y con indicadores más precisos de los retos que enfrenta el desarrollo de los registros y de los sistemas de prevención de accidentes y enfermedades laborales. Esta se identifica como una tarea de bajo costo y gran impacto.

En otro orden de cosas, es importante mencionar que en el caso de afiliados sin relación de dependencia, el aporte obligatorio es fijado por el Consejo Directivo del IESS, según la naturaleza de la actividad y la posibilidad del riesgo protegido. No obstante, de acuerdo con la Resolución 005 del Consejo Directivo del IESS, de abril del año 2003, en todas las categorías ocupacionales el aporte global es de un 0.5%, lo cual no es congruente desde el punto de vista actuarial, aunque sí podría serlo desde el punto de vista de la existencia de mecanismos de solidaridad.

El Recuadro 5.2 ilustra la situación comparativa de los porcentajes de aportación y tipo de cuotas que caracterizan el financiamiento de las prestaciones derivadas de los accidentes y enfermedades laborales en algunos países. En términos generales, los porcentajes son superiores a los establecidos para el Ecuador, y como se observa, es común el uso de una tasa de aportación diferenciada según actividad y riesgo.

Recuadro 5.2
Porcentajes de aportación, tipo de cuota y límites salariales que caracterizan el financiamiento de las prestaciones de los accidentes laborales y enfermedades profesionales (grupo seleccionado de países de América del Sur)

País	Porcentajes y topes salariales
Argentina	La cuota promedio de las actividades del Sistema de Riesgos del Trabajo es del 5.2% y las aportaciones son efectuadas por los empleadores.
Bolivia	2% sobre el total de retribuciones de los trabajadores, a cargo de los empleadores
Chile	El empleador debe cotizar un 0.95% de las remuneraciones mensuales imponibles, más una cotización adicional diferenciada, que va desde un 0% hasta un 3.4% según actividad y riesgo, porcentaje que se puede incrementar en un 100% en caso de que no se cumplan normas de prevención y seguridad.
Colombia	La cotización gira en función del salario base, hasta un tope de 25 veces el salario mínimo legal. El porcentaje de contribución varía entre el 0.348% y el 8.7%, según el riesgo de la empresa.
Perú	Aportes a cargo del empleador y la tasa de aportación es fijada por las entidades públicas y privadas que ofrecen la cobertura de los riesgos del trabajo. Las entidades públicas ofrecen las siguientes tasas: entre 0.90% y 10.0% de la remuneración asegurable para las prestaciones económicas y entre 0.63% y 1.84% de la remuneración asegurable para las prestaciones de salud.
Venezuela	Las prestaciones se financian con el 6.25% que se ingresa al Fondo de Asistencia Médica.

Fuente: Elaborado con la base de datos, Información Comparada de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos (INCOSSI), OISS.

5.9.5 Evolución financiera reciente

En la Tabla 5.14 se presenta información básica sobre la evolución financiera del Seguro General de Riesgos del Trabajo durante 2002-2005.

Según los estados financieros, el Seguro presentó un superávit de operación de US\$17.2 millones en el año 2005, con tendencia absoluta creciente, pero descendente cuando se mide como porcentaje de los ingresos totales. En términos actuariales este superávit es ficticio, por dos razones principales: i) se reconoce que los gastos del SGRT en prestaciones médicas no se están contabilizando como gastos de este Seguro, sino como parte de los gastos del Seguro de Salud Individual y Familiar; ii) debido a los problemas de clasificación de las pensiones de invalidez, actualmente existen pensiones de riesgos del trabajo que están siendo asumidas como pensiones del Sistema General de Pensiones IVM.

Tabla 5.14

Seguro General de Riesgos del Trabajo: evolución financiera 2002-2005.
(en US\$ corrientes)

Partida	2002	2003	2004	2005
Ingresos	13,857,835	17,539,604	23,086,628	27,566,144
Aportes y contribuciones	12,280,445	16,679,934	21,411,701	23,825,382
Intereses	1,570,626	844,523	1,635,699	3,703,843
Otros	6,764	15,147	39,229	36,919
Gastos	2,857,781	6,462,772	9,029,868	10,351,287
Pensiones	2,230,247	4,794,781	6,309,786	7,160,940
Devolución aportes a fallecidos	7,671	533,034	1,025,470	1,054,748
Operación y administración	580,694	1,030,388	1,548,725	2,049,359
Otros	39,169	104,569	145,888	86,240
Superávit (déficit) de operación	11,000,054	11,076,832	14,056,760	17,214,857
Masa salarial cotizable	2,969,934,500	3,414,541,920	3,925,708,302	4,909,405,853
Superávit como % de los ingresos	79.4	63.2	60.9	62.4
Gastos como % de los ingresos	20.6	36.8	39.1	37.6
Gasto como % de masa salarial	0.10	0.19	0.23	0.21

Nota: masa salarial del año 2005 estimada con base en 2006.

Fuente: elaborado a partir de los estados de ingresos y gastos del IESS.

Por otra parte, hay que mencionar la inadecuada denominación del concepto “Devolución de aportes a afiliados fallecidos”, pues aparece en realidad en el Estado de Resultados como “Beneficios adicionales” cuando en realidad no se trata de ningún beneficio adicional. Por otra parte, la devolución de aportes a fallecidos no es una práctica razonable desde el punto de vista del concepto de seguro, pues contradice su esencia.

Una recomendación importante orientada a mejorar la gestión de los riesgos del trabajo, entre otras cosas lo concerniente a la necesidad de cumplir con el mandato constitucional y legal de la separación de fondos entre los seguros, se refiere a desarrollar los instrumentos, procesos y sistemas para clasificar adecuadamente y separar los gastos según su naturaleza, distinguiendo entre: pensiones por riesgo profesional, servicios de salud, administración central, supervisión, promoción y prevención.

5.9.6 Gestión de los riesgos del trabajo

La gestión de los riesgos del trabajo se realiza por medio la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo (DSGRT), la cual está a cargo de un Director nombrado por el Consejo Directivo para un periodo de cuatro años. Aparte de la Dirección del Seguro existe la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos del Trabajo, el cual es uno de los órganos de gestión más importantes.

Comisión Nacional de Prevención de Riesgos del Trabajo. Tiene su sede en Quito y está integrada por El Director del SGRT o su delegado que será el Subdirector de Prevención de Riesgos y Control de Prestaciones, quien la preside y tiene voto dirimente; y por dos vocales, que deben ser profesionales especializados en Salud y Seguridad en el Trabajo, uno de los cuales será médico, ambos designados por el Director del SGRT de entre los servidores del nivel central de dicha Dirección. Actúa como Secretario, sin derecho a voto, un funcionario

del IESS con nombramiento de Abogado, experiencia y conocimientos en Salud y Seguridad en el Trabajo, designado por el Director del Seguro General de Riesgos del Trabajo, de entre los servidores del nivel central de dicha Dirección o por el Procurador General, a petición del Director del Seguro General de Riesgos del Trabajo.

Entre las funciones de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos del Trabajo están la de resolver la aplicación de multas y sanciones, por incumplimiento de las normas de prevención de riesgos del trabajo, y sobre las responsabilidades de gestión en seguridad y salud que tienen las empresas públicas y privadas; analizar los informes técnicos presentados por las Subdirecciones, Departamentos o Grupos de Trabajo Provinciales de Riesgos de Trabajo a nivel nacional, en los que se presume responsabilidad patronal por inobservancia de las medidas preventivas; y, resolver de acuerdo con la ley; emitir el Acuerdo de primera instancia administrativa sobre los casos de multas y sanciones y responsabilidad patronal por inobservancia de las medidas preventivas, de acuerdo con lo establecido en la Ley y sus reglamentos; suspender, levantar o ratificar la prima de recargo, en armonía con lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social, su Reglamento General, y el presente Reglamento; y, comunicar a las Direcciones Provinciales sobre estas acciones, para su aplicación y control; notificar a las empresas las multas y sanciones y la determinación de responsabilidad patronal, por intermedio de las Subdirecciones, Departamentos o Grupos de Trabajo Provinciales de Riesgos de Trabajo, en cada una de las provincias a nivel nacional; y, mantener las estadísticas de los casos tratados.

En la práctica, la mayoría de las funciones que ejecuta la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos del Trabajo no se relacionan con la prevención de riesgos laborales, y por el contrario, actúa sobre todo como un órgano administrativo de carácter resolutorio de conflictos, sanciones y procesos en la vía administrativa.

Cabe señalar que también existen comisiones provinciales de valuación de incapacidades, pero únicamente funcionan en Quito, Guayaquil y Cuenca, lo cual representa un obstáculo en términos de accesibilidad de las prestaciones para aquellos asegurados y aseguradas que no viven en esas ciudades.

Avances recientes en la gestión de los riesgos del trabajo. El IESS ha venido realizando esfuerzos orientados a mejorar la gestión de los riesgos del trabajo, al menos para el conjunto de asegurados cubiertos. Entre ellos destacan el establecimiento de un Manual del Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo, y la implantación de un sistema de auditorías laborales.

Así, como parte del Plan de Asesoramiento Empresarial, la Dirección del SGRT publicó para el año 2004 el Manual del Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo, instrumento que ya está siendo usado en los programas de asistencia técnica. Básicamente, este manual describe las actividades preventivas en las áreas de gestión administrativa, talento humano y gestión técnica.

Las auditorías laborales del IESS representan un esfuerzo para promover una cultura de prevención de riesgos a través de la verificación de cumplimiento de la normativa vigente. Actualmente, se gestionan pre auditorías en mutua colaboración entre el IESS y el sector privado. Sin embargo, una de las grandes dificultades para una gestión de esta naturaleza, es la falta de recursos humanos y materiales.

En lo que se refiere a reinserción laboral, se ha venido trabajando en la elaboración de un proyecto de inclusión laboral, que con el aval del Consejo Directivo, se espera su aprobación y puesta en marcha durante el año 2007.

5.9.7 Incidencia de accidentes y enfermedades laborales¹⁵

Los registros institucionales del IESS no parecen estar capturando la incidencia de la siniestralidad de los accidentes y enfermedades laborales. La Tabla 5.15 resume información sobre la población afiliada al SGRT y la accidentabilidad.

Tabla 5.15
Accidentes laborales reportados al SGRT
Número absoluto y tasa por mil asegurados, 1990-2003

Año	Población protegida por SGRT	Accidentes reportados al SGRT	Tasa de accidentes por 1,000 asegurados
1990	815,736	4,404	5.4
1991	826,373	4,546	5.5
1992	856,456	3,780	4.4
1993	886,634	3,599	4.1
1994	919,948	3,821	4.2
1995	1,050,502	3,533	3.4
1996	1,057,774	4,141	3.9
1997	1,067,038	3,076	2.9
1998	1,097,716	2,623	2.4
1999	1,092,887	2,762	2.5
2000	1,054,483	2,223	2.1
2001	1,127,394	2,309	2.0
2002	1,157,165	2,407	2.1
2003	1,184,485	2,301	1.9

Fuente: Boletín Estadístico N° 14, IESS.

Con base en esta estadística podría concluirse que el total de accidentes reportados al SGRT ha venido disminuyendo hasta alcanzar 2,301 casos en el año 2003, es decir, con una tendencia sostenida a la baja desde el año 1990. Esta evolución de los casos registrados, habría implicado una caída permanente de la tasa de accidentes por mil asegurados, pasando a inicios de los noventa de 5.4 a 1.9 en el 2003. Cuando se compara este indicador con el correspondiente a un país como Chile, el cual se ubica en 83.6 accidentes por mil trabajadores, se tiene un primer referente del nivel de subregistro que evidentemente prevalece en el caso del Ecuador.

¹⁵ Esta sección se basa en el Estudio de OIT (Picado, Gustavo y Fabio Durán Valverde) "República del Ecuador: Diagnóstico del Sistema Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, mayo 2005", Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos.

El descenso del número absoluto de accidentes laborales registrado por el IESS, podría estar asociado con mejoras sustanciales en el control de los riesgos laborales, de al menos, el segmento de empresas que el Seguro de Riesgos del Trabajo tiene afiliadas; sin embargo, no existen pruebas suficientes para sostener tal afirmación. Otro hallazgo interesante, es que los accidentes por rama de actividad económica, muestran una fuerte caída en la “Industria Manufacturera”, mientras, las cifras en “Establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles”, se multiplican por cinco, durante el período 1995-2003.

Tabla 5.16
Número absoluto de accidentes laborales registrados en el SGRT, según rama de actividad
1990-2003

Año	Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	Explotación de minas y canteras	Industrias manufacturadas	Electricidad, gas y agua	Construcción	Comercio al por mayor y menor	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles	Servicio Comunal y Social
1990	150	40	2,338	2	229	107	235	127	1,176
1991	152	22	2,124	245	256	430	199	309	809
1992	150	56	1,680	300	204	284	128	382	596
1993	140	61	1,608	213	281	271	152	414	459
1994	190	38	1,439	262	226	394	199	380	693
1995	172	14	1,326	174	195	361	127	495	669
1996	399	17	1,379	200	228	273	246	542	857
1997	123	15	1,128	103	133	315	61	631	567
1998	88	9	953	71	148	227	54	457	616
1999	80	6	844	75	138	214	44	733	628
2000	33	5	528	64	63	140	33	791	566
2001	72	13	634	96	82	132	61	647	572
2002	82	10	692	44	118	123	59	750	529
2003	78	9	639	36	63	118	54	787	517

Fuente: Boletín Estadístico N° 14, IESS.

En términos generales, cuando se clasifica el accidente según tipo de incapacidad, se observa que la mayoría de ellos provocan tan sólo incapacidades temporales (92.1%), aunque el número de muertes reportadas (2.3%), sí es un indicador que está por encima del promedio verificado en otros países. No obstante, con un registro tan bajo de accidentes laborales, sin duda, hay un sesgo totalmente comprensible, de acreditar los casos de mayor gravedad, lo que incrementa artificialmente las tasas de fatalidad por encima de la tasa real.

Tabla 5.17
Número absoluto de accidentes laborales registrados en el SGRT,
según tipo de incapacidad, 2003.

Rama de actividad	Tipo de incapacidad				TOTAL
	Temporal	Parcial permanente	Muertes	Absoluta Permanente	
Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	63	4	5	0	72
Explotación de minas y canteras	2	6	5	0	13
Industrias manufacturadas	566	55	11	0	632
Electricidad, gas y agua	87	2	6	1	96
Construcción	68	9	5	0	82
Comercio, Restaurantes y hoteles	123	5	4	0	132
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	56	4	1	0	61
Estab. financieros, seguros y bienes inmuebles	629	10	5	0	644
Servicios Sociales, Comunes y Personales	526	31	12	0	569
Total General	2,120	126	54	1	2,301

Fuente: Boletín Estadístico Nº 14, IESS.

De manera complementaria a las estadísticas de accidentes del Seguro General de Riesgos del Trabajo, y tal como se dispone en el Código de Trabajo, el Ministerio de Trabajo tramita las indemnizaciones a favor de los trabajadores, que al momento de sufrir el accidente o enfermedad laboral, no se encontraban afiliados al IESS. Pese a la reducida cobertura del SGRT, los casos denunciados al Ministerio de Trabajo, no han superado en los últimos años los 60 casos por año. Los funcionarios de la Unidad Técnica de Seguridad y Salud en el Trabajo del Ministerio, argumentaron que este fenómeno obedece en parte al desconocimiento de los trabajadores de sus derechos, y por otro lado, a que es común los acuerdos extrajudiciales del empleador con el trabajador que sufrió el daño, o incluso, con sus familiares, cuando se ha dado el fallecimiento de éste.

Recursos humanos y materiales para la gestión de los riesgos del trabajo. Uno de los principales problemas que enfrenta la gestión del SGRT es la carencia de recursos humanos. En la actualidad el Seguro cuenta con aproximadamente 80 funcionarios en todo el país, la mayor parte de ellos (58 en total) concentrados en las Subdirecciones Provinciales, mientras que únicamente 9 funcionarios están asignados a seis departamentos provinciales; en el nivel central laboran un total de 14 funcionarios para atender todas las funciones centrales del Seguro.

Un aspecto importante que debe mencionarse es que debido a que el IESS no posee servicios de inspección de la seguridad social, la figura de la inspección o supervisión en riesgos del trabajo a nivel de las empresas es muy reducida y se limita a la existencia de un escaso personal de auditoría de riesgos del trabajo.

A la falta de recursos humanos se une la falta de infraestructura, la cual está concentrada en Quito y Guayaquil, de modo que en las demás provincias la infraestructura es mínima o nula, en algunos casos con espacios físicos sumamente reducidos o compartidos en condiciones difíciles con otras áreas. Otras carencias de recursos que afectan la gestión del Seguro tienen que ver con la falta de inversiones en tecnologías de información (sistemas informáticos y equipamiento de ordenadores y servidores), que afectan indudablemente la cobertura y calidad de los registros y de la información en general con que se gestiona el Seguro.

En gran medida, la falta de recursos humanos en el SGRT, explica y a la vez está explicada por la excesiva concentración de las funciones; se requiere avanzar hacia una estrategia de gestión desconcentrada.

En concordancia con la problemática señalada, se estima que la cobertura del seguro en términos de empresas, alcanza no más del 5% de ellas; en términos de trámites, hacia el mes de mayo de 2007 se estima que existían aproximadamente 300 casos pendientes de trámite solo en Quito.

En resumen, se pueden plantear las siguientes acciones estratégicas para fortalecer la gestión del SGRT:

- a) La definición de un modelo organizativo para la gestión de los riesgos del trabajo para todo el IESS, con claridad de roles entre nivel central y los departamentos provinciales
- b) Una mayor dotación de recursos humanos, acorde con el modelo de gestión institucional que se defina; en particular, se recomienda ahondar en la definición del modelo de supervisión, estableciendo claramente qué funciones pueden jugar los inspectores de la seguridad social y los inspectores del trabajo del Ministerio de Trabajo, y cómo pueden coordinarse dichos servicios de inspección, incluyendo funciones de auditoría.
- c) Fortalecimiento informático, de acuerdo con un Plan de Tecnologías de Información en Riesgos del Trabajo, que a la fecha no existe.
- d) Establecimiento de una normativa interna que permita, no solo definir los roles, sino clarificar las funciones y procesos, todo tendiente a la agilización de trámites de prestaciones.
- e) Establecimiento del registro completo de accidentes y enfermedades laborales, en el IESS, en el Ministerio de Trabajo y en el Ministerio de Salud; y en concordancia con ello, el costeo actuarial de las actuales prestaciones, en salud y económicas.

Responsabilidad Patronal: principio de inversión de la prueba. En la doctrina moderna de la seguridad social, se reconoce que la responsabilidad por los accidentes y enfermedades laborales es totalmente del empleador. Si este no se considerara responsable habría de probar legalmente y en juicio legal lo afirmado por el trabajador, *es decir, debe probar la culpa grave del trabajador como causa de su accidente*. El *Principio de Inversión de La Prueba*, consiste en que *es el demandado –el empleador– quien debe probar en proceso la culpa grave del trabajador como causa de su accidente o enfermedad profesional*. Antiguamente con la *Principio o Acción Aquiliana o Extracontractual*, quien debía probar era el trabajador, que por su pobreza económica casi nunca ganaba un juicio de esa naturaleza. Hoy día, con la intervención del Estado en las relaciones laborales, se abandona ese proceder y se empieza a aplicar el *Principio de la Inversión de La Prueba* basada en la *Indubio pro Operarum* que se deriva del de *Indubio Pro Reo* del campo del Derecho Penal.

La Responsabilidad Patronal en el IESS. En el Artículo 94 de la Ley vigente, el concepto de responsabilidad patronal establece que “*Si por culpa de un patrono el IESS no pudiese conceder a un trabajador o a sus deudos las prestaciones en dinero que fueran reclamadas y a las que habrían podido tener derecho, o si resultaren disminuidas dichas prestaciones por falta de cumplimiento de las obligaciones del empleador, este será responsable de los perjuicios causados al asegurado o a sus deudos, responsabilidad que el Instituto hará efectiva mediante la coactiva.*”

El IESS concederá tales prestaciones, en la parte debida a la omisión o culpa del empleador, solamente cuando se haga efectiva la responsabilidad de éste, a menos que el patrono rinda garantía satisfactoria para el pago de lo que debiere por aquel concepto.”

En el Seguro General de Riesgos del Trabajo se aplica la responsabilidad patronal en tres circunstancias:

- a) Mora patronal
- b) Falta de notificación del accidente dentro de los primeros 10 días
- c) Incumplimiento de las normas de prevención por parte del empleador.

Esta concepción de la responsabilidad patronal vigente hoy día en el Ecuador, hace que el concepto se entienda como un proceso que se aplica para verificar si el patrono es responsable del accidente o la enfermedad (caso de riesgos profesionales), de modo que durante dicho proceso el trabajador no puede gozar de las prestaciones de ley (excepto las que por ley sí se pueden conceder en tal circunstancia). A todas luces, esta concepción contradice los principios de “**responsabilidad objetiva**” (los accidentes laborales son responsabilidad del empleador, por haber este originado el riesgo y no por ser culpable del accidente) y “**automaticidad del derecho**” (acceso inmediato a la prestación) vigentes hoy día en la doctrina y prácticas internacionales sobre riesgos del trabajo; ello, toda vez que en el caso del IESS el otorgamiento de las prestaciones al trabajador casi siempre estará condicionado a un proceso de prueba de responsabilidades, lo que finalmente da lugar a la aplicación de “*Indubio pro Fondo*” en vez de “*Indubio pro Operarum*”.

En otras palabras, de acuerdo con la ley vigente (2001-55), se concede la prestación por riesgos del trabajo en aquellos casos que a juicio del IESS estén calificados con responsabilidad patronal. En consecuencia, los “asegurados” deben esperar la resolución de ese conflicto para acceder a las prestaciones. Según informaciones suministradas por funcionarios del IESS, en una significativa proporción de los casos el proceso de declaración de la responsabilidad patronal (incluyendo el proceso de apelaciones) tarda más de 1,000 días (casi tres años), periodo durante el cual se deniega la prestación al trabajador (en contraposición al principio de *automaticidad* del derecho). Evidentemente esta concepción puede interpretarse como una forma de proteger los intereses financieros del IESS (principio de *Indubio pro Fondo* que gobierna algunas de las prestaciones de la seguridad social), pero en la práctica ha dado lugar a que más del 90% de los casos tramitados en riesgos del trabajo califiquen para el proceso de “responsabilidad patronal”.

Cabe señalar que en los casos en los que la Comisión de Prevención de Riesgos del Trabajo presume responsabilidad patronal, el empleador puede apelar hasta en cuatro instancias: primero, ante la misma Comisión Nacional de Prevención; posteriormente a la Comisión de Prestaciones y Controversias; luego a la Comisión de Apelaciones (estas tres instancias son al interior del IESS), y finalmente la apelación se puede plantear ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

5.9.8 Elementos para la reforma del sistema de riesgos del trabajo

Como se mencionó, las reformas han venido introduciendo mejoras en el sistema, incluyendo la creación de la DGRT, la separación de fondos (que como se señaló hasta ahora no ejecutada totalmente), y las auditorías y normativas recientes, entre otros avances. Sin embargo, prevalecen una serie de problemas y obstáculos para darle mayor compleción y desarrollo de la materia de riesgos del trabajo, tanto a nivel del marco jurídico como de la gestión del Seguro y sus prestaciones.

La problemática de los riesgos del trabajo en el Ecuador es de grandes dimensiones. Un indicador que apoya tal consideración, es el elevado subregistro de los accidentes laborales. El Diagnóstico de OIT en Seguridad y Salud en el Trabajo realizado en el 2005 en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Empleo, ha señalado no solo las debilidades en cuanto a la falta de prevención de accidentes y enfermedades laborales en las empresas, pues solo una pequeña fracción de empresas han implementado sistemas de gestión, sino la desprotección de derechos que sufren los trabajadores no asegurados, quienes ante la falta de aseguramiento, no son atendidos en el IESS ni en los establecimientos públicos de salud, y deben asumir de su propio bolsillo los costos generados por los accidentes y enfermedades profesionales.

Para avanzar en la consolidación del sistema de riesgos del trabajo del país, será necesario introducir cambios adicionales con el fin de propender a una legislación más orientada a la protección de los principios y derechos de los trabajadores en relación con los riesgos del trabajo. Otros ajustes de gran importancia tienen que ver con la necesidad de dejar fijado en la ley un mecanismo de financiamiento que no solo garantice la suficiencia de las prestaciones, sino que incentive la prevención a nivel de las empresas. Esto en adición a ajustes para definir y fortalecer el marco de actuación de las distintas instituciones, trabajadores y empleadores, en relación con los sistemas de gestión y prevención de accidentes y enfermedades laborales.

Por otra parte, existe la necesidad de incorporar los principios vigentes en las prácticas internacionales de aseguramiento de riesgos del trabajo. A lo largo del tiempo, el proceso evolutivo de la protección de los riesgos profesionales ha venido dando lugar al desarrollo y aplicación gradual de cinco principios básicos: a) Responsabilidad objetiva, b) Universalidad subjetiva, c) Automaticidad, d) Integralidad o suficiencia, y e) Unidad o uniformidad.

La “**responsabilidad objetiva**” se refiere a que el empresario responde no por ser considerado culpable del daño causado al trabajador, sino por ser el causante originario del riesgo. Su basamento es la “Teoría del Riesgo Profesional” y da origen al concepto de seguro de accidente o enfermedad profesional. En virtud de este principio, todos los trabajadores asalariados son sujetos de cobertura obligatoria, cualquiera que sea el trabajo que ejecuten. La “**automaticidad**” conlleva a que no se requiera cumplir ninguna formalidad, por parte del trabajador, para tener derecho a las prestaciones establecidas por ley. Por tanto, la sola ocurrencia del siniestro laboral hace nacer en el trabajador el derecho a las prestaciones (de salud y monetarias), aún cuando el empleador no se encuentre al día en el pago de las cuotas, e independientemente de la forma que asuma el contrato laboral. El principio de “**integralidad**” establece que las prestaciones cubiertas por un seguro de riesgos laborales, han de ser integrales para abarcar la promoción, la prevención, la curación, y la rehabilitación del trabajador. La **suficiencia** hace referencia a que las prestaciones han de ser suficientes en

términos de efectividad en la cobertura del riesgo; tanto en términos de la tasa de reemplazo del ingreso asegurable en caso de invalidez total (normal o gran invalidez), y de la capacidad de la prestación para restituir al máximo, en la medida de las posibilidades terapéuticas, la condición del trabajador antes de la ocurrencia de la contingencia. La **unidad o uniformidad**, plantea que se ha de garantizar que el régimen (único) de prestaciones aplicable a cada asegurado sea el mismo independientemente de la forma que asuma la parte operativa del sistema, en el aseguramiento y en la prestación de servicios finales.

En atención a estos principios, especialmente los de “*responsabilidad objetiva*” y el de “*automaticidad*”, un escenario de reforma es una oportunidad para garantizar el derecho del trabajador a la protección de los riesgos, de una manera efectiva. Esto se puede lograr mediante una reforma legal, en dos aspectos: i) establecer que el IESS garantice a todo trabajador con un accidente o enfermedad laboral, las respectivas prestaciones, independientemente de su condición de aseguramiento y de si el patrono esté al día con las cuotas, y ii) se autorice al IESS a exigir al empleador el reembolso de los costos de las prestaciones (de salud y económicas), así como las sanciones respectivas por incumplimiento de la normativa (no aseguramiento y cumplimiento de normas de seguridad y salud en el trabajo). En un modelo de esta naturaleza, el derecho del trabajador queda protegido, y el IESS tendrá un fuerte incentivo para recuperar los costos de atención, y los riesgos del no aseguramiento (evasión) y del incumplimiento de normas (sanciones) son transferidos al IESS y al empleador en vez de recaer sobre el trabajador (como sucede actualmente). Al mismo tiempo, los empleadores tendrán un incentivo para asegurar a sus empleados, en la medida que se exponen al pago (por reembolso) de los costos de las prestaciones otorgadas por el IESS cuando el trabajador no esté afiliado, o bien a sanciones pecuniarias. Cabe destacar que en el esquema vigente en el Ecuador, los riesgos del trabajo recaen básicamente en el trabajador, especialmente si este no está asegurado.

La OIT ha estimado que de cada 100 accidentes laborales que se producen en el Ecuador, solo 2 se llegan a registrar; en otras palabras, existe un subregistro estimado del 98% de los accidentes y enfermedades profesionales. Esto obedece en gran parte a que actualmente ni el IESS ni el Ministerio de Salud tienen incentivos para efectuar el registro, y refleja el estado de indefensión de derechos en que se encuentran actualmente los trabajadores para hacer cumplir su derecho a cobertura por riesgos laborales y los respectivos servicios de prevención de accidentes.

Las prestaciones en salud que brinda el IESS ocasionadas por los accidentes y enfermedades profesionales, la suministra y financia actualmente el Seguro de Salud. Como ya se mencionó en el apartado de financiamiento, este esquema no es transparente, porque oculta la magnitud de los costos de los accidentes y enfermedades profesionales, y genera un subsidio cruzado (no cuantificado) entre el Seguro de Salud (riesgo común) y el Seguro de Riesgos del Trabajo. La falta de registros de accidentes y enfermedades, impide también la formulación de políticas y planes en el ámbito de seguridad y salud en el trabajo: sin información es imposible la planificación.

Es sumamente recomendable que se establezcan, a nivel de la ley, incentivos y responsabilidades claras para realizar el aludido registro; al respecto, se pueden introducir al menos tres modificaciones: a) definir un plazo perentorio para que el IESS, a través de su Seguro de Salud Individual y Familiar, desarrolle un sistema de registro de accidentes y enfermedades laborales, b) que las atenciones en salud que brindan el Seguro de Salud del IESS y el Ministerio de Salud como consecuencia de accidentes y enfermedades laborales,

deban ser facturadas al Seguro de Riesgos del Trabajo del IESS; en un inicio esto puede funcionar como facturación virtual, pero luego de la consolidación de los registros debería tener consecuencias contables y financieras para el SGRT; y c) establecer sanciones a los empleadores que no registren y comuniquen oportunamente al Ministerio de Trabajo y Empleo y al IESS, los accidentes y enfermedades profesionales.

Coordinación interinstitucional y articulación. Otro elemento a considerar en el diseño institucional del sistema de riesgos del trabajo del Ecuador, tiene que ver con la articulación de políticas y esfuerzos entre las tres principales instituciones involucradas en la gestión de los riesgos del trabajo: el IESS, a través de la Dirección General de Riesgos del Trabajo; el Ministerio de Trabajo y Empleo, mediante su Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, y el Ministerio de Salud a través de su Departamento de Salud Ocupacional. Esto se puede lograr mediante la conformación de un Consejo Nacional de Riesgos del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo, instancia cuya creación viene alentando la OIT en diferentes países y que ha venido dando buenos resultados en términos del desarrollo de un sistema nacional.

A nivel de la Intendencia de Seguridad Social, es preciso incorporar funciones de protección de derechos de los trabajadores, con el fin de que exista una instancia encargada de velar por la aplicación de los principios que rigen la materia de riesgos del trabajo, en especial el de “responsabilidad objetiva” del empleador y el de “automaticidad” en el acceso a las prestaciones por parte de los trabajadores.

Desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo. Un reciente estudio de OIT revela que en el Ecuador el desarrollo de la seguridad y salud en el trabajo es aún incipiente. El país no ha ratificado los convenios fundamentales en seguridad y salud en el trabajo, a saber, el número 155 “Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores” de 1981, ni el número 161 “Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo” de 1985; sin embargo, sí ha ratificado el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.10 Sistema General de Pensiones -IVM

De acuerdo con la ley 2001-55, el sistema de pensiones del Ecuador es mixto e integrado por un régimen de solidaridad intergeneracional y otro de capitalización individual. Por motivos de inconstitucionalidad, en la práctica solamente opera el componente de solidaridad intergeneracional.

5.10.1 Administración

De acuerdo con la división de funciones establecida en la ley, el Seguro General de Invalidez, Vejez y Muerte divide los procesos de afiliación y recaudación, aseguramiento, gestión financiera de los recursos previsionales, administración de los patrimonios previsionales, y entrega de las prestaciones básicas y complementarias a los afiliados.

La afiliación y la recaudación de las aportaciones obligatorias y de la contribución financiera obligatoria del Estado, estarán a cargo del IESS, mientras que el aseguramiento, la calificación del derecho a las prestaciones, y la entrega de las prestaciones (básicas) de

invalidez, vejez y muerte, estarán a cargo de la Administradora del Seguro General de Pensiones.

El texto de la ley aprobada en el 2001 señala, además, que la capitalización del ahorro individual obligatorio estará a cargo de la Comisión Técnica de Inversiones del IESS, a través de la empresa adjudicataria administradora del fondo previsional, que tendrá a su cargo la entrega de las prestaciones de invalidez, vejez y muerte. Sin embargo, la posible existencia de empresas administradoras de ahorros provisionales fue declarada inconstitucional, según consta en la Resolución 052-2001-RA.

De acuerdo con el artículo 168 de la ley de seguridad social, la Administradora del Seguro General de Pensiones asegurará a los afiliados contra las contingencias de invalidez, vejez y muerte, y tendrá a su cargo la aplicación del régimen de jubilación por solidaridad intergeneracional, en los términos que establece esta Ley. Se establece además un tope de 4% para el financiamiento de los gastos administrativos.

5.10.2 Prestaciones y requisitos

El sistema de pensiones de IVM protege a la población afiliada contra las contingencias de invalidez, vejez y muerte (IVM). Sus prestaciones comprenden:

- Pensión ordinaria de vejez,
- Pensión de vejez por edad avanzada,
- Pensión ordinaria de invalidez,
- Pensiones de viudez y orfandad,
- Subsidio transitorio por incapacidad y
- Prestación asistencial no contributiva por vejez o invalidez.

Adicionalmente, la Dirección del Sistema de Pensiones concede pensiones de Montepío y Fondo Mortuario (auxilio para funerales).

Pensión por vejez. De acuerdo con el Reglamento Interno del Régimen de Transición del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte establecido en la Resolución CD. 100 del 21 de Febrero de 2006, la jubilación ordinaria consiste de una renta mensual vitalicia a las personas que se encuentran cesantes, y que cumplan los requisitos mínimos de edad y número de cotizaciones, según el siguiente detalle

- S/L: 480 o más cuotas mensuales
- 60 o más años: 360 cotizaciones
- 65 o más años: 180 cotizaciones
- 70 o más años: 120 cotizaciones.

Pensión de sobrevivencia. Causa derecho a pensión de sobrevivencia la persona en goce de pensión de vejez o invalidez, o al asegurado activo que al momento de su fallecimiento tenga acreditadas al menos sesenta (60) cotizaciones mensuales o se encuentre dentro del período de protección del seguro de muerte.

Tienen derecho a la **pensión por viudez**:

- La cónyuge o conviviente del afiliado o jubilado fallecido.
- El cónyuge o conviviente de la afiliada o jubilada fallecida, incapacitado para el trabajo y que haya vivido a cargo del causante.
- La convivencia genera derecho a pensión de viudez a la persona que sin hallarse casada hubiere convivido en unión libre, monogámica y bajo el mismo techo, con el causante, por más de dos (2) años inmediatamente anteriores a la muerte de éste y cuya convivencia fue declarada judicialmente en vida del o la causante.

En cuanto a la **pensión por orfandad**, tienen derecho a ella:

- Los hijos del afiliado o jubilado de fallecido, menores de 18 años de edad.
- Los hijos adoptados por lo menos en doce (12) meses antes del fallecimiento, menores de 18 años de edad.
- Los Hijos Póstumos, hasta alcanzar los 18 años de edad.
- Los hijos de cualquier edad incapacitados para el trabajo, solteros, viudos o divorciados y que hayan vivido a cargo del causante.

La terminación del derecho se produce por cualquiera de las siguientes causas:

- El beneficiario de pensión de viudez contrajere matrimonio o entrare en unión libre.
- El beneficiario de pensión de orfandad que no se encontrare incapacitado para el trabajo y cumpliera dieciocho (18) años de edad.
- El beneficiario de pensión de montepío que se encontrare incapacitado para el trabajo que contrajere matrimonio o entrare en unión libre.
- El beneficiario de pensión de montepío por incapacidad que recuperare la capacidad para el trabajo cuando cambiare favorablemente las condiciones económica.
- La madre o padre incapacitado para el trabajo, cuando cambiare favorablemente las condiciones económicas.

Al fallecimiento del afiliado que no cause pensiones de sobrevivencia por no haber completado al menos 60 cotizaciones mensuales o por encontrarse fuera del período de protección, los beneficiarios tienen derecho a la devolución de los aportes personales realizados al Seguro; el derecho a solicitar tal devolución caduca a los 5 años, contados desde la fecha de fallecimiento del causante, sin lugar al pago de intereses. Por lo tanto, el estatus de asegurado se obtiene hasta el momento en que se cumplen las primeras 60 cotizaciones.

En lo que respecta a la **pensión por invalidez**, se considera inválido al afiliado que por enfermedad (común) o por alteración física o mental, se hallare incapacitado para procurarse por medio de un trabajo acorde a su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, una remuneración equivalente a la mitad por lo menos de la remuneración habitual que reciba un trabajador sano en condiciones laborales similares.

Para optar por la pensión de invalidez el afiliado debe cumplir los siguientes requisitos:

- Estar incapacitado para procurarse por medio de un trabajo proporcionado a su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica.

- El asegurado que acredite un mínimo de 60 meses de aportación de las cuales 6 meses (consecutivos) como mínimo deberán ser inmediatamente previas a la incapacidad.
- Si la incapacidad sobreviniera dentro de los 24 meses posteriores al cese en la actividad o al vencimiento del período del subsidio transitorio por incapacidad, cualquiera sea la causa que la haya originado, siempre que el asegurado hubiere acumulado 120 meses como mínimo, y no fuere beneficiario de otra pensión jubilar en el IESS.

Es posible el reingreso laboral, siempre y cuando el beneficiario tenga la autorización expresa de la Dirección General, con base en los informes técnicos presentados por el Director del Sistema de Pensiones y se cumplan los trámites reglamentarios respectivos.

Existe también un **subsidio transitorio por invalidez**, concedido por un plazo máximo de un año, el cual puede ser adquirido por quien a causa de la contingencia se vea obligado al cese forzoso en su actividad principal habitual. Para ello, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Que el afiliado registre al menos 60 meses de aportación de las cuales 6 meses últimos (consecutivos) deberán ser inmediatamente previas a la incapacidad.
- Que la contingencia haya afectado la actividad laboral, que prive al asegurado la obtención de la mayor parte del ingreso necesario para el sustento.
- Que se verifique que el asegurado cesó en dicha actividad a causa de la contingencia, entendiéndose por tal que interrumpió el desempeño de su labor o concluyó la relación laboral o contractual; y.
- Que la incapacidad no esté amparada por el Seguro General de Riesgos del Trabajo.

5.10.3 Avances recientes en la gestión

Uno de los mayores logros en la gestión reciente del Seguro IVM ha sido el proceso de revalorización de las pensiones en curso de pago, así como el aumento del tope de pensión. Ese proceso permitió a miles de pensionados acceder a una pensión que refleja en mayor medida sus necesidades económicas, especialmente en lo que tiene que ver a la recuperación del poder adquisitivo que se perdió durante la dolarización; así también, acerca a la Institución al objetivo y principio de la seguridad social de otorgar prestaciones suficientes.

No obstante, como se abordará más adelante, existe conciencia en el nivel Directivo respecto a la creciente presión financiera-actuarial que han generado los recientes ajustes en las pensiones, pues si bien se ha cumplido con el compromiso de revalorizar las prestaciones, en una gran proporción de casos los montos ajustados no guardan ninguna relación con los aportes reales efectuados por los afiliados; es decir, el financiamiento de las prestaciones revalorizadas después de la dolarización, en gran parte no ha estado sustentado por aportaciones suficientes. Sin lugar a dudas, esto compromete la situación financiera-actuarial del Seguro de Pensiones.

Otro de los logros recientes del Seguro de Pensiones, se refiere a que con la ley de homologación laboral, de principios del 2006, se establecen las bases de aportación al seguro social de acuerdo con remuneración total (Resolución 96); cabe destacar que anteriormente prácticamente todo el sector público estaba sub reportando el salario de cotización en una

altísima proporción. El problema se había originado en una ley salarial emitida desde gobiernos anteriores, por encima de la Ley de Seguro Social; por otra parte, la LOSCCA (Ley Orgánica del Servicio Civil y Carrera Administrativa) había establecido que se podría reportar menos salario. Por lo tanto, hasta febrero del 2006 hubo casos de empleados públicos que cotizaron sobre un salario de 9 dólares; por ejemplo, un profesional aportaba sobre un salario básico de 50 dólares, pero recibía una prestación pensionaria calculada sobre el salario completo.

En el área administrativa, uno de los avances más importantes de IESS, es la reestructuración de la organización funcional de la Dirección del Seguro de Pensiones, realizada con el fin de vincular operativamente todos los procesos en una lógica eficiente donde los sistemas informáticos se enmarquen y compatibilicen con la gestión de los recursos humanos. Entre el año 2005 y 2006, la dirección de pensiones ha logrado cursar varias actividades relacionadas con el desarrollo del software de pensiones en diversas regiones del país y ha implementando el sistema informático unificado a nivel nacional. Existen evidencias de efectos favorables a partir de estas medidas; no obstante no todos los resultados han sido los esperados.

De acuerdo con información suministrada por funcionarios del IESS, existen varios miles de casos pendientes de trámite, cuyo procesamiento se dilata debido a varios factores, entre ellos los siguientes:

- i) Falta de cobro en concepto de responsabilidad patronal
- ii) Fallas en el registro de aportes en la cuenta individual del afiliado
- iii) Falta de documentación no entregada por los propios afiliados o interesados
- iv) Falta de integración de los registros de aportes de Historia Laboral y el sistema Host
- v) Suspensiones en comisiones de prestaciones o de valuación
- vi) Prestaciones pendientes de Fondos de Terceros por informe de crédito.

Frente a esta problemática, entre otros logros recientes destaca el desarrollo, en proceso, de un sistema de trámite automático de pensiones a través de Internet, que sin duda alguna permitirá mejorar los procesos y reducir los elevados tiempos de trámites.

5.10.4 Evolución de las prestaciones

Las prestaciones pueden ser analizadas tanto desde el punto de vista de la cantidad de pensiones en curso de pago y su distribución por riesgo, como de la suficiencia de los montos vigentes y de la factibilidad de sostenerlos.

La distribución de las pensiones según sexo, indica que existen más pensiones vigentes para mujeres que para hombres, situación que está explicada principalmente porque las mujeres acceden en mayor medida que los hombres a pensiones de viudedad y orfandad, esto es, en calidad de sobrevivientes de asegurados fallecidos. En efecto, mientras que en el caso de los hombres el 85% de las pensiones vigentes se originan en la consolidación de derechos de jubilación (pensiones por vejez), para las mujeres las pensiones por vejez dan cuenta del 43% de los casos, mientras que cerca del 55% son pensiones para huérfanas y viudas. Esto refleja inequidades de género en las condiciones de acceso a prestaciones, que puede tener dos posibles explicaciones: i) el menor acceso a cobertura por parte de las mujeres en calidad de asegurados titulares, y ii) la menor densidad de cotizaciones que presentan las mujeres

respecto a los hombres, lo que a su vez origina divergencias en las condiciones de consolidación de derechos de jubilación en el largo plazo.

Tabla 5.18

IVM. Distribución de pensiones vigentes, por sexo, según riesgo: enero 2007.

Riesgo	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	239,355	106,669	132,686
Invalidez	11,516	7,180	4,336
Vejez	147,983	90,879	57,104
Horfandad	30,092	8,152	21,940
Viudedad	49,764	458	49,306
Total	100.0	100.0	100.0
Invalidez	4.8	6.7	3.3
Vejez	61.8	85.2	43.0
Horfandad	12.6	7.6	16.5
Viudedad	20.8	0.4	37.2

Fuente: elaborado con base en datos de la Dirección Actuarial del IESS.

Otro aspecto a destacar en cuanto a la distribución de las pensiones por riesgo, es la baja proporción de pensiones por invalidez, que no llega a superar el 5% del total de pensiones vigentes; sin duda alguna una situación poco usual en los programas de pensiones de la seguridad social, pues normalmente en programas jóvenes como el que administra el IESS, este tipo de prestaciones llegan a ocupar hasta una tercera parte del total de pensiones vigentes.

Tabla 5.19

Seguro General de Pensiones: pensionistas por riesgo: 1980-2005.

Año	Total	Invalidez*	Vejez	Montepío
1980	83,834	5,291	30,202	48,341
1985	106,452	7,934	38,716	59,802
1990	127,369	10,356	51,541	65,472
1995	169,892	12,084	79,498	78,310
2000	220,785	14,835	119,869	86,081
2001	231,802	15,151	128,949	87,702
2002	240,882	15,396	136,320	89,166
2003	241,018	15,629	139,309	86,080
2004	242,422	15,584	143,476	83,362
2005	248,744	15,567	148,431	84,746
Distribución porcentual:				
1980	100.0	6.3	36.0	57.7
1985	100.0	7.5	36.4	56.2
1990	100.0	8.1	40.5	51.4
1995	100.0	7.1	46.8	46.1
2000	100.0	6.7	54.3	39.0
2001	100.0	6.5	55.6	37.8
2002	100.0	6.4	56.6	37.0
2003	100.0	6.5	57.8	35.7
2004	100.0	6.4	59.2	34.4
2005	100.0	6.3	59.7	34.1

* Incluye riesgos del trabajo.

Fuente: IESS, Dirección Actuarial.

El comportamiento histórico en el número de pensionistas muestra una aceleración a partir de mediados de los años noventa, principalmente en las pensiones por vejez o jubilación; en efecto, mientras que las pensiones de vejez representaban el 40% del total en 1990, hacia el año 2000 pasan a representar el 54%, y el 60% en el 2005. Se trata de un comportamiento normal, originado en la maduración, aún incipiente, del Seguro de Pensiones; conforme el programa siga madurando, las pensiones de vejez crecerán a un ritmo cada vez mayor y continuarán ganando importancia relativa.

La ganancia en la proporción de pensiones por jubilación se ha generado a expensas de la reducción de la importancia relativa de las pensiones de sobrevivencia (montepío), mientras que la proporción de pensiones de invalidez permanece estable a lo largo del tiempo.

Cociente activos cotizantes/pensionados. La maduración del Seguro General de Pensiones también se manifiesta en el cociente cotizantes / pensionados, el cual descendió de 6.6 cotizantes por cada pensionado en el año 1980, a un valor cercano a 5 en el 2000, año a partir del cual se ha tendido a estabilizar. En los sistemas que funcionan bajo el esquema financiero de reparto, la relación activos/pensionados es un indicador de la capacidad de sostenimiento del plan de pensiones, toda vez que permite medir en qué grado las aportaciones actuales son capaces de sostener el pago de las prestaciones.

Tabla 5.20
Seguro General de Pensiones: cociente activos / pensionados 1980-2005.

Año	Cotizantes	Pensionados	Cotizantes / pens.
1980	555,335	83,834	6.6
1985	648,460	106,452	6.1
1990	815,736	127,369	6.4
1995	1,050,502	169,892	6.2
2000	1,054,483	220,785	4.8
2001	1,127,394	231,802	4.9
2002	1,157,165	240,882	4.8
2003	1,184,485	241,018	4.9
2004	1,212,450	242,422	5.0
2005	1,241,075	248,744	5.0
2006	1,295,834	254,862	5.1

Fuente: IESS, Dirección Actuarial.

Es importante destacar que una parte importante de la caída en el cociente cotizantes/pensionados obedece al estancamiento en la cobertura, particularmente notable durante el periodo 1995-2000, donde ocurrió el principal salto en el indicador. Un esfuerzo por incrementar la cobertura podría dar lugar a una recuperación del indicador bajo análisis, pero es importante mencionar que ello no solventará los requerimientos del equilibrio actuarial de largo plazo.

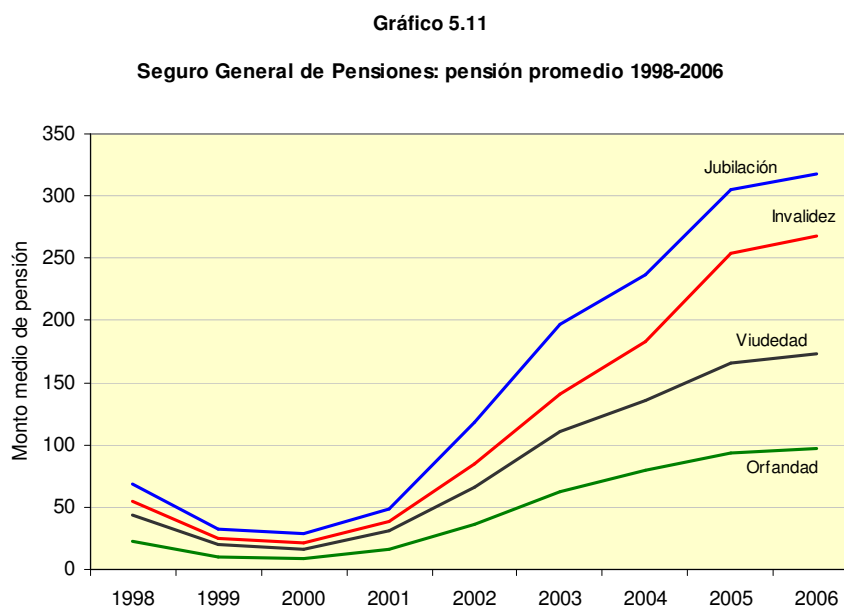
Revalorización de los montos de pensiones. La crisis financiera sufrida por el Ecuador a partir de 1999, ocasionó un grave deterioro en el valor de las pensiones en curso de pago, cuya reducción se estima en 83%; no obstante, entre

Tabla 5.21
SGP: pensión promedio 1998-2006.

Año	Invalidez	Vejez	Viudedad	Orfandad
1998	54.8	69.0	43.1	22.2
1999	25.2	32.8	19.6	10.3
2000	21.2	28.3	16.8	8.9
2001	39.1	48.4	31.3	16.4
2002	84.9	118.3	66.2	36.1
2003	140.4	196.8	110.9	62.9
2004	182.6	236.4	135.9	79.1
2005	254.6	305.7	165.4	93.1
2006	268.2	318.2	173.1	96.9

Fuente: IESS, Dirección Actuarial.

el 2001 y el 2006 se han generado incrementos que multiplicaron el valor de las prestaciones hasta por 6 o 7 veces (Tabla 5.21 y Gráfico 5.11).



Aunque el ajuste absoluto de las pensiones presenta diferencias significativas por riesgo, en términos relativos los ajustes en los montos han sido similares, de modo que se mantienen diferencias importantes en los montos de pensión según riesgo. Hacia finales del 2006, el monto de la pensión de invalidez representaba aproximadamente el 85% del monto medio para vejez, y las pensiones de viudedad y orfandad representaban el 54% y 30% del monto de pensiones por vejez, respectivamente.

Suficiencia y tasas de reemplazo de las pensiones. Los sistemas de pensiones de la seguridad social, están llamados a garantizar ciertos niveles de suficiencia en los montos de las prestaciones que ofrecen; pero a su vez, la suficiencia debe ser acorde con los niveles de financiamiento o cotización, con la idea de que los costos actuariales se mantengan dentro de ciertos rangos razonables. Los ajustes en los montos de pensiones realizados por el IESS en los últimos años, han obedecido a imperativos relacionados con la evolución de las variables macroeconómicas y con los ajustes que implicó la dolarización; sin embargo, han conllevado a tasas de reemplazo o sustitución que a simple vista comprometen la sostenibilidad económica del Seguro de Pensiones.

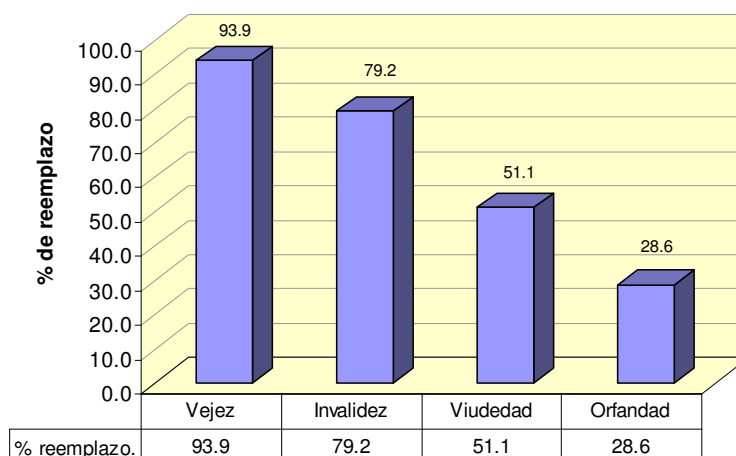
La “tasa de reemplazo”, también conocida como “tasa de sustitución”, es un indicador del grado en que una pensión es capaz de reemplazar o sustituir el salario o ingreso que tenía el trabajador antes de la jubilación. Un indicador grueso del nivel de reemplazo es la “*tasa general de reemplazo*”, que se define como el cociente (monto de pensión / salario medio de cotización); informa en qué grado las pensiones reemplazan en general los salarios vigentes de los actuales cotizantes. El Gráfico 5.12 muestra la tasa general de reemplazo calculada para el año 2006.

Se observa que como resultado del proceso de revalorizaciones recientes, en el año 2006 la pensión por vejez llegó a representar el 94% del salario medio cotizable al IESS; en tanto que

la pensión de invalidez lo hizo en 79%; y las de viudedad y orfandad en 51% y 29%, respectivamente. A simple vista y considerando las tasas de cotización vigentes, estos niveles de reemplazo son insostenibles y no son congruentes con una política de equilibrio financiero de mediano y largo plazo. A manera de comparación, a nivel internacional se estima que los sistemas de pensiones de la seguridad social están presentando tasas de reemplazo a lo sumo del 50%, normalmente con niveles de cotización mucho más elevados.

Gráfico 5.12

**Seguro General de Pensiones:
tasa general de reemplazo (%), por riesgo. 2006.**



Fuente: calculado con base en datos de la Dirección Actuarial del IESS.

Necesidad de mecanismos objetivos para el ajuste de las pensiones. En función de la experiencia del IESS en los últimos años referente, a la revalorización de los montos de las pensiones, es muy importante tener en cuenta dos elementos. Primero, la necesidad de establecer por la vía normativa un procedimiento de ajuste de los montos de pensiones, que responda a criterios objetivos y lo más alejado posible de la negociación política; y en segundo lugar, un mecanismo de ajuste tal que garantice cierta razonabilidad en las tasas de reemplazo, pero a su vez exista congruencia con las tasas de aporte y los aportes individuales pasados, con el fin de garantizar la sostenibilidad económica del Seguro General de Pensiones. Cabe agregar que para ello también es indispensable la fijación y el mantenimiento de una política de niveles mínimos contributivos.

Inequidad de género en la cuantía de las pensiones. Un tema de notable importancia tiene que ver con la comparabilidad de los montos de las pensiones entre hombres y mujeres, pues normalmente éstas sufren los efectos de las inequidades de género. Las mujeres usualmente tienen una vida laboral cotizable más corta que la de los hombres, ingresos más bajos y una expectativa de vida más larga; todos estos factores las colocan en desventaja frente a los hombres.

En la Tabla 5.22 se presentan a manera de ilustración, los montos de las pensiones del Seguro General de Pensiones vigentes por sexo en el año 2003. En ese año, las pensiones por

invalidez y vejez de las mujeres representaban, respectivamente, el 85% y 77% de las pensiones que recibían los hombres, lo cual da muestras evidentes de inequidad de género.

Tabla 5.22

**IVM: pensión promedio en riesgos de invalidez y vejez,
por sexo: 2003**

Riesgo	Hombres	Mujeres	Mujeres / hombres (en %)
Invalidez	140.3	118.7	84.6
Vejez	201.2	154.9	77.0

Fuente: elaborado con base en datos de la Dirección Actuarial del IESS.

Otros problemas de inequidad de género se originan también en el hecho de que mayoritariamente, el derecho a la pensión por parte de las mujeres está condicionado a su relación de cónyuge o viuda del titular, en vez de por un acceso directo en calidad de cotizantes titulares. Siendo así, los procesos de separación de pareja hacen que los hombres acumulen a su favor e individualmente, su acervo de cotizaciones; dicho de otro modo, las cotizaciones acumuladas por el hombre en calidad de cotizante titular solo llegan a representar un derecho consolidado para sus cónyuges cuando la relación de pareja se mantiene hasta el momento de la concesión de la pensión, de manera que previamente a ese momento los derechos pensionarios por jubilación no forman parte de los bienes gananciales para la mujer. Este panorama está cambiando en las legislaciones europeas y por sus alcances en términos de la eficacia de la acción protectora de los sistemas, constituye una experiencia a considerar en la región latinoamericana.

5.10.5 Financiamiento y posición actuarial en IVM

La legislación vigente prevé el funcionamiento de un Régimen Mixto de Pensiones, donde el financiamiento se distribuye entre un esquema de solidaridad intergeneracional y un esquema de capitalización individual. Por razones de constitucionalidad, hasta la actualidad la vigencia práctica de dicho Régimen Mixto no ha sido posible, de modo que sólo están vigentes aquellas partes de la ley que no fueron declaradas inconstitucionales y que se refieren a la operación del régimen solidario.

Aunque en la legislación vigente se establece un complejo sistema de financiamiento que aplica y distribuye los recursos según tramos de ingreso definidos, la no aplicación del Régimen Mixto hace que en la práctica la prima global vigente aplicable solo a pensiones (solidarias) se ubique en un nivel del 9.74%, aunque varía para algunas categorías de trabajadores. Sin embargo, debe aclararse que este nivel de primas incluye el financiamiento para auxilios funerales, que según la Dirección Actuarial se estima en 0.64% del salario.

El nivel de financiamiento vigente es diferente para ciertas categorías de trabajadores. Alcanza el 11.74% para los empleados bancarios, municipales, de entidades públicas descentralizadas y notarios, registradores de la propiedad y mercantiles; 19.74% para los trabajadores del Magisterio Fiscal y Trabajadores Gráficos de entidades autónomas y

bancarias con “seguro adicional”; 16.21% en el caso de los trabajadores temporales de la industria azucarera; entre otros.

Tabla 5.23

IVM - IESS. Tasas de cotización según categoría de trabajador: 2006-2007.

Categoría de trabajador	Trabajador	Patrón	Total
Empleados y obreros, servicio doméstico, construcción, agrícolas, microempresa, artesanía, operarios y aprendices, a domicilio, iglesias, clero secular, servidores públicos incluidos los funcionarios y empleados de la función judicial, servicio exterior residentes en exterior, gráficos sin seguro adicional, y otros del régimen general	6,64	3,10	9,74
Afiliados voluntarios (continuación voluntaria), profesionales con título, artistas profesionales, maestros de taller, maestros de taller, artesanos autónomos, choferes profesionales sin relación de dependencia, trabajadores autónomos e independientes	9,74		9,74
Bancarios, municipales, ent. públicas descentralizadas, notarios, registradores	8,64	3,10	11,74
Magisterio fiscal	13,64	6,10	19,74
Trabajadores gráficos con seguro adicional y trabajadores en actividades insalubres	8,64	9,10	17,74
Trabajadores gráficos de entidades autónomas y bancarias con seguro adicional	10,64	9,10	19,74
Trabajadores temporales de la industria azucarera	12,34	3,87	16,21
Trabajador contratado por hora		8,50	8,50
Pensionistas del Seguro General Obligatorio	2,76		2,76

Fuente: elaborado con base en Dirección Actuarial del IESS.

Esta diversidad de niveles de financiamiento, a lo que debe agregarse los vigentes en los regímenes especiales para las fuerzas armadas y la policía, refleja una evolución histórica marcada por continuas enmiendas para atender a demandas específicas de ciertos grupos de trabajadores a través del régimen general; es decir, a diferencia de otros países de la región latinoamericana donde proliferaron regímenes complementarios con administración descentralizada (a nivel institucional), en el Ecuador existe una relativa diversidad de regímenes de protección y financiamiento “asimilados” a un régimen general obligatorio, donde la administración está centralizada en el IESS. Esta situación torna sumamente compleja la gestión desde el punto de vista actuarial y administrativo-operativo, pues no solo debe atenderse a particularidades de niveles de financiamiento, sino también de cobertura vertical, es decir, en el alcance de la acción protectora en cuanto a requisitos para consolidar prestaciones en y los montos de éstas.

De cara a estos niveles de financiamiento y atendiendo a los requisitos y prestaciones con que opera el Seguro, así como al nivel de las actuales reservas, la situación financiera-actuarial del Seguro General de Pensiones del IESS es crítica, y de no tomarse medidas contundentes de reforma, tenderá a agudizarse durante las próximas décadas.

Para ilustrar la crítica situación actuarial que experimenta el Seguro General de Pensiones, a continuación se presenta un resumen del déficit actuarial, según el balance actuarial elaborado por la firma Actuarial Consultores al 31 de diciembre de 2003. Cabe destacar que por el tipo de estudio, y de mantenerse las hipótesis que sustentaron la valuación actuarial, esta estimación mantiene plena vigencia por tratarse de un cálculo que involucra parámetros y variables de largo plazo.

Tabla 5.24
Resumen del déficit actuarial del Fondo de Pensiones
(valores en millones de dólares al 31/12/2003)

Escenario de valorización actuarial	Vigencia de ley 2001-55	Sin Régimen Mixto
IVM incluyendo la obligación del Estado del pago del 40% de las pensiones	1,393	3,701
IVM sin incluir la obligación del Estado del pago del 40% de las pensiones	5,867	10,552

Fuente: IESS -Actuaria Consultores, Balance al 31/12/2003.

Los escenarios de valorización que se muestran se refieren al criterio de incluir o no incluir el pago del 40% de aporte estatal para el pago de pensiones; así también, se presentan los resultados según si se aplica la vigencia plena de la ley 2001-55, que crea el Régimen Mixto, o si se mantiene el Régimen actual.

En la situación actual, es decir, a legislación constante, se estima que el déficit actuarial del Seguro IVM rondaría los 3,700 millones de dólares; pero si se eliminaran los aportes estatales del 40%, el déficit actuarial subiría a 10,500 millones de dólares, aproximadamente.

Es importante destacar el impacto actuarial favorable que hubiese generado la aplicación del Régimen Mixto contemplado en la ley 2001-55, pues el déficit estimado se reduciría en más de la mitad en el escenario con aportes estatales del 40%.

Estas cifras convocan a la reflexión y a la búsqueda de alternativas orientadas a reformar el sistema nacional de pensiones del Ecuador, cuya sostenibilidad económica, evidentemente, se encuentra comprometida.

En términos relativos, si se considera el escenario en el que el Estado aporta el 40% del gasto, el déficit estimado a legislación constante, representa un equivalente aproximado del 13% del PIB. Sin embargo, si el Estado no realiza dicho aporte, el déficit del Seguro IVM pasaría a representar un equivalente del 37% del PIB.

Las cifras también ilustran la importancia que posee hoy día el financiamiento estatal en el Régimen General de Pensiones. Así, a partir del balance actuarial se puede concluir que el aporte estatal vigente del 40%, representa a lo largo del tiempo un valor aproximado equivalente al 24% del PIB existente en el 2005. Sin duda alguna se trata de una cifra considerable, especialmente si se toma en cuenta que dicho financiamiento estatal está dirigido a favorecer exclusivamente a la población asalariada formal afiliada al IESS. Una pregunta que surge es si no debiera pensarse en un esquema alternativo, donde el Estado focalice su financiamiento en las poblaciones de menores ingresos, las cuales se encuentran excluidas del sistema de seguridad social; la implantación de regímenes de pensiones no contributivos, constituye una opción viable, en el tanto se considere un rediseño integral del sistema de pensiones, para que éste atienda en el futuro a las necesidades de todos los grupos de población.

Para finalizar este apartado, es importante comentar sobre el efecto desfavorable que está causando la “devolución de los fondos de reserva” que viene practicando el IESS; se genera

un efecto perverso, pues los recursos para financiar prestaciones de largo plazo se están derivando hacia usos de corto plazo en prestaciones que en nada se corresponden con las de seguridad social, lo cual no parece tener sentido desde el punto de vista de la necesidad de financiamiento adicional a que están sometidos los programas de la seguridad social, en especial por la difícil situación económica que afronta el Seguro IVM.

5.10.6 Evolución financiera reciente

La revisión de las cifras de evolución financiera reciente, nos permiten analizar no solo la posición financiera de corto plazo, sino también la distribución actual del financiamiento según los diversos conceptos de gasto.

Durante el periodo 2002-2005 los ingresos del Seguro IVM casi se duplicaron, pero los gastos crecieron mucho más y se multiplicaron por 3.3 veces; en consecuencia, el superávit de operación se redujo en términos relativos, pasando de representar un 62% de los ingresos en el año 2002 a un 30% en el 2005. El superávit de operación no debe confundirse con el superávit actuarial, pues este último mide la cuantía en que los ingresos superan los gastos cuando se hace la medición a valores presentes para los ingresos y gastos futuros probables, para un periodo de equilibrio que abarca varios años, incluso varias décadas.

Tabla 5.25
Seguro General de Pensiones: evolución financiera 2002-2005.

Partida	2002	2003	2004	2005
Ingresos	295,710,941	394,134,578	463,986,198	536,656,993
Aportes y contribuciones	267,553,983	336,968,381	388,988,253	443,529,168
Intereses y utilidades	11,188,171	36,934,366	50,455,366	64,314,708
Ingresos por recaudar	0	42,403	-76,509	1,535,051
Otros	16,968,787	20,189,428	24,619,088	27,278,065
Gastos	111,971,294	260,449,382	353,245,173	375,198,334
Pensiones	106,578,506	246,309,946	314,497,262	356,935,477
Administración	2,469,185	3,954,335	4,126,144	4,677,779
Otros	2,615,380	8,200,892	32,351,071	10,985,725
Cooperativa mortuoria*	308,222	1,984,209	2,270,696	2,599,352
Superávit (déficit) de operación	183,739,648	133,685,196	110,741,025	161,458,659
Masa salarial cotizante	2,969,934,500	3,414,541,920	3,925,708,302	4,909,405,853
Superávit como % de los ingresos	62.1	33.9	23.9	30.1
Gastos como % de los ingresos	37.9	66.1	76.1	69.9
Gasto como % de ingresos por cotizaciones	41.8	77.3	90.8	84.6
Gasto como % de masa salarial	3.8	7.6	9.0	7.6

Nota: masa salarial del año 2005 estimada con base en 2006.

Fuente: elaborado a partir de los estados de ingresos y gastos del IESS.

La principal causa de la reducción del superávit de operación es la revalorización en el monto de las pensiones aprobada por la Institución durante los últimos años. Eso no significa que los montos de pensiones no deban ajustarse; por el contrario, los ajustes deben guardar cierta automaticidad, pero a su vez ser consistentes con los niveles de aporte pasados –tanto a nivel colectivo como a nivel individual- y estar sujetos a ciertas reglas técnico-actuariales. Esto demuestra que la falta de vigencia de mecanismos objetivos de ajuste en los montos de

pensiones, puede generar tensiones acumuladas, de orden político y financieras, que acaban erosionando fuertemente la situación financiera-actuarial.

Un índice del grado de suficiencia en el financiamiento de un programa de pensiones que opera bajo el método de beneficio definido, es el cociente “gastos / ingresos por cotizaciones”; éste índice informa sobre el grado en que los ingresos por contribuciones logran cubrir o financiar los gastos corrientes. En el año 2002, los gastos corrientes representaban cerca del 42% de los ingresos por aportes y contribuciones (en su mayoría integrado por cuotas obrero-patronales); el indicador se deterioró rápidamente, de modo que dos y tres años más tarde los gastos llegaron a absorber entre el 85% y 90% de las contribuciones. La importancia de este indicador es que permite separar el efecto en el financiamiento que generan los intereses de la reserva, pues desde el punto de vista técnico la reserva capitalizada jamás debe ser comprometida para financiar gasto corriente.

La situación descrita refleja un aumento en los costos del programa en el muy corto plazo, que también puede ser medido a través del costo actuarial basado en reparto: el cociente “gasto / masa salarial”. Así, mientras que en el año 2002 el programa costaba un 3.8% de la masa salarial cotizable, pasa a un máximo de 9% y luego a 7.6% de la masa salarial. En términos del balance actuarial, esto significa una afectación considerable de los resultados obtenidos en la valuación actuarial previa; probablemente ello haya implicado un aumento significativo en los pasivos actuariales, quizá de más del 100%.

Frente a esta situación, de no tomarse medidas para racionalizar el crecimiento del gasto corriente sobre la base de criterios bien definidos técnicamente, en el corto plazo la situación financiera del Seguro General de Pensiones se verá seriamente comprometida y habría de recurrirse a medidas drásticas, incluyendo probablemente un aumento de las cotizaciones con el fin de equilibrar financieramente el programa en el corto y mediano plazo. Cabe destacar que, en todo caso, las medidas para lograr el equilibrio actuarial de largo plazo, implican en el caso del Ecuador el abordaje de una reforma integral del sistema.

5.10.7 Elementos para la reforma del sistema nacional de pensiones

El sistema de pensiones aprobado en el 2001, siguió las características generales del modelo uruguayo de pensiones. Estableció un componente solidario de reparto, complementado con cuentas individuales para los individuos dentro de ciertos rangos de ingresos; una parte de las contribuciones, dentro de cierto rango de ingresos, irían al régimen solidario, mientras que otra parte de los aportes, a partir de cierto nivel de salarios o ingresos, se destinaría al esquema de ahorro individual. Propuso un esquema de recaudación centralizado y la creación de entidades privadas especializadas para la gestión de las cuentas individuales. Una parte de las prestaciones las gestionaría directamente el IESS, mientras que las pensiones basadas en las cuentas individuales se otorgarían a través de una renta vitalicia.

Dicha reforma planteó, por lo tanto, el tránsito hacia un “sistema mixto”, que combina un componente solidario con un componente de cuentas individuales para los individuos con ingresos que exceden cierto nivel de ingresos. Desde el punto de vista de la combinación tales instrumentos de financiamiento, este diseño se ajusta al planteamiento de OIT según el cual no es conveniente utilizar las cuentas individuales como único instrumento, sino que debe aplicarse en combinación con esquemas solidarios. Presentaba, no obstante, cierta complejidad para la comprensión de su diseño financiero por parte de la población.

Desde la aprobación de dicha reforma, el diseño mixto no satisfizo las expectativas de los empleadores y trabajadores. En el primer caso, al parecer por plantearse la conservación de un componente público de reparto; en el caso de las organizaciones de trabajadores, esta propuesta no llenó las expectativas, pues plantea un componente de ahorro individual con gestión privada. Ambos planteamientos impedirían introducir transformaciones estructurales al sistema nacional de pensiones del Ecuador, cualquiera que sea su diseño.

Como es ampliamente conocido, la Corte Constitucional del Ecuador declaró inconstitucionales varios artículos de la ley del 2001; específicamente, la creación de un régimen mixto de pensiones, basado en una combinación de un componente solidario de reparto con un componente de capitalización individual, fue impugnada por la Corte aduciendo la falta de solidaridad de las cuentas individuales.

Una propuesta alternativa: “régimen de solidaridad con cuentas individuales”. Una propuesta de reforma remitida a OIT por la Comisión de Reforma de la Seguridad Social en el año 2006, ha replanteado el rediseño del modelo aprobado en el año 2001. Propone mantener un componente solidario de reparto, aplicable a todos los trabajadores, sin exclusión alguna, complementado con cuentas individuales para todos los afiliados. Además de simplificar los tramos de cotización para cuenta individual en solo dos rangos, inferior y superior a US\$320, es decir, un equivalente a dos veces el salario básico unificado mínimo, la propuesta de la Comisión establece niveles de cotizaciones diferenciadas, tanto para financiar el componente solidario de gestión pública y reparto, como para alimentar las cuentas individuales, lo cual parece razonable con el fin de conservar la prominencia del componente solidario.

Este nuevo planteamiento, que en términos generales recoge una combinación de los modelos de reforma de pensiones de Costa Rica y Uruguay, difiere considerablemente del planteamiento establecido en la reforma del 2001, en el sentido de que todos los afiliados acumularán derechos simultáneamente para dos pensiones: una solidaria de beneficio definido y otra basada en la cuenta individual acumulada. Así también, sin debilitar los mecanismos de solidaridad en el tramo de ingresos que abarca el componente solidario, hace que los trabajadores de mayor ingreso puedan destinar una fracción mayor de su ingreso a las cuentas individuales, pero solo a partir de cierto tramo de ingresos.

Aparte de garantizar un nivel de solidaridad dentro del tramo de ingresos inferior a dos salarios básicos, un esquema de este tipo crea un incentivo para la declaración real de los salarios para los trabajadores de ingresos medios y altos, donde la experiencia latinoamericana usualmente muestra una conducta hacia la prevalencia de elevadas tasas de evasión de contribuciones. Una menor tasa de evasión para los salarios medios y altos, tiene la ventaja adicional de que favorecería también el financiamiento de los demás componentes del sistema, a saber, el seguro de salud y el de riesgos profesionales, para los cuales no se aplicarían techos de cotización.

Frecuentemente se tiende a confundir el esquema de financiamiento con el esquema de gestión. Las cuentas individuales se pueden gestionar desde el sector público, bajo un modelo plenamente centralizado a cargo del IESS, o bien se podrían gestionar mediante un esquema plenamente descentralizado mediante gestores privados. La experiencia en Latinoamérica señala que no conviene descentralizar todas las funciones del sistema, en especial la recaudación de aportes, pues esto reduce la oportunidad de aprovechar las

economías de escala que acompañan a un sistema centralizado de recaudación, y además, recarga sobre las empresas, especialmente las más pequeñas, los mayores costos que implica interactuar simultáneamente con varios sistemas de recaudación.

Por lo tanto, una vez definidos los mecanismos de financiamiento, una decisión crítica tiene que ver con la forma en que se gestionan las cuentas individuales. Existe para ello un abanico de posibilidades, de entre las cuales un criterio importante de selección tiene que ver con el nivel de costos de administración que generaría cada esquema particular propuesto. La experiencia en Latinoamérica es que un alto nivel de descentralización, sin una adecuada regulación del esquema de comisiones de administración, generará un costo administrativo que puede llegar a ser muy elevado, poco eficiente e inconveniente para los afiliados. Por tanto, en los sistemas de cuentas individuales es indispensable una regulación de costos administrativos máximos, tanto si se establecen como porcentaje de los aportes como si se basan en la rentabilidad, o en ambos casos.

Régimen solidario de pensiones. Bajo cualquier propuesta de reforma, la gestión del régimen solidario de pensiones (reformado) habría de continuar en manos del IESS. El nuevo régimen solidario habría de adoptar algunas reformas con respecto al actual, aplicables para los afiliados con menos de cierta edad a la fecha de vigencia de la reforma; esto es conveniente, en la medida en que garantiza la gradualidad en la aplicación de este tipo de reformas, criterio indispensable para no afectar abruptamente las expectativas de jubilación de los afiliados más cercanos a la fecha de retiro.

Debe entenderse que cualquier transformación del actual régimen de pensiones gestionado por el IESS, habría de respetar no solo las expectativas de consolidación de derechos de las personas próximas al retiro, sino también los “derechos consolidados”; es decir, los derechos de las personas que ya cumplieron los requisitos para pensionarse, independientemente de si los hubiesen gestionado a la fecha de la reforma. En ese sentido, sería recomendable establecer algún régimen de transición en los cambios que se propongan, especialmente en los que tienen que ver con requisitos de edad de jubilación y número de aportaciones.

En la medida en que se desea propender a un sistema de pensiones donde sobresalga un componente solidario, es recomendable revisar los mecanismos redistributivos. La idea de establecer una base de cálculo indexada para determinar el monto de la pensión, es especialmente conveniente, pues hace más transparente el nivel de la “promesa” implícito en el beneficio definido por la fórmula de cálculo. Con base en la experiencia internacional, existe suficiente acuerdo a nivel técnico en el sentido de que es preferible utilizar una base de cálculo indexada, con el fin de garantizar un cálculo equitativo entre los afiliados que se pensionan en periodos de alto o bajo nivel inflacionario.

De cara a una reforma, es conveniente que la base de cálculo de la pensión se extienda paulatinamente por un periodo de al menos veinte años. Esto es importante para proteger el monto de las pensiones calculadas (tasa de reemplazo resultante) para los trabajadores menos calificados y de menor ingreso, para quienes los ingresos tienden a disminuir a partir de cierta edad (conforme se reduce la capacidad física), que es precisamente el periodo sobre el que usualmente se calcula la pensión.

La existencia de un techo de cotización para el régimen solidario, que según la propuesta de la Comisión Técnica de Reforma se ubicaría en un monto equivalente (ajutable) a dos salarios base, favorece la operación del mecanismo de solidaridad en el cálculo de la pensión.

Usualmente, las carreras salariales de los trabajadores de más alto ingreso al momento del retiro, son crecientes; cuando esto sucede y la fórmula de cálculo no considera un techo de aportes y un periodo de aportes indexado y suficientemente largo, el mecanismo redistributivo previsto en la fórmula de cálculo funcionará a la inversa y contrariamente a lo esperado, favorecerá a los trabajadores de más alto ingreso, causando un efecto perverso de redistribución regresiva. Por lo tanto, la propuesta de techo de cotización se considera un mecanismo razonable cuando no hay otros elementos redistributivos en la base de cálculo ni en la fórmula de cálculo.

Adecuación al Convenio 102 de OIT –Norma Mínima de Seguridad Social. En virtud de que Ecuador parece estar a las puertas de una reforma de alcance significativo, eso significa una valiosa oportunidad para que la legislación en seguridad social pueda adecuarse las normas internacionales de OIT en seguridad social, en especial al Convenio 102, conocido también como Norma Mínima de Seguridad Social.

Según consta en la base de datos APPIS de OIT, Ecuador ratificó en el año 1974 el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima, 1952). El país ha aceptado las partes III (Prestaciones Monetarias de Enfermedad), V (Prestaciones de Vejez), VI (Prestaciones en Caso de Accidente del Trabajo y de Enfermedad Profesional), IX (Prestaciones de Invalidez) y X (Prestaciones de Sobrevivientes). La parte VI ya no es aplicable en virtud de la ratificación del Convenio núm. 121 (Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1964). En virtud de la ratificación del Convenio núm. 128 (Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, de 1967) y de conformidad con su artículo 45, ciertas partes del Convenio 102 cesan de aplicarse. La parte III no es aplicable en virtud de la ratificación del Convenio núm. 130 (Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, de 1969).

Por lo tanto, las partes no aceptadas del Convenio 102, son: I (Disposiciones Generales), II (Asistencia Médica), IV (Prestaciones de Desempleo), VII (Prestaciones Familiares), VIII (Prestaciones de Maternidad), IX (Prestaciones de Invalidez).

Edad de retiro y requisito de cotizaciones. Como parámetro de referencia para tratar el tema de las edades de retiro, la Parte V del Convenio 102 de OIT, relativa a prestaciones de vejez, establece en su Artículo 26 que “*La contingencia cubierta será la supervivencia más allá de una edad prescrita.*”; dice además el Convenio que “*...La edad prescrita no deberá exceder de sesenta y cinco años.*” No obstante, el Convenio señala que se podrá fijar una edad más avanzada en función de la capacidad de trabajo de las personas de edad avanzada.

Como se observa en la Tabla 5.26, la expectativa de vida al momento del retiro, definida como el promedio de años que se espera sobreviva una persona que alcanza los 60 o 65 años de edad, ha venido creciendo en el Ecuador. Este indicador no debe confundirse con la expectativa de vida al nacer, pues este último dato no es pertinente en el análisis de la jubilación.

Mientras que en el año 1950 se esperaba que una mujer ecuatoriana que alcanzaba los 60 años podía vivir en promedio 15.2 años adicionales, hacia el año 2005 una mujer que alcanza los 60 años se espera que sobreviva 24.1 años más, de modo que ha habido una “ganancia” de casi 9 años en el tiempo de vida más allá de los 60 años; una situación similar se produce en el caso de los hombres, según se muestra en la Tabla 5.26.

Tabla 5.26
Ecuador: expectativa de vida a los 60 y 65 años de edad,
en diferentes momentos del tiempo

Edad / sexo	1950-55	2005-10	2020-25	Ganancia 2005 / 1950
A los 60 años de edad:				
Hombres	14.0	21.7	22.2	7.8
Mujeres	15.2	24.1	25.0	8.8
A los 65 años de edad:				
Hombres	11.0	18.0	18.4	7.0
Mujeres	12.0	20.0	20.9	8.0

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico, Tablas de Mortalidad 1950-2025, Año 2004.

Es claro que la longevidad ha venido creciendo sustancialmente en el Ecuador; y según las proyecciones oficiales del Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, seguirá aumentado durante las próximas décadas. Es deseable que un diseño responsable de una reforma, en términos del necesario equilibrio financiero-actuarial que debe caracterizar los programas de pensiones de la seguridad social, considere los aumentos que ya se han dado en la expectativa de vida durante las últimas décadas, y prevea mecanismos para lidiar con los futuros aumentos de la expectativa de vida; los cuales sin duda impactarán los costos del sistema.

Los aumentos en la longevidad, no deberían perjudicar, sin embargo, una distribución más o menos equitativa de los años adicionales de vida (años de vida “ganados”), entre el tiempo de aportación y el tiempo de disfrute de la pensión. Por tanto, un mecanismo de “indexación” de la edad de retiro a la “expectativa de vida al momento de la jubilación”, puede establecerse en la ley con tal salvedad.

Así también, un diseño que considere aspectos de equidad de género debe considerar que las mujeres viven en promedio más que los hombres y cotizan en promedio menor cantidad de años, y por lo tanto, no deberían ser perjudicadas con condiciones de retiro más estrictas con respecto a las de los hombres.

La Parte V, Artículo 29 del Convenio 102 de OIT, relativa a las prestaciones de vejez, ha sido ratificada por el Ecuador. El punto 2, establece literalmente que “Cuando la concesión de la prestación mencionada en el párrafo 1 esté condicionada al cumplimiento de un período mínimo de cotización o de empleo, deberá garantizarse una prestación reducida, por lo menos: a) a las personas protegidas que hayan cumplido, antes de la contingencia, de conformidad con reglas prescritas, un período de calificación de quince años de cotización o de empleo; o b) cuando en principio estén protegidas todas las personas económicamente activas, a las personas protegidas que hayan cumplido un período de calificación prescrito de cotización y en nombre de las cuales se haya pagado, durante el período activo de su vida, la mitad del promedio anual de cotizaciones prescrito a que se refiere el apartado b) del párrafo 1 del presente artículo. “

Por lo tanto, en atención al cumplimiento de la Parte V del Convenio 102, se recomienda garantizar una prestación reducida (equivalente a la pensión mínima o a una fracción de ella)

a quienes cumplan un periodo de calificación de quince años de cotización o de empleo, a alguna edad prescrita que razonablemente podría ser superior a los 65 años de edad.

Ajuste de la edad de retiro. En función de la evolución de la expectativa de vida al momento del retiro, un ajuste paulatino en la edad mínima de retiro para elevarla a los 65 años en un lapso aproximado de 20 a 25 años, parecería razonable en la situación actual, situación que aplicaría a los afiliados que a la fecha de la reforma tengan menos de una edad prescrita (por ejemplo, 45 años de edad). Ello estaría acorde con los términos del Convenio 102 de OIT, siempre y cuando el número de cotizaciones mínimas requeridas no se aumente a niveles que pudiesen impedir la jubilación a los 65 años de edad (o a una edad cercana a esta) para la mayoría de los afiliados.

Tasa de reemplazo. Se conoce como tasa de reemplazo la proporción del salario o ingreso cotizable que se recibe en concepto de pensión. El reemplazo puede ser calculado como porcentaje del último salario, como porcentaje de la base de cálculo o de algún otro indicador que resuma el salario sobre el cual se han realizado las cotizaciones.

Ningún sistema de pensiones persigue lograr una tasa de reemplazo del cien por ciento del salario, pues esto siempre resultará muy costoso en términos del nivel de primas necesario para lograr tal objetivo. Es por esa razón que en la experiencia internacional de la seguridad social de los países más desarrollados, las tasas de reemplazo, definida como la pensión media como porcentaje del salario medio, se ubican en el orden del 40%.

En términos muy generales, una combinación de las pensiones de beneficio definido con las de contribución definida basada en tales niveles de contribución, podría resultar en un nivel global de reemplazo quizá no superior al 50%.

Un diseño responsable habría de considerar como objetivo, tasas de reemplazo en niveles razonables en comparación con la experiencia internacional; la pretensión de lograr tasas de reemplazo próximas al 100%, no sería realista y solo daría lugar a fuertes reformas futuras en las variables de ajuste financiero-actuarial del sistema. Cabe destacar que estos resultados finales no dependen del método de financiamiento (reparto, capitalización colectiva o capitalización individual), sino del conjunto de variables que definen el desempeño del sistema, cualquiera que sea el método de financiamiento.

Revalorización de las pensiones. Es conveniente establecer un mecanismo objetivo de revalorización de las pensiones en curso de pago, en lugar de hacerla depender de las posibilidades financieras del IESS. Existen al menos dos razones para fijar un mecanismo: i) el otorgamiento de una pensión supone la consolidación del derecho para el pensionado, de modo que si las pensiones no se ajustan para conservar al menos su poder adquisitivo, ello equivale a afectar (negativamente) dicho derecho; y ii) la falta de un mecanismo objetivo de ajuste más o menos sistemático de las pensiones, puede generar una acumulación de tensiones (políticas) que tarde o temprano pueden desembocar en aumentos no programados de las pensiones; en algunos escenarios políticos, esos aumentos algunas veces pueden ser superiores al poder adquisitivo que se desea recuperar, de modo que no solo generarán incertidumbre, sino también un crecimiento no programado del gasto en pensiones y desequilibrios financieros indeseables.

Cabe destacar que desde el punto de la necesidad de garantizar y conservar la consolidación del derecho a la pensión, se recomienda establecer un mecanismo específico de ajuste,

haciendo depender explícitamente el ajuste al incremento en el índice de precios al consumidor o de los salarios cotizables, o una combinación de ambos.

Financiamiento estatal. En el régimen vigente, el financiamiento estatal ha sido tradicionalmente volcado a financiar las pensiones contributivas; por lo tanto, esto supone un subsidio estatal dirigido exclusivamente a los afiliados que consolidan derechos, independientemente de su nivel de ingresos. Ello no siempre es conveniente desde el punto de vista del cumplimiento del principio de solidaridad.

En un régimen de pensiones regido por el principio de solidaridad, dada la necesidad de generar los efectos redistributivos que ello supone, en condiciones óptimas el financiamiento estatal habría de estar focalizado en financiar las pensiones de los trabajadores de menor ingreso, especialmente los que no llegan a consolidar un derecho jubilatorio, o bien los que consolidan un derecho inferior al mínimo.

Un enfoque recomendable para potenciar los mecanismos redistributivos del nuevo sistema que se desea diseñar, es focalizar los aportes estatales para financiar las pensiones no contributivas y las pensiones mínimas. Esto implica un cambio considerable con respecto a la situación actual, pero supondría conservar un nivel de compromiso estatal en el financiamiento. Por ejemplo, se podría proponer que por cada dólar gastado en las pensiones de quienes ingresan en el nuevo sistema, el Estado se comprometa a aportar una fracción determinada (por ejemplo 40%) para financiar las pensiones no contributivas.

Cuentas individuales. En el Ecuador se ha venido discutiendo fuertemente sobre la validez o no de las cuentas individuales como mecanismo de financiamiento de la seguridad social. Para la Organización Internacional del Trabajo, según las conclusiones de la 89ª Conferencia Internacional del Trabajo, las cuentas individuales son un mecanismo válido en el tanto se complementen con otros instrumentos que garanticen algún grado de solidaridad entre los afiliados. Por otra parte, las cuentas individuales pueden ser administradas tanto por entidades públicas como privadas; situación que está previsto desde el año 1952 cuando entró en vigencia el Convenio 102 relativo a la Norma Mínima de la Seguridad Social.

Costos de transición asociados a una reforma. Una reforma que introduzca parcial o totalmente cuentas individuales, plantea dos escenarios de financiamiento: a) la administración financiera del régimen de solidaridad se realiza utilizando un mismo fondo para el régimen antiguo y para el nuevo; b) el nuevo régimen solidario se desarrolla mediante un nuevo fondo, que inicia a partir de cero, lo cual implica que se debe financiar el pasivo actuarial presente en el régimen solidario antiguo (vigente); el financiamiento de dicho pasivo representaría un costo de transición de la reforma.

Si las cuentas individuales no sustituyen al régimen vigente, ninguno de los dos escenarios requerirá hacer explícitos, a nivel contable, los costos de transición a nivel de compromisos fiscales.

En el primer escenario, durante cierto periodo y hasta que se extingan las actuales cohortes de jubilados y cotizantes activos, probablemente será necesario ajustar el nivel de cotizaciones en algún momento del tiempo, o alternativamente incrementar los aportes fiscales para garantizar el equilibrio financiero del Programa. En la medida en que el nuevo régimen solidario esté actuarialmente equilibrado, los aportes fiscales adicionales serán transitorios hasta que se extingan los componentes de gasto originados en el régimen antiguo.

En el segundo caso, la creación del nuevo fondo demandará compromisos fiscales, más inmediatos, exclusivamente destinados a sostener el equilibrio financiero del régimen antiguo, pues este verá mermada la cantidad de activos cotizantes y por ende, verá afectada su relación activos/pensionados.

Actuarialmente, ninguna de las dos alternativas es superior a la otra; desde el punto de vista fiscal, las mayores diferencias entre ambas tienen que ver con el patrón de distribución temporal de los aportes fiscales.

Reforma de pensiones y equidad de género. La Conferencia Internacional del Trabajo del año 2001, estableció algunos elementos críticos en relación con las inequidades de género presentes en los sistemas de seguridad social, ya sean de gestión pública o privada. En su Conclusión número 8, señaló: *“La seguridad social debería fomentar y basarse en los principios de la igualdad de género. No obstante, esto significa no sólo trato igualitario para hombres y mujeres en situaciones iguales o similares, sino también medidas para garantizar la igualdad de hecho para las mujeres. La sociedad obtiene un enorme beneficio del cuidado no remunerado que proporcionan las mujeres, en especial a los niños, los padres y los familiares impedidos. Las mujeres no deberían verse más tarde perjudicadas por el sistema por haber hecho esta contribución durante la edad en que podían trabajar.”*

Así también, en su Conclusión 9 dijo: *“Dado el enorme aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral y el cambiante papel de hombres y mujeres, los sistemas de seguridad social originalmente basados en el modelo del varón como sostén de la familia corresponden cada vez menos a las necesidades de muchas sociedades. La seguridad social y los servicios sociales deberían concebirse sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres. Las medidas que facilitan el acceso de las mujeres al empleo apoyarán la tendencia encaminada a conceder a las mujeres prestaciones de seguridad social por propio derecho y no por ser personas a cargo. La naturaleza de las prestaciones de sobrevivientes debe mantenerse bajo examen y, en caso de reforma, deben adoptarse disposiciones de transición apropiadas para proteger a las mujeres cuyo modo y expectativas de vida se hayan basado en los modelos del pasado.”*

Por último, la Conclusión 10 señaló que *“En la mayoría de sociedades, las continuas desigualdades entre las remuneraciones de hombres y mujeres suelen afectar a los derechos de las mujeres a la seguridad social. Ello pone de manifiesto la necesidad de proseguir los esfuerzos por luchar contra la discriminación salarial y de considerar la posibilidad de introducir un salario mínimo, cuando todavía no exista. Cualquiera de los progenitores que se ocupe del cuidado de los hijos debería disfrutar de las prestaciones de la seguridad social previstas a tal fin. Además, cada sociedad debería considerar la posibilidad de introducir una discriminación positiva a favor de las mujeres allí donde haya que hacer frente a la discriminación propia del sistema.”*

Debido a que las mujeres poseen una densidad de cotización inferior que la de los hombres y deben retirarse durante un tiempo para hacer la crianza de los hijos, ello supondrá siempre un periodo medio de cotización inferior respecto al promedio de los hombres. Lo anterior, sumado a los menores niveles salariales de las mujeres y las mayores tasas de desempleo que padecen, así como a su mayor longevidad con respecto a los hombres, los cálculos de la pensión basados en fórmulas que asocian los beneficios al tiempo cotizado y al nivel del salario, perjudican notablemente a las mujeres y deben ser compensados.

En los sistemas de cuentas individuales, la inequidad en contra de las mujeres es mayor, de modo que cuando se introduce dicho mecanismo, la inequidad debe ser compensada mediante la forma en que se calculan las pensiones; por ejemplo, es recomendable utilizar una tabla de mortalidad combinada hombres/mujeres, para calcular las rentas vitalicias y así generar algún grado de solidaridad de los hombres con las mujeres.

Prestación asistencial no contributiva. Uno de los aspectos más sobresalientes de la evolución de la seguridad social en Latinoamérica, es la aparición en el escenario de las reformas de las “pensiones no contributivas” para la población de bajos ingresos. Una iniciativa de este tipo para el Ecuador representaría un avance importante en la modernización del sistema nacional de pensiones; la transformación del Bono de Desarrollo Humano en una prestación pensionaria no contributiva, parece ser una opción viable con el fin de mejorar el alcance del actual sistema de seguridad social. De ser ese el caso, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo de las prestaciones no contributivas, se recomienda definir una fuente de financiamiento tal que conlleve a compromisos efectivos de financiamiento por parte del Estado.

5.11 Seguro Social Campesino

El Seguro Social Campesino (SSC) inició su funcionamiento en calidad de programa piloto en el mes de setiembre de 1968, en cuatro comunidades campesinas del Ecuador. En el año 1973, mediante el Decreto No. 307, se consolida el SSC como régimen especial. Es así como rápidamente la cobertura pasa de 614 familias con que inicia el programa en 1968 a 8,445 familias en 1975; en el año 1981 se le da un impulso al Seguro Social campesino a través de la aprobación de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino¹⁶.

El Artículo 60 de la Constitución de la República, establece expresamente su vigencia constitucional, incluyendo la definición del ámbito de aplicación y aspectos de financiamiento, literalmente en los siguientes términos: “...*El seguro social campesino será un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país. Se financiará con el aporte solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. Ofrecerá prestaciones de salud, y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte.*”

¹⁶ Barreiro, Pedro Isaac. El IESS y el Seguro Social Campesino. Quito, Ecuador, agosto 2004.

Sin lugar a dudas, desde su nacimiento el Seguro Social Campesino ha representado un baluarte en el desarrollo del sistema de seguridad social del Ecuador, así como una innovación ejemplar en el contexto de los sistemas de seguridad social de Latinoamérica, que permite llevar la protección social a un grupo socialmente vulnerable y usualmente excluido desde la tradicional visión bismarckiana. Hoy día se estima que casi 200 mil familias están cubiertas por este régimen de protección.

5.11.1 Campo de aplicación

De acuerdo con la ley, son sujetos obligados a solicitar la protección del SSC “...*los trabajadores a que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora “habitualmente” en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia*” (Artículo 2 de la LSS).

El Artículo 128 de la Ley define como beneficiarios de las prestaciones del SSC al jefe de familia, su cónyuge o conviviente con derecho y sus hijos y familiares que viven bajo su dependencia. Para acceder a las prestaciones, debe existir la acreditación ya sea al momento de la afiliación o en algún otro momento anterior a la solicitud de prestación con una antelación no menor de tres meses.

En cuanto a la incorporación de nuevos afiliados, el Artículo 129 establece que la misma debe guardar relación directa con el crecimiento del número de afiliados al Seguro General Obligatorio y con las metas presupuestarias de gasto e inversiones previstas para las prestaciones de salud a los campesinos.

Las organizaciones deben cumplir ciertos requisitos para ser incorporadas al Seguro Social Campesino: han de estar ubicadas en el campo, ser de carácter permanente y encontrarse activas, teniendo como su principal objetivo el desarrollo integral de la comunidad, y que expresen a la administración del Seguro su decisión de ser incorporadas.

De acuerdo con lo anterior, el enfoque que sigue el SSC para incorporar nuevos afiliados, es a través de organizaciones campesinas; ello constituye una gran ventaja desde el punto de vista de la gestión y el control de la recaudación y verificación de derechos de aseguramiento para la entrega de las prestaciones. Sin embargo, en el tanto que no se considera un proceso alterno de afiliación de tipo individual, representa también una barrera para el acceso a poblaciones que no tienen la suficiente capacidad organizativa o que carecen del todo de la posibilidad de organizarse.

El campo de aplicación vigente en la legislación, aparentemente no impone restricciones respecto a la condición socioeconómica de los campesinos que son sujetos de incorporación al SSC, de manera que pueden afiliarse campesinos no pobres, tal y como en la práctica parece estar sucediendo. Esta situación, sin embargo, riñe con el modelo de financiamiento vigente, que como veremos más adelante, establece condiciones de participación contributiva idénticas para todos los afiliados, indistintamente de su nivel socioeconómico individual.

5.11.2 Cobertura

La idea de contar con un régimen de seguridad social orientado a la población campesina posee una gran importancia en términos de los objetivos de extender la protección social a toda la población, particularmente en un país donde la PEA agrícola representa casi un tercio del empleo total y las actividades agropecuarias aportan casi el 10% del valor de la producción nacional.

Con base en cifras de las encuestas de hogares, se estima que en el Ecuador existen aproximadamente 1.2 millones de trabajadores agrícolas no asalariados, de manera que este grupo compone la mayoría del empleo agrícola, debido a que en conjunto representa cerca del 60% del empleo agrícola total; dicha cifra a su vez representa un estimado de la población económicamente activa que potencialmente podría cubrir el SSC.

Tabla 5.27
PEA ocupada agrícola y no agrícola, 2005.

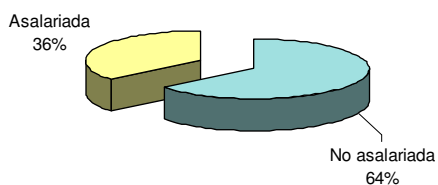
Indicador	PEA	Porcentaje
PEA ocupada total	6,051,935	100.0%
PEA agrícola	1,905,669	31.5%
PEA agrícola -no asalariada	1,221,236	20.2%
PEA agrícola no asalariada femenina	516,473	8.5%
PEA agrícola no asalariada en el SSC	151,156	2.5%
% PEA agrícola no asalariada		64.1%
% PEA agrícola no asalariada femenina		42.3%
% PEA agrícola no asalariada en el SSC		12.4%

Fuente: Elaborado con base en Encuesta de Hogares 2005, SIAL/OIT.

Es importante mencionar que en el Ecuador la población económicamente activa rural se ha venido incrementando a lo largo del tiempo, lo cual hace mucho más estratégicas las opciones para garantizar la cobertura de estos grupos de población. De acuerdo con estimaciones del Centro Latinoamericano de Demografía, CELADE, de Naciones Unidas, entre 1980 y 2005 la PEA rural ecuatoriana pasó de 1,2 millones a 1.9 millones de personas, lo que representa un crecimiento del 55% en los últimos veinticinco años.

Gráfico 5.13

**PEA ocupada agrícola asalariada y no asalariada
2005**



Fuente: Elaborado con base en la Encuesta de Hogares, 2005.

5.11.3 Administración

El Seguro Social Campesino es un régimen especial del Seguro General Obligatorio del IESS, vigente a nivel constitucional desde el año 1998. Desde el ámbito de la Ley 2001-55, la administración del SSC está concebida como una de las unidades básicas de negocios del IESS, y su administración está encargada por ley a la Dirección del Seguro Social Campesino, quien actúa en calidad de Administradora del Seguro Social Campesino. Además, los dispensarios rurales del SSC funcionan bajo la subordinación a la Dirección de dicho Seguro.

La Dirección del Seguro Social Campesino es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento, la prestación y la compra de servicios de salud, y la entrega de prestaciones monetarias, con cargo al Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino.

Desde el punto de vista operativo, este Seguro se caracteriza por funcionar bajo un esquema de desconcentración geográfica y descentralización operativa, bajo la jerarquía de la Dirección del SSC, quien a su vez responde a la Dirección General del IESS y debe someter al Consejo Directivo de la Entidad la aprobación de sus políticas y programas.

5.11.4 Financiamiento

De acuerdo con la Ley (Art. 5 y 136), el SSC se debe financiar con base en los siguientes aportes: a) un aporte solidario a cargo de los empleadores, calculado sobre los ingresos cotizables (materia gravada) de los afiliados al Seguro General Obligatorio, con relación de dependencia o sin ella, y los afiliados voluntarios; b) la contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte del Sistema Nacional de Seguridad Social; c) el aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino, correspondiente a dos por ciento (2%) y el tres por ciento (3%) de la fracción del salario mínimo de aportación de los afiliados en relación de dependencia, d) la contribución financiera obligatoria del Estado sobre la materia gravada de los afiliados con relación de dependencia al Seguro General Obligatorio, y e) las demás asignaciones que entregue la Función Ejecutiva para el financiamiento de las prestaciones solidarias de este Seguro, de conformidad con el Reglamento General de la Ley.

Con respecto a la Administradora del SSC, la ley establece que misma financiará sus actividades de aseguramiento, compra de servicios, y entrega de prestaciones de salud y monetarias, con los recursos del Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino. Se establece también un tope de gastos administrativos, el cual no puede exceder el 4% de los ingresos del Fondo Presupuestario del SSC.

El SSC enfrenta grandes retos desde el punto de vista del financiamiento y puede afirmarse que este representa su Tendón de Aquiles. La aportación que realizan los afiliados al Seguro posee un carácter simbólico, aunque hay evidencias de que no necesariamente toda la población protegida calificaría como pobre. Por otra parte, el 1% de la masa cotizante que actualmente se aplica para subsidiar el Seguro, que a su vez es el componente más importante del financiamiento actual, es insuficiente; debido a los problemas de registro de prestaciones, principalmente en salud, hay fuertes indicios de que los gastos superan con creces el financiamiento disponible, generándose así un subsidio desde el Seguro de Salud, principalmente. Esta es una situación plenamente conocida por la administración del IESS.

Este panorama se complementa con un exiguo aporte del Estado al SSC, pues en la práctica no se han venido cumpliendo las normativas referentes al compromiso estatal en el financiamiento. En todo caso, la normativa vigente establece un nivel sumamente bajo de aportaciones por parte del Estado.

5.11.5 Prestaciones

El efecto directo de la problemática del financiamiento, es la limitada cobertura de las prestaciones que es capaz de ofrecer el SSC: cubre solamente las prestaciones de invalidez y vejez, se pagan prestaciones pensionarias mensuales de US\$3, es decir, unas prestaciones a todas luces insuficientes; y en el caso de las prestaciones en salud predominan fuertes barreras de acceso a unos servicios de salud de muy baja capacidad resolutoria a nivel local.

Cabe destacar que la información disponible sobre los pensionados es escasa y muy probablemente de baja calidad, pues los sistemas de procesamiento de información del SSC aún son manuales y existe aceptación por parte de los funcionarios en el sentido de que se carece de los controles necesarios.

Tabla 5.28
Pensionistas del Seguro Social Campesino: 1985-2003

Año	Pensionados	% crecimiento*
1985	1,638	
1990	2,242	36.9
1995	5,072	126.2
2000	15,716	209.9
2001	17,256	9.8
2002	18,984	10.0
2003	20,697	9.0

* Tasa de crecimiento quinquenal o anual, según corresponda.

Fuente: IESS, Dirección Actuarial.

En cuanto a las prestaciones de salud, estas se conceden principalmente a través de los dispensarios, pero es evidente que el alcance vertical de las prestaciones en salud es muy limitado, en virtud de una infraestructura en salud limitada principalmente al primer nivel de atención en salud. En consecuencia, los afiliados al SSC hacen uso de los niveles de atención especializados del Seguro de Salud Individual y Familiar, con un alto nivel de subregistro de atenciones y por ende, con un fuerte subsidio del Seguro de Salud Individual y Familiar, no cuantificado.

En cuanto a la población beneficiaria de pensión, hacia finales del 2003 el SSC estaba otorgando prestaciones a cerca de 21 mil personas. Según se observa en la Tabla 5.28, la cantidad de pensionistas del Seguro ha venido creciendo en forma acelerada, especialmente durante el periodo 1995-2000.

Recuadro 5.7
Una mirada a los dispensarios del SSC

En el dispensario de Guachalá -Cayambe- Provincia de Pichincha, existen 8 organizaciones (comunidades campesinas) afiliadas; es decir 1300 personas con 540 jefes de familia. El médico director del dispensario lleva 25 años en el SSC. Su traspaso de la amazonía hacia la región sierra ya son cinco años y maneja otro dispensario adicional ubicado al norte de Cayambe vía olmedo y al este de Guachalá.

Las condiciones mínimas con las que sobrevive el dispensario son evidentes. El personal es mínimo y su relación con la trabajadora social en la ciudad de Cayambe no es de equipo, mucho se debe a los criterios discriminatorios sobre la actividad profesional. Los médicos y odontólogos son itinerantes. El médico-director es médico tratante que labora 6 horas en calidad de directo, sin mayor sueldo y cargado económicamente por los errores que pueden existir por problemas en la afiliación, el odontólogo 4 y a la auxiliar de 4 a 8 horas.

El dispensario es de primer nivel y como tal no posee el total abastecimiento requerido para las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación y curación. Cuando existan casos de complejidad se transfieren a los pacientes a Quito. La transferencia incluye el costo según el convenio que existe y que posee tarifa especial. En caso de un accidente se transfiere a los pacientes vía emergencia y no por transferencia. Los medios para transportar van por cuenta de la comunidad y de no tenerlos la comunidad los costos van a cuenta de la familia.

En lo que se refiere a la atención de embarazos, es el dispensario quien provee la atención directa. En las instalaciones del IESS no se acepta partos naturales. Dada la zona florícola en la que ubica, han surgido nuevos problemas de cáncer y ésta condición supone un incremento debido al trabajo con químicos. La insuficiencia renal tiene una alta incidencia. En el caso de un cáncer si lo detectan en el inicio y no existe metástasis, se remite al especialista y el IESS cubre el tratamiento.

Cercano al dispensario existe un hospital del ministerio MSP el cual provee de especialidad de segundo nivel. La ley no permite al dispensario trabajar con el Ministerio. Sin embargo por iniciativas locales y personales, eventualmente, se puede coordinar y conversar para realizar actividades conjuntas como por ejemplo la vacunación. Éste es mas tramite amistoso que política de relación institucional.

Cada directiva de cada organización, tiene su tesorero para recolectar el dinero. Generalmente se recauda de todo el año para realizar la planilla de pago que se deposita en el Banco de Fomento y legalizan en el IESS. Si la organización no paga, el SSC realiza el egreso correspondiente.

Cada mes se reporta la actividad médica diaria de los egresos e ingresos de insumos y medicamentos. Quito es encargado de tabular y archivar. El registro de la morbilidad de las patologías va de acuerdo al sexo y la edad y se lo grafica cada mes para encontrar las enfermedades de la pobreza, como son: diarreicos, de la piel, parasitarios, hipertensiones, cardíacos, las cuales coinciden según el médico con las enfermedades de pobreza a nivel país.

En lo que se refiere a la cultura poblacional, el SSC se demanda mucho en función de los fármacos que ofrece dentro de los cuadros vitales de los pacientes que asisten. El personal de salud tiene la percepción de que las población campesina no parece valorar los controles médicos ni las atenciones asistencias.

La solicitud de medicación a la unidad central del IESS se hace semestralmente y de acuerdo al cuadro básico. Existe el problema de que ciertos medicamentos no se utilizan para ciertas patologías pues cambian según la tecnología de tal manera que existiendo una demora 6 meses para pedir el medicamento y la toma un año a que arribe, la adquisición directa prácticamente es inválida e imposible...<continua>

Recuadro 5.7 (...continuación)
Una mirada a los dispensarios del SSC

El IESS concede los equipos medico, odontológico y de enfermería; sin embargo su reparación se hace en las oficinas centrales del IESS. Ciertas comunidades han visto la necesidad de gestionar para financiar la compra de su propio equipo, sobre todo en el área odontológica. Esto permite que el odontólogo no atienda solamente cada tres meses sino de forma más frecuentemente. Para pedir equipo nuevo no existe presupuesto.

El personal de salud asegura que se debería realizar la adquisición de más equipo médico, pues así se disminuye la gestión y costos que generan las interconsultas que se dan por problemas específicos y requieren de especialistas, las transferencias y el uso de medicamentos; todo lo cual encarece la gestión.

5.11.6 Evolución financiera reciente

Los estados de ingresos y gastos del Seguro Social Campesino reflejan un superávit de operación durante los últimos años. En efecto, el superávit operativo, definido como la diferencia entre ingresos y gastos anuales totales, pasó de 6.7 millones de dólares en el año 2002 a 17.9 millones en el 2005. Sin embargo, estas cifras adolecen de serios problemas de orden contable.

Tabla 5.29
Seguro Social Campesino: evolución financiera 2002-2005.

Rubro	2002	2003	2004	2005
Ingresos	20,805,141	44,926,878	34,545,925	41,241,793
Aportes	20,738,026	15,398,795	26,214,589	29,436,308
Contribuciones del Estado	0	28,320,297	5,279,477	6,770,146
Intereses y utilidades	67,115	1,207,785	3,051,859	5,035,339
Otros	0	0	0	0
Gastos	14,057,865	17,082,385	21,212,895	23,291,052
Pensiones	450,529	447,794	479,124	497,319
Gastos de operación	13,598,359	16,591,018	20,672,720	22,706,774
Otros	8,978	43,572	61,051	86,959
Superávit de operación (déficit)	6,747,276	27,844,493	13,333,030	17,950,741
Superávit como % de los ingresos	32.4	62.0	38.6	43.5
Gastos como % de los ingresos	67.6	38.0	61.4	56.5

Fuente: elaborado a partir de los estados de ingresos y gastos del IESS.

El superávit de operación del Seguro Social Campesino que registran los estados de ingresos y gastos que lleva el IESS, están lejos de representar la realidad, puesto que se conoce que existe un fuerte subregistro de las atenciones de segundo y tercer nivel brindadas a los afiliados del SSC; y por lo tanto, los sistemas contables de la Institución no contabilizan el costo completo de las atenciones de segundo y tercer nivel de atención, las cuales están financiadas prácticamente en su totalidad con fondos del Seguro de Salud Individual y Familiar. La falta de un registro de tales atenciones y de un método para su adecuado costeo

y contabilización, hacen imposible actualmente conocer, al menos en forma aproximada, los gastos anuales totales del SSC.

Esta situación se evidencia al calcular el gasto per cápita en salud del SSC, cuyo valor alcanzaría una cifra de no más de US\$42 en el año 2005; esto es, un gasto per cápita muy inferior al gasto per cápita de US\$155 estimada para el Seguro de Salud Individual y Familiar.

Una estimación gruesa del gasto total en salud imputable al SSC, surgiría de multiplicar el gasto per cápita total en salud del IESS (sumando el Seguro de Salud, Riesgos del Trabajo y SSC), que asciende en el 2005 a US\$123 anuales, por el número total de afiliados al SSC estimado según la Encuesta de Hogares. De acuerdo con este cálculo, conservadoramente se estimaría que el gasto total del SSC rondaría los US\$ 66.2 millones, de modo que dicho Seguro estaría experimentando en ese año un déficit anual no inferior a los US\$25 millones, el que vendría a representar cerca del 60% de los ingresos percibidos por el SSC.

En conclusión, se puede afirmar que existe un fuerte subsidio cruzado desde el Seguro de Salud Individual y Familiar hacia el SSC, que no aparece reflejado en los estados financieros, así como un déficit de operación que tampoco se refleja. Esta situación riñe con la separación financiera que establece la legislación vigente y perjudica la transparencia en la gestión financiera.

5.12 Fondos de Reserva y Seguro de Cesantía

Los fondos de reserva y cesantía son considerados fondos de terceros, *back office*, es decir fondos administrados por registro y control. Al momento, la administración de estos fondos está a cargo del Departamento de Inversiones Privativas, pues el fin es que la administración de estos fondos llegue a formar parte del Departamento Financiero del IESS. Uno de los principales problemas que tienen éstos fondos es la ausencia de acoplamiento entre el sistema informático antiguo (Host) con el nuevo de Historia Laboral. No obstante se estima poder tener solucionados los datos históricos para el 2007.

El Fondo de Reserva constituye el *trabajo capitalizado* de un trabajador, pues es un ahorro obligatorio financiado por el empleador que se acumula a lo largo de la vida laboral del asalariado. Este fondo al no entrar dentro de las formas redistributivas solidarias, como es el caso de los otros seguros sociales, en teoría forma parte de la renta vitalicia en el régimen mixto por medio del ahorro individual obligatorio, y con el fin de mejorar la jubilación. El valor del fondo de reserva equivale a la doceava parte de un sueldo o salario anual. El derecho del afiliado para recibir el pago de este fondo, lo adquiere a partir del cumplimiento de un año de trabajo en relación con el mismo empleador y sin que necesariamente el tiempo de servicio sea continuo.

De acuerdo a las reformas de Ley del 2005, los fondos de reserva se devuelven cada tres años (capital más intereses) por medio de solicitud electrónica, de solicitud a una entidad financiera autorizada o a través de cheque girado por el IESS. En la actualidad la devolución de los fondos de reserva se realiza a los afiliados que acrediten tres o más aportaciones depositadas anualmente, a los que demostraren encontrarse cesantes por seis meses, a los derechohabientes del afiliado fallecido, y al afiliado que ha cumplido la edad mínima de jubilación.

Para efectos de realizar la entrega de los fondos de reserva desde septiembre del 2005 el Consejo Directivo dispuso que la entrega fuese según los rangos o flujos de capital acumulado en cada cuenta individual. Este régimen se utilizó hasta febrero del 2006. Para poder cubrir éstos pagos se usaron las reservas de depósito en el Banco Central y el cobro de papeles emitidos. En el interino se usaron los fondos de reserva en curso de depósito para ser devueltos una vez gestionado los recursos. El capital inicial de los fondos de reserva en el 2005 fue de \$USD 746 millones y su saldo a octubre del 2006 \$USD 50 millones; es decir que se han otorgado devoluciones por \$ USD 696 millones favoreciendo a 1.068 asegurados por el IESS. Las provincias que concentran el 79,1% de las devoluciones son Pichincha con el 48,40%, Guayas con el 22,09%, Azuay con el 4,78% y Manabí con el 4,43%.

El Seguro de Cesantía General es un fondo común de ahorro que financia las prestaciones a los afiliados mediante la capitalización del fondo colectivo compuesto por la aportación del 3% patronal y personal. Este fondo crece a la tasa de rendimiento de los capitales fijada por el IESS.

Para que el IESS pueda conceder la prestación del servicio, el afiliado debe estar cesante por un período de 60 días. En el año 2002 se concedieron 14,675 prestaciones, mientras que para el año 2003 se estableció para 17,448 beneficiados. Esto representa un incremento del 18.9%. En el 2003 el promedio de beneficio individual otorgado por el seguro de cesantía es de \$USD 977.2. Pese al incremento entre el 2002 y 2003, la Tabla 5.30 muestra más bien una tendencia a la baja en el número de beneficiarios cesantes, mucho se debe a la mayor estabilidad económica del país pero también a la evolución migratoria.

Según información suministrada por la administración del Fondo de Cesantía, el segundo semestre del año 2006 por sí solo ha concedido 4,698 pensiones acumulando un valor total de \$USD 6,920 millones.

Tabla 5.30
IESS: Evolución del Seguro de Cesantía

Año	Número	Promedio de	Valor Cesantía		Total
		imposiciones	general	adicional	
1990	7.710	324	7.201.806	2.829.320	10.031.126
1991	9.337	313	8.532.719	2.508.232	11.040.951
1992	11.131	328	12.928.734	4.405.629	17.334.363
1993	14.164	339	18.106.356	5.826.842	23.933.198
1994	18.708	365	36.294.973	13.061.770	49.356.743
1995	25.465	376	41.946.181	15.917.246	57.863.427
1996	26.214	322	44.160.801	9.970.771	54.131.572
1997	24.497	217	48.741.152	9.485.270	58.226.422
1998	23.011	208	55.936.395	9.705.705	65.642.099
1999	24.902	226	46.249.239	14.040.400	60.289.639
2000	22.267	219	11.066.444	2.681.255	13.747.699
2001	21.828	210	18.296.545	5.972.105	24.268.650
2002	14.675	204	10.935.513	1.821.497	12.757.010
2003	17.448	213	15.611.239	2.005.387	17.616.626
2004	16.927	204	15.564.520	2.122.214	17.686.735
2005	14.175	199	13.655.517	2.069.630	15.725.147

Fuente: Boletín Estadístico No. 15 (Datos Preliminares)

6. Otros programas de seguridad social y protección social

6.1 Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)

6.1.1 Reseña histórica

En julio 1925 por el Movimiento Militar Juliano, el gobierno del Dr. Isidro Ayora expide la Ley de Jubilación Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa, que así como fue el punto de partida de la seguridad social ecuatoriana, llegó hacer el inicio de la Ley de Retiro Militar como protección del colectivo militar. En 1939 se anuncia bajo decreto la Ley de Pensiones de las Fuerzas Armadas Nacionales (FFAA) que pretendió extender la cobertura militar. En 1957 surge la caja militar como caja independiente administrada por la caja de pensiones. Bajo propia iniciativa de las FFAA, el seguro de cesantía militar se inicia para oficiales en servicio activo en 1948. Un año más tarde este seguro se amplía a las tropas del ejército y aviación y en 1951 para la armada nacional. La cooperativa de cesantía militar para oficiales y tropas muda su denominación en 1953, llegando a constituirse la Cooperativa de Cesantía Militar; sus fondos eran administrados por la caja de pensiones.

Para 1982 las FFAA exhiben el primer proyecto de ley, sin resultados, al Presidente de la República Dr. Oswaldo Hurtado. Seis años después bajo el delineamiento del plan estratégico de las FFAA se retoma el proyecto de ley con la finalidad de crear el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y es en agosto del año 1992 que, finalmente, bajo el Registro Oficial 995 se expide la Ley de Seguridad Social de las FFAA.

6.1.2 Gestión y servicios

El ISSFA surge como un órgano autónomo de finalidad social, ejecutor de la Ley de de Seguridad Social de las FFAA y poseedor de patrimonio propio. No se encuentra sometido a la intervención de la Contraloría General del Estado Ecuatoriano pero al formar parte del Sistema de Seguridad Social Nacional, desde el año 2001 el ISSFA se encuentra sujeto a las auditorías por parte de la Contraloría y la Superintendencia de Bancos.

Para su organización y funcionamiento el ISSFA, cuenta con: a) Niveles directivos que lo conforman: el Consejo Directivo, la Dirección General, la Subdirección General y las direcciones de Bienestar Social, Prestaciones, Económico-Financiera y Administrativa. b) Niveles operativos que se conforman por los departamentos técnicos y administrativos dependientes de las direcciones, y c) los niveles de control, asesoramiento y apoyo, en donde se encuentran: la Auditoría Interna, la Comisión de Asesoramiento Técnico, la Junta de Calificación de Prestaciones y la Junta de Médicos Militares.

El ISSFA tiene como fin conceder seguridad social a los profesionales militares, a sus dependientes y derechohabientes, a los aspirantes a oficiales, de tropa y conscriptos por medio de prestaciones y servicios sociales diversos. A través de éste sistema de seguridad social el ISSFA protege a todo el personal militar en servicio activo y pasivo, conjuntamente, con su familia. En la generalidad las prestaciones que otorga son en especie a través de la prestación de salud y en dinero por medio de las prestaciones de: pensiones, cesantía, mortuoria, montepío, seguro de vida, seguro de accidentes profesionales, fondos de reserva e indemnización global. Esta última surge por petición de baja para utilizar el servicio de bienestar social. Anexamente a este conjunto de ofertas, la institución ha buscado diversificar

y fomentar sus actividades comprometiéndose con actividades de gestión social y concediendo servicios de inversión a sus afiliados. Como medida general el ISSFA abarcó para el 2005 un total de 248.660 beneficiarios. De los cuales esposas, hijos y padres representan el 67,28%, el personal activo 15,45% y los pensionistas de retiro y montepío el 13,24%. La Tabla 5.34 muestra la población cotizante para el primer semestre del 2006, la cual representa alrededor el 1,34% del total de la población asalariada ecuatoriana a finales del 2005.

La masa salarial imponible para el mismo período corresponde a \$USD 54.193 millones con un sueldo imponible promedio de \$USD 280,60 que comparada con el sueldo promedio privado (cuadro 5.8) corresponde al 79,2% y comparada con el sueldo promedio del sector público en general el sueldo promedio imponible es mayor en un 32,7%.

Tabla. 6.1
ISSFA: Población Cotizantes a Mayo 2006

Grupo	Nº Efectivos
Oficiales	4.376
Tropa	34.284
Asp. Oficiales	778
Asp. Tropa	1.408
Conscriptos	7.650
TOTAL	48.496

Fuente: Pág. Web ISSFA

a) Gestión de seguros previsionales: pensiones y cesantías

Según la Ley el Estado Ecuatoriano otorga pensiones al servicio militar según si el grupo de pensionistas es calificado como contributivo o no contributivo.

Los contributivos son los asegurados cotizantes que alcanzaron derecho a la pensión de Retiro, Invalidez y Montepío antes del nueve de marzo de 1959. Estos pensionistas mantienen sus derechos adquiridos y acceden a las prestaciones y servicios contemplados en ley. Los pensionistas del Estado aportan al ISSFA, de su pensión mensual, los porcentajes establecidos para los seguros de Enfermedad y Maternidad y, Mortuoria.

Los pensionistas no contributivos se refieren a los ex-Combatientes de la Campaña Internacional de 1941 que se encuentren legalmente calificados, con o sin pensión militar, y sus viudas. Estos pensionistas mantienen sus derechos adquiridos y acceden a las prestaciones de enfermedad, maternidad, mortuoria y viudez. Sin embargo, los pensionistas de este grupo, que no acreditaron tiempo de servicio militar y no perciben pensión militar, aportan al ISSFA, de su pensión mensual, el porcentaje establecido para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y, Mortuoria.

Los derechohabientes de los ex-combatientes de las campañas militares de 1883 a 1899 y los combates de Angoteros y Solano. Estas pensiones desaparecen con la muerte del pensionista sin causar derecho al Seguro de Mortuoria.

Los descendientes de próceres de la Independencia: La pensión conciente hasta la sexta generación e igualmente se extinguen con el fallecimiento del beneficiario y no causan derecho a las prestaciones y servicios contemplados en la Ley.

Desde enero del año 2005 las pensiones del personal en servicio pasivo del ISSFA se incrementaron en un 7% de acuerdo a lo prescrito en la ley; pues según ésta, cuando los sueldos del personal militar en servicio activo aumentan existe un ajuste inmediato y de revalorización automática en las pensiones de curso de pago. Sin embargo, en julio del mismo año los militares en servicio pasivo reclamaron al ISSFA el hecho de descontar de sus pensiones el 12%, según el artículo 94 de la Ley de Seguro Social del ISSFA que declara: “Los pensionistas de retiro militar, invalidez y montepío, de la ex-Caja Militar, pensionistas del Estado, ex-combatientes de la Campaña Militar de 1941 y pensionistas del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) aportarán obligatoriamente los siguientes porcentajes de su pensión mensual por estos conceptos: 0,25% para el seguro de mortuoria, 4,5% para el seguro de enfermedad y maternidad y el 7,25% para financiar el seguro de retiro, invalidez y muerte” (ver Recuadro 6.1).

Recuadro 6.1
Ilógica en la aplicación de descuentos en oficiales del servicio pasivo

“Aportamos toda nuestra carrera militar al ISSFA y ahora nos toca dar una parte de lo que nos merecemos, es ilógico”. Comenta un ex coronel de las FFAA, quien además señala que por causa de los descuentos que le obliga la Ley del ISSFA, de sus \$USD 730 mensuales que recibe de pensión, pierde \$USD 80. Y recalca: “el 10% de los 19 mil pensionistas somos oficiales, los que más sufren son los de tropa, ese 90% que vive con un promedio de \$USD 770 mensuales y las 7 mil viudas y huérfanos de militares apenas subsisten con esa cantidad” (Fuente: Blanco y Negro, 2005).

Para las autoridades a la fecha, el descuento es necesario con el fin de que el seguro pueda mantenerse debido a que las FFAA perdió las regalías del petróleo y el aporte del 13% del impuesto del 1% a las importaciones, contando solamente con el aporte del 10% de las actividades empresariales de la institución. De aquí con el descuento del 12% de las pensiones el ISSFA recauda al año \$USD 6 millones sin contar con los rendimientos que ellas suscitan en las inversiones. Para el Director General del ISSFA “el derogar el descuento de las pensiones significaría acabar con sus propios ingresos, que siempre han llegado puntualmente” (El Hoy, 2005).

Al problema de los descuentos el personal en servicio pasivo se suma la queja que evidenció que el incremento suscitado a razón del día del militar en servicio pasivo, creado en 1996, a penas llega a los \$USD 12 debido a la dolarización. Sin embargo, según la dirección, con gestiones realizadas en el año 2004, mediante decretos ejecutivos se incrementaron el valor de las pensiones de los excombatientes de 1941 y de los de la guerra del Cenepa en 1995 (Ley 83), y se estableció la nivelación y el ajuste paulatino para igualar a la pensión establecida para los pensionistas restantes. Según datos proporcionados por el ISSFA para el 2005 se entregaron 398.729 pensiones, las cuales 323.553 son pensiones del ISSFA propiamente dichas, 40.211 pensiones provenientes del Estado y 34.964 pensiones a los ex combatientes del 41 y de la guerra del Cenepa. Éstas constituyeron un desembolso total de 105 millones.

La Tabla 5.35 y 5.36 identifica el número de pensionistas que para junio 2006 llegan a 33.480 y la masa pensional para el primer semestre del 2006 a un total de 50 millones. El ISSFA detectó que para el año 2005 no se alcanzaron las estimaciones en el número de salidas de la institución. Se declara que esto corresponde a la tendencia del personal de

querer mantenerse en la Institución Armada por falta de alternativas de reinserción en el mercado laboral civil. Estas razones han llevado al ISSFA a considerar la posibilidad de incrementar el tiempo mínimo de persistencia en las Fuerzas Armadas, lo que mejoraría el Seguro de Pensiones en función de que la pensión es proporción de la base imponible que aumente de acuerdo a su mayor permanencia en el servicio activo. Pero para el Banco Central el ISSFA mantiene un déficit actuarial de \$USD 1.873 millones, que su patrimonio es de 39 millones y que por tanto el ISSFA solamente alcanza a cubrir el 29% de las pensiones de jubilación de 119 millones (Criterios, 2006).

Actualmente, está contemplada la legalización y legitimización del sistema remunerativo militar en virtud de que durante el período de transición que comprende de junio 2006 a enero 2010, los militares en servicio activo accederán a haberes militares establecidos en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa (LOSCA) y, el militar de servicio pasivo accederá a una pensión homologada, elevando las pensiones de montepío en le mismo porcentaje en el que se elevan las pensiones de retiro.

Tabla 6. 2
ISSFA: Pensionistas a Junio 2006

	No. Pensionistas	No. Pensionistas Montepío	Total
Pensionista ISSFA	20.048	7.359	27.407
Pensionista Estado	425	2.818	3.243
Pensionista Ley 41	1.062	1.608	2.670
Pensionista Ley 83	10	151	161
Total	21.545	11.936	33.481

Fuente: Pág. Web ISSFA

Tabla 6.3
ISSFA: Masa Pensional Semestral

	Retiro	Montepío	Total
Pensiones de Retiro	41.694.109	5.577.877	47.271.986
Pensiones Estado No Contributivas	647.939	774.874	1.422.813
Pensiones Estado Contributivas	441.452	1.066.112	1.507.564
Pensios Estado Ley Cenepa	17.160	93.879	111.039
Total	42.800.660	7.512.742	50.313.402

Fuente: Pág. Web ISSFA

Por último el seguro de cesantía, el ISSFA lo concede por única vez al personal militar que decide acogerse al retiro. En el 2005, el ISSFA otorgó 855 cesantías constituyendo un total de \$USD 45 millones, de los cuales 62 % corresponde a la fuerza terrestre, 24% a la fuerza naval, 14% a la fuerza aérea.

b) Gestión de la Unidad de Prestaciones Médicas (UPM)

El modelo de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas separa la administración del seguro de la administración de los prestadores de servicios, de tal forma el sistema tiene su propia administración rindiendo cuentas a las fuerzas existentes o al Comando Conjunto. El responsable de esta gestión es la Dirección del Seguro de Salud. Entre las diversas actividades que se han realizado con común esfuerzo con las direcciones de Sanidad del Comando Conjunto está el incremento en la cobertura de la contingencia de enfermedad. La Tabla 5.37 detalla la cobertura del seguro de acuerdo al número de atenciones realizadas y a los valores de gasto alcanzados.

El incremento de gasto del 2004 al 2005 para cubrir las necesidades de los afiliados llega a ser del 9%, mientras que con respecto al número de atenciones realizadas es del 16%. Los servicios que se han incrementado de manera significativa son los de hospitalización y Medicina Gratuita para personas que son portadoras de enfermedades crónicas graves.

Dentro de las actividades administrativas y de coordinación con las direcciones de sanidad se destaca los cursos de capacitación en las áreas de gerencia y auditoria de calidad en salud y, modernización del sistema de salud de las FFAA. Éste último especialmente se dirigió a fortalecer los primeros niveles de atención para ayudar al descongestionamiento de los hospitales de mayor complejidad y donde el seguro pretende, actualmente, financiar medicamentos gratuitos para los doce diagnósticos más reiterados.

Tabla 6.4

ISSFA: Cobertura del Seguro de Salud Según No. Atenciones y Gasto

Descripción	Nº Personas	Nº Atenciones	Valores
Emergencia	12.613	23.428	371.836
Exam. Y Proc. (Consulta Externa)	86.190	134.004	1.727.126
Hospitalización	10.379	11.489	4.278.906
Medicina Pacientes Crónicos	5.212	6.389	1.520.613
Ortesis y Prótesis	100	102	45.512
Rehabilitación Niños Especiales	94	389	14.994
Total	114.588	175.801	7.958.989

ISSFA: Evolución Gasto y Nº de Atenciones

	En Término de Gasto	Nº Atenciones
2004	15.887.815	367.236
2005	17.293.442	427.157
a Junio 2006	7.958.989	175.801

Fuente: Rendición de Cuentas 2005, Pág Web ISSFA

El personal del ISSFA ha estado involucrado en la implantación del sistema de gestión de calidad a través del cual ha logrado obtener la certificación de calificación del Sistema de Salud bajo la norma ISO 9001-2000. Esta evaluación ha permitido que varios consultores nacionales e internacionales propongan el sistema informático y de administración del ISSFA como instrumento de apoyo técnico para el proyecto nacional de Aseguramiento Universal de la Salud. De ahí que para julio del 2006 el ISSFA logró suscribir el acta de entrega-recepción del Sistema Integrado Automatizado con la SODEM. Este sistema consiste en un software que contiene los módulos de: parámetros generales, afiliación, facturación médica (auditoria), planillaje de prestaciones de salud, administración de usuarios, tesorería, contabilidad y presupuesto; además del manual técnico del usuario de cada uno de estos módulos. La suscripción de este acuerdo constituye parte del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el ISSFA, la SODEM, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Defensa Nacional que tiene como objeto la transferencia de tecnología para el desarrollo del Sistema de Aseguramiento Universal de Salud (AUS).

Finalmente, de esta manera habiendo consolidado la red de prestadores de salud y los instrumentos básicos para el incremento de la cobertura, se ha implementado en adición los dos programas siguientes: el servicio básico de odontología en las unidades de primer nivel y Convenio ISSFA-IESS para la racionalización del uso de los recursos de los seguros.

c) Gestión Social

La seguridad social de las FFAA se complementa con la gestión de servicios sociales y la asistencia social que brinda. La gestión social de las FFAA maneja cuatro enfoques principales: Atención a discapacitados, atención al adulto mayor, investigación y asistencia social y, apoyo a la gestión institucional. Entre las varias actividades gestoras ejecutadas se destaca la gestión en el 2005 de becas de estudio a través del Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo (IECE) por un monto de ciento cinco mil dólares en el 2005 que cubrieron a 450 beneficiarios, y con la Fundación Esquel por un monto de cuatro mil quinientos dirigidas a 78 beneficiarios.

d) Gestión de Administrativa y de Inversiones

El ISSFA administra sus propios recursos humanos y financieros, organiza, planifica, dirige y ejecuta los programas de seguridad social. Su patrimonio se conforma de la proveniencia de distintas fuentes como: los bienes, derecho u obligaciones que integran la caja militar, Cooperativas de Cesantía Militar, Junta Calificadora de Servicios Militares y Junta Administradora de Consulta Externa, las aportaciones de los asegurados; las aportaciones patronales del Ministerio de Defensa Nacional; las asignaciones de Ley por parte del Estado, los bienes y rendimientos financieros que por cualquier título adquiera el ISSFA, donaciones, cesiones y contribuciones a favor y por último los recursos registrados en las cuentas de la Ex-Caja Militar, Cooperativa Mortuoria y Fondos de Reserva, y los de la ex-Cooperativa de Cesantía Militar.

Según la Ley del ISSFA cada seguro se administra a través del principio de autarquía por el cual la utilización de los recursos de un seguro no puede utilizarse en el financiamiento de otro; de esta manera las reservas de cada seguro se gestionan considerando la naturaleza de cada fondo.

Como se mencionó anteriormente parte de la liquidez que mantiene la institución se debe al financiamiento con las propias empresas de las FFAA. No obstante, el 2005 fue el período en el que se dinamizaron los cobros de las obligaciones del Estado y el Ministerio de Defensa Nacional. Un punto clave que hay que analizar es que en medio de la crisis bancaria, el Ministerio de Defensa colocó en Filanbanco \$USD 40 millones para sostener la institución financiera, para muchos esta decisión fue inconsulta. En el 2005, de esta error decisivo, el ISSFA a penas se recuperó \$USD 11 millones por la venta de inmuebles. Para fines de este mismo año, según datos proporcionados por el ISSFA, la deuda de Filanbanco con la institución se disminuyó a \$USD 24 millones sin considerar intereses al momento de la liquidación y costos procesales de coativas.

Esta gestión permitió obtener excedentes de liquidez con el fin de conceder préstamos y colocar inversiones en el sistema financiero, bajo evaluación de la Comisión de Riesgos y de la Unidad de Riesgos Integrales. A finales del 2005, la institución alcanzó inversiones por la suma de 119 millones.

Dentro del ISSFA para los préstamos quirografarios, se han efectuado reajustes en la reglamentación con el fin de conseguir una renovación automática para el afiliado. Los beneficios del sistema de préstamos son: a) reducción de tiempos de acreditación de los préstamos a 48 horas, b) concesión de créditos en línea a nivel nacional, c) concesión

permanente de préstamos durante todo el año, y d) información crediticia por medio de la página web de la institución.

Para el año 2005 el ISSFA concedió un total de 31.974 créditos quirografarios por un total de 66,5 millones. La cartera vencida a fin de año constituyó en 30% mayor que la cartera vigente.

Así mismo para enero del 2005 el Fondo Inmobiliario de las Fuerzas Armadas (FONIFA) inició el programa de concesión de créditos hipotecarios que reemplazó al sistema de sorteos. A finales de este período el FONIFA registró 23.210 socios, de los cuales 10.535 son ahorristas, 11.734 se concentran en el Plan de Vivienda y 941 en el plan de Mejoras. Para ese año se otorgó un total de 3.226 créditos equivalentes a 1.535 soluciones de vivienda en todo el país. Los créditos se distribuyeron entre el FONIFA y el programa de préstamos PUENTE y Complementarios. Los recursos por concepto de este tipo de crédito alcanzó los \$USD 39 millones, constituyendo un incremento de 1,30% con respecto al 2004. Desde 1996 por medio del FONIFA, el ISSFA ha financiado 11.000 programas de vivienda.

Los préstamos a los afiliados y las inversiones están autorizados a realizarse únicamente al interior del país. De momento las inversiones se encuentran en 14 entidades financieras. La institución mantiene plazos de inversión coordinados para cubrir anticipadamente al menos los cuatro meses posteriores a los pagos de prestaciones y concesiones de préstamos.

El período 2005 presupuestó una rentabilidad de \$USD 9.6 millones por efecto de inversiones financieras y préstamos. Sin embargo, se consolidó el monto de \$USD 14.7 millones por este concepto a una tasa promedio ponderada de 5,6%. Para junio del 2006 la institución ha logrado invertir \$USD 150,6 millones en préstamos quirografarios e hipotecarios fuera del importe de reservas equivalentes a \$ USD 121 millones que se encuentran invertidas a corto plazo y en terrenos ubicados de manera estratégica en distintas ciudades del país. 48.896 préstamos quirografarios y 14.075 hipotecarios han sido concedidos en el transcurso de este mismo año, generando conjuntamente con las reservas un consolidación de rentabilidad \$USD 8,4 millones en el primer semestre del 2006.

Finalmente, en lo que respecta a recursos humanos en el año 2005 el 97% de los funcionarios en todas las áreas fueron capacitados. Los recursos dedicados a este objetivo alcanzaron los 55 mil dólares. La institución mantiene un personal de alrededor de 250 que se distribuyen entre militares y civiles en las provincias de gestión.

6.2 El Sistema de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL)

6.2.1 Reseña historia

Dentro de la Ley codificada del Seguro Social Obligatorio publicada en 1988 declara que el IESS era el depositario y administrado de la Caja Militar y Policial hasta que se organice legalmente el seguro militar y el de los fondos provenientes del ahorro militar obligatorio. Bajo amparo de dicha disposición y sujeta a Ley de Pensiones de las FFAA, la Caja Policial concedió las prestaciones de retiro, invalidez, muerte, cooperativa mortuoria y fondos de reserva a todo el colectivo de la Policía Nacional. En 1989 la Comandancia General de la Policía solicita al Conjunto de las FFAA la inclusión de la Institución Policial en el proyecto de la creación de la seguridad social militar con homologación de beneficios y obligaciones.

Para el efecto surgió la Comisión Interinstitucional entre el gabinete ministerial del Ministerio de Defensa y representantes de la Policía Nacional. Sin embargo, debido a la imposibilidad de unificar los beneficios a favor del policía y militares por a las diferencias en las escalas de tiempo de servicios en los distintos grados y jerarquías institucionales y, a la situación financiera de los Seguros de Cesantía; el proyecto de homologación y régimen unificado no llegó a concretarse.

Posteriormente, la Comandancia General de la Policía Nacional inicia la reactivación del proyecto de separación de la Caja Policial del IESS cuyas razones incluían la posibilidad de privatización del IESS y pérdida de los ahorros acumulados en esta institución. Es en mayo de 1995 que el Sistema de Seguridad Social de la Policía nace con la Ley N° 90 expedida por el Congreso Nacional del Ecuador. Quien ejecuta esta ley a partir de ese año es el ISSPOL, un organismo autónomo con finalidad social, sin ánimo de lucro y patrimonio propio.

Para el año 2001, con la promulgación de la nueva Ley de Seguridad Social a través de la Disposición Transitoria Segunda de la Carta Política Ecuatoriana, el ISSPOL y el ISSFA al ser parte del Sistema de Seguridad Social, fueron incorporados como parte del régimen normativo referido para su control y regulación. Para ello no se tomó en bajo consideración que el ISSPOL y el ISSFA se regulan de acuerdo a leyes especiales. Dicho contexto ha marcado un conflicto jurídico debido a las jerarquías de las normas. Pare el ISSPOL las Superintendencias confiadas a regular las entidades públicas y privadas acarrear *vicios de inconstitucionalidad* respecto a las normas de autonomía de las que gozan el ISSPOL y el ISSFA. Esto en virtud de que la Jerarquía de la Constitución y conflicto de Leyes establece que la “Constitución prevalece sobre cualquier otra norma legal”. De aquí que el ISSPOL ratifica su inconformidad en contra de su autonomía pues la institución se vería afectada con las aportaciones de carácter institucional que debería hacer para cubrir la contribución a las instituciones de control. Por ello ya para el período 2004-2005 se realizaron las acciones pertinentes para conseguir la exclusión del aporte del 5 por mil y del 0,94 por mil al financiamiento de los gastos administrativos de los organismos de control. Luego de varias negociaciones se logró la opinión favorable que eximió a las instituciones de seguridad social (IESS-ISSPOL-ISSFA) del aporte del 5 por mil.

Las prestaciones del ISSPOL se financian con los aportes individuales más los aportes patronales (Ministerio de Gobierno y Policía) y, adicionalmente, al igual que en el ISSFA, el ISSPOL utiliza el cobro de un porcentaje sobre las pensiones (8,14%) para financiar las prestaciones del Seguro de retiro, invalidez y muerte (RIM)¹⁷.

El gran problema en el cual el ISSPOL se encuentra sumergido actualmente es que éste surge cuando sobre la base de un informe actuarial, para 1999 la administración del ISSPOL puso en consideración el reclamo que sustentaba las fórmulas de cálculo del aumento de pensiones. Para dar curso al reclamo, se instauró una comisión bipartita entre el ISSPOL-FEPOL (Federación de Miembros de la Policía en Servicio Pasivo) con el objetivo de encontrar posibles fuentes de financiamiento para el pago de pensiones revalorizadas. Concluyendo que los aportes tripartitos (Estado-Patrono-Individuo) no eran suficientes, en agosto de 1999, por medio de la FEPOL, se decidió libre y voluntariamente contribuir,

¹⁷ Según la Ley del ISSPOL, en su artículo 22, dispone que: “Cada vez que se aumenten los sueldos de personal policial en servicio activo, el Consejo Superior del ISSPOL, mediante resolución, procederá a revalorizar las pensiones en curso de pago, en la misma proporción en que se incrementan los sueldos de los activos”.

conforme el porcentaje determinado con el estudio actuarial, con un aporte deducido de las pensiones del personal pasivo para financiar el seguro RIM. Al año 2000 el Consejo Superior reconoció el porcentaje del 8,14 para el financiamiento del RIM y los asegurados de la Ex Caja Policial (95%) y los del ISSPOL (5%), que se acogieron al retiro entre junio de 1995 y junio de 1998, y los cuales empezaron a recibir sus pensiones revalorizadas. De esta manera se suponía que la recaudación del 8,14% conforme el objetivo primario de su creación se destinaría a cubrir solamente el costo que representa la fracción de las pensiones revalorizadas y compensadas a partir de enero del 2000.

Según la FEPOL, la decisión tomada en 1999 estuvo sujeta a presiones institucionales en virtud de que no se reconocerían el aumento de pensiones sin la autorización del descuento. El encargado actuarial que para el ISSPOL pronosticó el desfinanciamiento de la institución, si ésta asumía una política de incremento de pensiones, desmintió la insuficiencia de recursos para el financiamiento de las pensiones. De ahí que el personal en servicio pasivo ha solicitado constantemente la derogación del descuento. Inclusive, en la actualidad se han apoyado bajo el amparo constitucional con el fin de describir su solicitud, refiriendo incluso que el descuento se aplica no solo a policías en retiro sino a pensionista del Estado, los cuales jamás firmaron la autorización en virtud de no constar como socios de la FEPOL. Sin embargo, dado que este descuento se fundamenta en una decisión mayoritaria, todos los intentos de su derogación hasta la fecha han sido un fracaso.

6.2.2 Administración y procesos operativos

Para efectuar con el cumplimiento de sus obligaciones la ISSPOL mantiene tres niveles de gestión directiva: *Directivo-Legislativo*: generador de políticas, objetivos y funciones, dentro de éste el Consejo Superior es el máximo organismo. *Ejecutivo*: cumple y hace cumplir las normas y políticas del directivo superior. *Asesor*: orienta a los directivos, ejecutivos y personal en sus funciones. A nivel gestor cuenta con los siguientes niveles: *Auxiliar o de Apoyo*: que son unidades administrativas. *Operativo*: constituido por direcciones para cristalizar objetivos. *Desconcentrado*: que son las agencias provinciales a lo largo del país.

Las prestaciones que concede la institución son: Seguro de Retiro, Invalidez y Muerte (RIM), Seguro de Mortuoria, Seguro de Accidentes y Enfermedades Profesionales (incluye pensión o indemnización por discapacidad), Seguro de Vida Obligatorio (dirigido al personal activo), Seguro de Vida Potestativo dirigido a los derechohabientes del servicio pasivo no incluidos pensionistas del Estado, ex combatientes, pensionistas de viudez y orfandad, indemnización profesional, y por último Fondos de Vivienda, Fondos de Reserva.

a) Gestión de cobertura y financiamiento

Para diciembre del año 2005 el ISSPOL atendía a un promedio de personal activo de 35.366 a mayo del 2006 atiende un promedio de 35.937 verificándose una tendencia al aumento. De igual manera para los afiliados de servicio pasivo y beneficiarios de montepío (sobrevivencia) el ISSPOL atendía en el 2005 a cerca de 15.443 personas y para mayo del 2006 a cerca de 15.432. La Tabla 5.38 muestra la evolución de la administración de los seguros. Como se puede observar la tendencia en valores pagados del RIM, del seguro de enfermedad y maternidad y, mortuoria es al alza.

El seguro de enfermedad y maternidad por su parte alcanzó un incremento del 46,95% en el período 1995-2004. El ISSPOL cuenta con un centro de salud desde el año 2002 que brinda atención médica y servicios complementarios. La consulta externa brinda servicios de: medicina interna, ginecología, obstetricia, pediatría, cirugía general, psicología, rehabilitación y odontología. Durante el período 2004-2005 el centro de salud del ISSPOL, ha otorgado servicios con un total de 15.430 atenciones (6.365 atenciones médicas, 2.883 odontológicas, 1477 de laboratorio clínico, 3480 de fisioterapia, 974 psicológicas y 251 vacunaciones) y la dotación de fármacos previendo para el futuro, su venta a los pacientes particulares.

Tabla 6. 5
ISSPOL: Administración de los Seguros

	Retiros Concedidos	Montepío Concedidos	Valores Pagados RIM (\$USD)	Enfermedad y Maternidad (\$USD)	Mortuoria (\$USD)
2000	383	153	19.501.867	152.163	92.023
2001	383	132	27.796.789	259.674	146.429
2002	286	154	33.420.147	441.855	184.869
2003	343	141	37.406.627	438.952	183.562
2004	422	130	40.368.998	457.658	185.673

Fuente: Memoria 2005, ISSPOL

Una de las causas que generó la preocupación ante la crisis del ISSPOL ha sido fundamentada en que se estimaba un promedio de ingreso anual de 500 policías nuevos. Para el 2002 esta proyección tuvo un reajuste al declararse el ingreso de 4.000 policías nuevos anuales hasta cumplir con los 20.000, esto junto con la declaración de \$USD 9 millones en reservas actuales ha permitido que las autoridades del ISSPOL rechacen la notificación de crisis pasada. Sin embargo, contradictoriamente, la dirección no rechaza el hecho de que una reducción o eliminación del porcentaje de aportación pasiva generaría consecuencias a la estabilidad financiera de la ISSPOL y a las pensiones mismas de los policiales pasivos pues los servicios prestacionales de la institución se financian con el 60% del aporte del Estado, con el 17,5% de los aportes del servicio pasivo y el 8,14%. El saldo de 14,36% constituye financiamiento proveniente de la rentabilidad de las inversiones efectuadas en papeles del Estado.

Ahora bien, el financiamiento de las prestaciones del seguro RIM consiste en el aporte personal del 12.5% de los agentes activos, el 10.5% de patronal, 60% con la contribución del Estado y el 8,14% del aporte de los agentes pasivos, como se mencionó anteriormente. Durante el período 1997-2004 los ingresos de la institución crecieron a una tasa anual del 2,89% mientras que los egresos tuvieron un incremento del 8,24%, existiendo una tendencia a la descapitalización del sistema y al uso de las reservas técnicas, debido a la ausencia de las transferencias del gobierno nacional para el financiamiento de las prestaciones y servicios. La Tabla 5.39 muestra la evolución de las capitalizaciones de los diferentes fondos una vez considerado el flujo de recursos generado por cada uno, así como también el pago de prestaciones y servicios. Al 2004-2005 la administración logró recuperar la totalidad de la deuda del MEF y la Comandancia General de la Policía Nacional que acumuló a septiembre del 2004 la cantidad de \$USD 23,739 millones y que contribuyó a brindar la liquidez a la institución. No obstante para el ex instituto emisor (Banco Central), actualmente, el capital del ISSPOL es de apenas \$USD 10 millones en tanto sus compromisos con los afiliados y pensionistas alcanza los \$USD 51.7 millones, cubriendo así solo el 19% de sus pasivos por esta razón para el Banco Central, los miembros del ISSPOL deberían aportar un porcentaje del 29.2%.

Tabla 6.6

ISSPOL: Evolución de los Fondos de Seguros Administrados por el ISSPOL (\$USD)

	2000	2001	2002	2003	2004
RIM	7.852.435	11.730.650	6.113.048	19.373.762	12.705.695
Accidentes Profesionales	375.895	592.992	997.359	1.486.217	1.769.418
Vida Activos	287.530	410.256	545.282	1.300.897	1.114.771
Mortuoria	-10.943	-196.002	-357.161	-383.798	-602.839
Fondos de Reserva	3.713.504	2.106.122	4.608.417	7.736.676	2.383.936
Reserva Contingente	798.789	1.294.124	2.129.151	3.163.993	3.782.131
Vida Potestativo	15.738	58.961	108.311	161.376	235.441
Fondos de Vivienda	2.151.632	3.509.065	5.071.417	8.041.153	9.838.556
Enfermedad y Maternidad	152.163	259.674	441.855	438.952	457.658

Fuente: Memoria 2005, ISSPOL.

Con respecto al seguro de Mortuoria, durante 1996, éste seguro sufrió un desequilibrio financiero-actuarial debido a: a) la variación de la mortalidad estimada en el cálculo inicial de la prima, en relación al número efectivo de reclamaciones de los derechohabientes, b) la mortalidad registrada en el grupo de pensionistas de montepío, c) a las reclamaciones de beneficiarios de montepío del Estado. En virtud de estos fallos el ISSPOL declaró para ese mismo año el pago diferido de indemnización mortuoria, por esta razón la Tabla 5.39 refleja los valores negativos; llegando al 2004 a \$USD 602.839. Pese a ello el Instituto cubrió los gastos de funerales por siniestros ocurridos entre 1995-2004.

Para reubicar a la ISSPOL en un ambiente financiero sano el director general considera que es necesario tomar consideraciones sobre algunos puntos clave: a) reevaluar el tiempo de servicio para aumentarlo a 25 años, puesto que actualmente la mayoría del personal se retira al cumplir los 20 años de servicio y la ISSPOL se encuentra obligada a desembolsar pensiones por un tiempo mayor al que trabajaron en la institución. b) considerar el incremento del porcentaje de los aportes del personal activo. c) tomar en cuenta la sujeción legal que legitima al jubilado adherirse al retiro con el mejor último sueldo.

Según información del Departamento de Pensiones la pensión mínima para el grado de policía es de \$USD 59. No obstante, según Periodismo Investigativo Blanco y Negro los roles de pago para las viudas y huérfanos, éstos reciben pensiones mensuales que oscilan entre \$USD 2,92 y \$USD 270. De acuerdo a estas cantidades con el descuento del 8.14% habría cientos de personas que tratarían de seguir subsistiendo con menos de lo que reciben a la costa de financiar el RIM. Esto destaca que dentro de la Policía existen pensionistas de montepío que entrarían dentro de las bandas de pobreza y extrema pobreza ecuatoriana.

En lo que se refiere al Seguro de Vida Activos y Potestativos, la Tabla 6.7 indica el monto total de los seguros otorgados, los cuales para el año 2004 se dirigieron a 173 causantes.

El fondo del Servicio Social de Vivienda tiene su propio régimen financiero que concede la provisión de soluciones de vivienda familiar al personal de servicio activo. El programa ha generado de sus reservas programas colectivos habitacionales en la Ciudad de Quito.

Tabla 6. 7
ISSPOL: Administracion de los Seguros

	SV (Activos)	SV	Fondo Acumulado
		(Potestativos)	de Vivienda
	\$USD	\$USD	Utilidades
2000	305.984	178.769	-
2001	472.253	174.037	-
2002	640.182	414.758	141.765
2003	619.717	693.414	435.813
2004	488.019	339.018	500.177

Fuente: Memoria 2005, ISSPOL

b) Inversiones

El ISSPOL realiza inversiones privativas y no privativas que ayudan a solventar el financiamiento de las prestaciones. Los préstamos quirografarios se otorgan a la tasa activa promedio del Banco Central más una provisión del 1.5% por concepto de prima de seguro de saldos y 1.5% por gastos administrativos. Estos valores se descuentan el momento de concesión del crédito. Como muestra la Tabla 5.41 la concesión de créditos ha tenido una contundente rebaja al año 2004. Especialmente, en el caso de los préstamos hipotecarios, la aprobación de los créditos fue suspendida en virtud de la crisis por la falta de liquidez¹⁸.

Finalmente, con respecto de las inversiones no privativas de la institución se declara que éstas tienen un rendimiento demasiado insuficiente con el que se aporta al financiamiento de las prestaciones, pues éstas están también sujetas a la norma anclada de 50% Sierra - 50% Costa que se expuso en el análisis del IESS.

Tabla 6. 8
ISSPOL: Inversiones Privativas

	Préstamos Quirografarios	Préstamos Hipotecarios
	\$USD	\$USD
2000	2.804.846	11.975
2001	3.829.657	1.450.739
2002	5.955.715	2.467.358
2003	7.825.235	404.282
2004	1.311.218	31.242

Fuente: Memoria 2005, ISSPOL

6.3 El AUS, Ministerio de Salud Pública y CONASA

La Secretaría de Objetivos del Milenio (SODEM), es la encargada de iniciar los procesos para el cumplimiento de los objetivos del milenio. Uno de los ámbitos más importantes en los que la SODEM ha intervenido se refiere a ampliación de la protección social en salud; valiéndose de manera fundamental de la infraestructura instalada del Ministerio de Salud

¹⁸ Cabe mencionar que el ISSPOL posee la Unidad Ejecutora de Vivienda dedicada al desarrollo de programas de vivienda. Esta unidad planifica y ejecuta programas colectivos de construcción habitacional.

Pública (MSP) en virtud de que se reconoce la extensa cobertura del MSP y la necesidad de fortalecer los servicios públicos de la entidad y de otras instituciones públicas de salud adicionales.

Sin embargo, este plan que pretende desarrollar el proceso de ampliación de la protección social en salud en el país podrá concretarse solo si los recursos tanto tecnológicos, de infraestructura y de recursos humanos se implantan, al menos en el mínimo necesario. Por esta razón este capítulo se dedica a la presentación de un diagnóstico de las condiciones en que, actualmente, opera el MSP y el rol de asesoría del Consejo Nacional de Salud que secunda estas operaciones y que pretende fortalecer la institución y el sistema nacional de salud, aún sin un resultado concreto y globalmente reconocido.

6.3.1 El Consejo Nacional de Salud

Con el Plan Quinquenal de Salud de 1979-1983 surge la creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA) con el fin de concretar una táctica de coordinación entre las instituciones públicas y las privadas del sector salud del Ecuador. Durante las últimas dos décadas (1980-2000), el CONASA junto con las delegaciones al interior de él, se establecieron como soporte para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP); de tal manera que para 1998 la institución se inició en la elaboración y levantamiento del proyecto de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) bajo el impulso proyectado por el decreto de la nueva Carta de Estado a la fecha.

Dicho proyecto se declara ley orgánica en el año 2002 y tiene como objetivo la estructuración de las primicias y los parámetros que deben regir el sistema nacional de salud. Este sistema nacional se vincula por medio de una red intrincada de servicios dentro del sector público, privado, de derecho autónomo y/o comunitario, y por medio de cinco objetivos de fundamento (CONASA, 2006):

- a. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud.
- b. Proteger integralmente a las personas de los daños y riesgos de salud.
- c. Generar entornos de vida saludables.
- d. Promover la coordinación interinstitucional y su complementariedad bajo el principio de descentralización, desconcentración y participación.
- e. Incrementar y difundir la participación ciudadana y la veeduría social.

De aquí que el sistema desarrollaría su integración por medio de funciones específicas de coordinación, provisión de servicios de salud, aseguramiento y financiamiento; concediendo al MSP el papel de coordinador del sistema y al CONASA, como entidad pública autónoma y con personería jurídica, el rol normativo técnico¹⁹ de concentración de las Políticas Públicas en Salud. La Tabla 6.1 muestra la gestión de coordinación y concertación en pro del sistema nacional de salud por medio del CONASA.

¹⁹ El CONASA posee, interiormente, nueve comisiones y cinco subcomisiones técnicas.

Tabla 6. 9

CONASA: Gestión de Coordinación y Concertación del Sistema Nacional de Salud

Proceso de Promoción	Proceso de Planificación	Proceso de Investigación
Promoción	Planificación	Ciencia y Tecnología
	Comisión de Reforma de la Historia Clínica	Bioética
Organización y Participación Social	Subcomisión de Monitoreo y Evaluación	Medicamentos
	Subcomisión de Prestaciones	
Salud Sexual y Derechos Reproductivos	Financiamiento	
	CONARHUS¹	

¹ Comisión de Recursos Humanos

Fuente: CONASA, 2006

El ámbito de la promoción se destaca por tres actividades específicas: a) plan intersectorial de promoción de salud. b) la creación de los Consejos Locales de Salud para cumplir con la ejecución de la política de salud por medio del diseño, implantación y evaluación de planes estratégicos cantonales²⁰ y, c) plan de acción de la política de Salud y Derechos Sexuales Reproductivos (SYDSR).

En el contexto de planificación se destaca con: a) La planificación del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que contiene acciones relacionadas con la política pública saludable, estilos de vida saludable y la reorientación de servicios para la prevención, participación y poder facultativo social. b) Planificación de monitoreo y evaluación por medio de la creación de líneas de base sobre la base de los sistemas de información de salud y plan de apoyo para la edificación del sistema común de información. c) Planificación de la historia clínica única por medio del registro médico orientado por problemas, el mismo que implica rediseñar e introducir nuevos formularios de información y cambios en la conducta científica y la atención en salud de nuestro país. d) Financiamiento, que incluye el plan de acciones de la subcomisión de cuentas nacionales de la salud y el plan de acción del observatorio del financiamiento del sector público. Y e) Comisión Nacional de Recursos Humanos que rige la planificación de la propuesta nacional de carrera sanitaria, propuesta nacional de certificación y re-certificación de odontólogos y obstetrices, y el observatorio de recursos humanos en salud.

Finalmente, el contenido de los procesos de investigación atienden a las ramas de. a) Ciencia y tecnología que abarca la política nacional de investigación en salud, el plan de acción para la ejecución de dicha política y la agenda de investigación bajo dominio de prioridades. b) Bioética que incluye la política de bioética para la investigación en salud y los comités institucionales para la institucionalización de la bioética. c) Medicamentos, que abarca la política nacional de medicamentos, revisión de la Tabla nacional de medicamentos, el registro terapéutico nacional y la calificación de proveedores de medicamentos genéricos.

²⁰ Al momento se han realizado pruebas piloto en 10 cantones pertenecientes a las provincias de: Azuay, Cotopaxi y Bolívar. Las instituciones que han apoyado a la creación de estos consejos son: el MSP con un nivel de participación del 17%, la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) con el 17%, el Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador (CONCOPE) con el 32%, Comisiones Locales con el 17% y el restante 17% corresponde a la ausencia de datos.

6.3.2 Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de responder por la salud integral del Ecuador. En este sentido el MSP, como se mencionó en el punto anterior, está llamado a coordinar el pago directo de los hogares y la gestión de los proveedores de bienes y servicios, públicos y privados.

El MSP enmarca su gestión en el ámbito de la protección y promoción de la salud, la seguridad alimentaria y el acceso sostenible a los servicios de salud. Por un lado el MSP ha fortalecido su rectoría por medio de: a) Las gestiones que ha realizado para la aprobación del Nuevo Código de la Salud. b) Su constante labor para lograr establecer un sistema único de información en salud, con el fin de reforzar los módulos informáticos y estadísticos para la implantación y ejecución del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). c) La consolidación y fortalecimiento del CONASA y las comisiones técnicas adscritas a través de su marco normativo que ejerce como autoridad sanitaria.

En el organigrama del MSP se identifican los siguientes niveles: a) A nivel de Área de Salud: que constituye la unidad más descentralizadas del MSP y cubre una población dentro de un área geográfica específica. A este nivel el MSP incluye una red de servicios de atención primaria de salud con un centro de salud y varios sub-centros y, es gerenciado por la Unidad Coordinadora de Área (UCA) que a su vez lo dirige un director con función política y un coordinador con función técnica. b) El nivel provincial, que maneja hospitales y tiene autoridad sobre el área de salud. Sus directores son elegidos por las autoridades provinciales. A este nivel los trabajadores de salud tienen gran influencia. c) El nivel central que más bien juega el papel de administrador, su gestión se reduce, principalmente, a la definición de normas, regulación de servicios de salud y al desarrollo de un sistema nacional de información (AUS, 2006).

El MSP es la institución pública con mayor número de unidades proveedoras de servicios de salud, incluyendo las unidades hospitalarias donde según las Cuentas Nacionales de Salud (1997) también se duplica el gasto ambulatorio. La Entidad financia el 80% de sus prestaciones con ingresos corrientes y solo el 20% restante con ingresos de capital. En cada uno de estos elementos el aporte fiscal es mayoritariamente representativo pues alcanza el 78% del financiamiento. En la generalidad las transferencias y donaciones de capital llegan a casi un 12% e incluye fondos sin contraprestación, internos o externos que se los dirige a financiar los gastos de capital. Los impuestos, tasas y contribuciones llegan a un 9.3%. En lo que respecta al cuadro de gasto, el 77% corresponde al gasto corriente, el mismo que se concentra en gasto de personal, la diferencia se concede a gastos de capital e inversión (MBS-SFTS, 2006).

La estructura del MSP, se caracteriza por ser rígida para dinamizar los procesos de gestión de recursos. En muchas ocasiones, los recursos se asignan en forma sesgada hacia las instituciones del MSP que tienen mayor tamaño que no necesariamente responden a los requerimientos de mayor demanda (MBS-SFTS, 2006).

La permanente demanda de la población por las mejoras en la atención en de las unidades operativas del Estado es una realidad actual. Un caso muy concreto lo evidencia el hecho de que en octubre del 2006, el Gobierno del Ecuador entregó \$USD 8.3 millones, provenientes de los fondos petroleros, con el fin de dotar de recursos a nueve centros hospitalarios en el país. Dicha gestión no ha tenido sino una visión paliativa para solucionar de forma parcial los

problemas de dichas unidades médicas, pues su despliegue no ha estado ejecutado sobre la base de una planificación debido a la providencia de los recursos extraordinarios.

Según un diario nacional, esto evidencia que la salud en el Ecuador solo puede financiarse con ingresos no presupuestados y aún así la situación de los centros de salud deja mucho que desear. Esto refleja que los principales problemas de las redes de salud del MSP son: a) la escasez de personal y, b) la poca capacidad resolutive de los centros operativos en la atención primaria y especializada a nivel cantonal y familiar.

Por un lado, con respecto al primer punto, el MSP tiene un déficit de personal de salud para la atención directa en todos sus niveles y de manera muy especial en los hospitales y centros o subcentros de salud donde se atiende a la población en mayor necesidad. De hecho el MSP se halla en una paralización de la creación de partidas para ingreso de nuevos empleados en la planta del MSP. Como referencia se destaca que el total de recursos humanos en salud para el sector público no se ha incrementado desde el año 1994, período en el cual se cuantificaron 46.559 personas, mientras que para el 2003 llegaron a ser 46.559. Sin embargo por otro lado, existe una seria contradicción ya que la observación de la estructura del sistema lo evidencia como caduca y con elevada carga de personal administrativo y de servicio.

Para el CONASA (2006), la dotación de personal del MSP no se ha ajustado a la multiplicación de los requerimientos de atención, cuyas razones se hallan principalmente en: el crecimiento de la población, cuyo 50% es atendido por el MSP, la creación de nuevas unidades operativas tanto hospitalarias y ambulatorias sin personal ajustado a la demanda de atención, el incremento del porcentaje de población mayor a 65 años que requiere de atención frecuente, la inclusión de nuevas enfermedades entendidas como males de modernidad y por último el desarrollo y manejo de tecnología que requiere de personal capacitado. A esto se suma que la carga horaria de los médicos en general ha disminuido de ocho a cuatro horas, dando como resultado la disminución de más de un 30% de horas trabajadas.

A pesar de las gestiones del MSP ante el Ejecutivo para la creación de 4.500 partidas para cubrir los requerimientos mínimos, la autorización de la asignación inmediata de cuarenta millones de dólares para la propuesta ha tardado en concretarse por la pretención del MEF de suprimir la pro forma presupuestaria del 2006.

En lo que se refiere a la capacidad resolutive, según la fuente del diario nacional, en una década el número de camas por cada mil habitantes se ha reducido de 1.7 a 1.5, mientras que el número de camas disponibles aumentó en 2079. Como ejemplos de la crisis en servicios de salud del gobierno se expone el caso del Hospital del Austro en Loja –Hospital Isidro Ayora– que desde hace dos años se encuentra en estado readecuación y equipamiento teniendo 26 años de operación. Las soluciones son escasas, limitadas y mal planificadas complicando las situaciones de salud, especialmente, de las zonas rurales de las tres regiones del país (Costa, Sierra y Oriente). A esto se suman los problemas sindicales, las influencias políticas y el mal uso de los recursos que llegan a los centros, como por ejemplo del escaso abastecimiento de medicamentos.

Para muchos el tema central de la crisis es el presupuestario y demandan que se cumpla la aplicación del 12% del presupuesto del Estado al sector de la salud. Sin embargo, el sector por medio del MSP no muestra eficacia y eficiencia en el uso de los pocos recursos que se le

destina, en función de que no existe una articulación de acciones que garanticen establecer una red prolija que contenga estándares en cada punto de gestión operativa y administrativa.

El Ministerio de Salud Pública, esta administrado por procesos, mediante la resolución N° OSCIDI 2003 0026 del año 2003. Se supone que uno de los procesos que agregan valor es es, Control y Mejoramiento en Vigilancia Sanitaria, cuyo rol comprende la administración mediante inspección, registro y certificación, sobre la producción, almacenamiento, transportación, comercialización (incluido la importación, exportación), y consumo de productos destinados a los humanos, y las empresas que fabriquen los productos descritos en el Art. 100 del Código de la Salud (MSP, 2006).

No obstante, uno de los casos que ha tenido que afrontar el MSP es el caso del Hospital de Chone en la costa ecuatoriana. Según un documento del Instituto de Higiene Leopoldo Izquieta, en junio del 2006 se corroboró que doce menores de edad fallecieron por una infección causada por las bacterias que existían en el área de neonatología. El grado de contaminación se constató como elevado, estableciendo de 30 a 40 tipos de bacterias y hongos generados por el medio ambiente, sustancias orgánicas en descomposición situadas en los ductos y falta de ventilación. Para el efecto el MSP realizó leves ajustes presupuestarios (El Comercio, 2006).

Lo anterior reclama que no solamente el aumento de personal sino la dotación y la planificación de corto, mediano y largo plazo son necesarios dentro de los centros operativos del MSP; el Recuadro 6.2 resume alguna información de un diagnóstico de los funcionarios del centro hospitalario más importante del MSP.

Recuadro 6.2
Los Hospitales manifiestan la eficacia del MSP

El hospital Eugenio Espejo es el más grande del MSP. La autonomía administrativa viene desde el bienio 1999-2000. Hoy por hoy, el hospital es proveedor del aseguramiento universal; planilla y factura al municipio. Por el momento el Banco Central es quien concede el pago por éstas prestaciones en virtud de que éste es el depositario de los dineros de fondos internacionales, hasta que el sistema se financie con los asegurados y el Estado.

Las pacientes se clasifican según la categorización de acuerdo a formularios establecidos. El sector más vulnerable son los sectores a y b, a los cuales el Estado concede \$ 20 por mes de subvención. Desde la categoría b los beneficiarios empiezan a pagar un 25%, la c el 50%, la d el 75% la e paga todo y la F el 200%. La categorización esta establecido según los costos del hospital, pues se valida no por precio como en el caso del sector privado.

El hospital es autónomo y genera autogestión. En el 2006 el presupuesto es de \$USD 13,500.000 millones en el que están incluidos los dos millones de autogestión que representa una recuperación parcial de costos. El presupuesto es anual pero la asignación al hospital es mensual. El presupuesto proyectado del próximo año está estimado por 19'000.000 justificado con indicadores como egresos hospitalarios, 360.000 consultas externas (se tiene 1000 consultas por día que incluyen consultas ambulatoria, medicina genérica y especialidades) y 7.000 cirugías por años. El hospital posee 600 camas.

El presupuesto es insuficiente – es exiguo- porque para el Director del Hospital Eugenio Espejo el Estado no aporta lo suficiente, por lo que no se puede invertir en mejoras de calidad y tecnología.

La vida útil de los equipos es corta. Los salarios son bajos, sin relación y con afectación a la dedicación horaria y la generación de la práctica privada. Por ejemplo: El sueldo máximo es de \$ 1,200.00. Y el médico tratante calificado gana \$ 70 (\$ 1,116).

Este hospital tiene el presupuesto más alto del país en lo que se refiere al MSP. El resto de centros del país maneja un alrededor de \$USD 7-9 millones.

6.3.3 Aseguramiento Universal de la Salud (AUS)

La reforma integral de salud del Ecuador se inicia hace diez años en una carrera social por alcanzar una innovación nacional orientada a lograr mejoras y equidad en el acceso y la dotación de bienes y servicios de salud. Es en el año 1994 cuando en el país se conciente la idea de extender la cobertura y de manera particular a la población más vulnerable y desprotegida; que para entonces estaba representada por la madre y el niño menor a 5 años. En virtud de tal razón se aprueba la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), financiada por el Estado Ecuatoriano²¹, y que instaura el derecho de acceso a las prestaciones públicas de salud para la vigilancia de parto y puerperio de toda mujer

²¹ La Ley de Maternidad se cumple con las transferencias de dineros y con la rendición de cuentas. Aún existen dificultades en la aplicación que supone la cobertura de la prestación. El financiamiento viene del Gobierno Central y se dirige al pago de insumos, medicamentos y exámenes de laboratorio. Es una de las pocas leyes que tiene financiamiento directo del Gobierno Central, que adjudica \$USD 15'100.000 anuales. Sin embargo, el dinero no llega fácilmente. La unidad ejecutora nacional de maternidad distribuye a nivel nacional y directamente a las áreas de salud. En el caso de los municipios cuando existen comités de gestiones, se transfiere directamente a éstos. Existe un candado a la ley que limita el tipo de uso de los fondos a través de informes y de esta manera hay una dualidad de entrega de fondos.

ecuatoriana. Para fines del mismo año la Comisión Interministerial de Reforma del Sector Salud del Ecuador exhibe una propuesta inicial en la que al MSP se le otorga el rol de rector del Sector Salud, considerando que gradualmente se le conferiría el papel de administrador y proveedor directo de servicios por medio de las unidades médicas que logren autonomía administrativa y financiera. De aquí que por un lado al IESS le correspondería el papel de asegurador con funciones de compra de prestaciones a dotadores plurales, consintiendo que el Seguro Social Campesino (SSC) vendría a constituirse en un seguro subsidiado. Por otro lado el sector privado y otras entidades autónomas, estarían orientadas como empresas promotoras y/o competidoras en la oferta de servicios.

Más tarde la propuesta de la Comisión Interministerial fue cediendo a la idea de que el órgano llamado a ser espacio de discusión de la reforma sectorial era CONASA. Desde el CONASA se crea la Comisión Técnica de Reforma que como se mencionó en el acápite anterior estaba orientada a establecer: la formulación de la Política Nacional de Salud, la organización del Sistema Nacional de Salud, la formulación de una Política de Desarrollo de Recursos Humanos para el sector, y la promoción e institucionalización de la Salud. Ya para 1998 dentro la Asamblea Constituyente establecida, la Comisión Técnica de Reforma del CONASA logra que los asambleístas circunscriban todo un capítulo de salud en la carta constitucional. Este capítulo acreditaba la responsabilidad estatal en la política de salud y, la conformación de un Sistema Nacional de Salud de financiamiento descentralizado, desconcentrado y participativo adherido a fuentes de financiamiento sectorial de plataforma pública.

Como se ha mencionado anteriormente, en el año 2001 llega la aprobación de la nueva Ley de Seguridad Social, que introduce el criterio divisorio de la provisión de servicios de salud, de las prestaciones de seguridad social, el financiamiento y control del sector; concediendo la posibilidad de que el sector privado participe en la provisión de servicios. Posteriormente para el año 2002 se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) que sugiere la realización del Plan Integral de Salud, conformación de una estructura de consejos de salud, fortalecimiento del rol rector del MSP y la generación de redes interinstitucionales de participación social. Es en este período que la Vicepresidencia de la República planteó la conformación y operatividad de un Sistema Nacional de Aseguramiento Universal de Salud (SINAUS) de carácter público orientado a buscar la protección financiera distributiva para otorgar acceso a la atención de salud. El enfoque de esta propuesta se edifica sobre la base renovada de atención primaria para garantizar la atención universal. Por esta razón para el año 2003 surge la posibilidad de trazar al Aseguramiento Universal de Salud (AUS) como punto esencial en la agenda gubernamental. Sin embargo, no es sino en el 2004 que por medio del Proyecto Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA), del Banco Mundial, que se definen los dispositivos de operación para el diseño del AUS por medio del Consorcio CARE-BLOOMERG School of Public Health de la Universidad Johns Hopkins.

Finalmente en el año 2005 se termina el diseño del Aseguramiento Universal de Salud y a través de la SODEM se prescriben las estrategias para desplegar el cumplimiento y la gestión del Sistema de Aseguramiento Universal en Salud. Surge entonces el Programa Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), el mismo que prioriza la conformación de un seguro encauzado a servir a la población, principalmente, en función de:

- Que la mayoría de la población del Ecuador no posee ningún tipo de aseguramiento en salud, siendo el primer y segundo quintil de la población que evidencia la menor cobertura.

- La existencia de un presupuesto gubernamental para la salud cuya ejecución aún presenta indicadores deprimentes de producción, acceso y atención a la población.
- Que el AUS permitirá la disminución de las carencias en los servicios del sistema público de salud MSP-IESS-SSC.
- Que el AUS permitirá la definición de las funciones rectoras, abasto, de aseguramiento y financiamiento de las instituciones involucradas.
- Que el AUS permitirá mayor equidad por medio de la disminución de las barreras financieras de acceso.

A. Características, definición y estrategias del AUS

Según el Consorcio CARE Ecuador & Universidad Johns Hopkins (CARE-UJH), 2005, “El AUS constituye un sistema de aseguramiento de racionalidad pública sin fines de pérdida, que para su operación puede y debe incorporar mecanismos de gestión privados, mixtos o públicos según requerimientos de eficiencia en su accionar y efectividad en sus resultados”. Su diseño en adición a la del PROAUS se sustenta en los principios del marco jurídico que encierra la Constitución Política Ecuatoriana con respecto de la salud. Entre ellos se tiene: el derecho ciudadano, racionalidad pública y protección social, equidad horizontal y vertical tanto en la prestación como en el financiamiento, universalidad y gradualidad, fortalecimiento del sistema, solidaridad, eficiencia y calidad, participación social, transparencia y honestidad, descentralización, afiliación familiar, pluralidad en la provisión, e integralidad en la gestión.

Dentro de este diseño establecido se encuentra contemplada la diferencia entre la Seguridad social y el AUS. Desde una base legal constitucional los Sistemas de Salud Nacionales y la Seguridad Social tienen sus competencias bien definidas. Si bien el seguro social obligatorio emerge de una legislación, cuya responsabilidad descansa sobre el IESS y contempla la función de un aseguramiento y utilización de instituciones del Sistema Nacional de Salud para ofrecer el goce de prestaciones a la ciudadanía; el concepto de aseguramiento universal más bien descansa sobre la *atribución pública* que busca cumplir la garantía de derecho a la salud contemplado en la constitución por medio de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Es decir es el conjunto de entidades y normas legales diversas intrincadas que tienen como objetivo el acceso resguardado y equitativo a la atención ciudadana en salud.

Por el momento el Sistema de Seguridad Social no se encuentra en su plena capacidad para asumir el pedido constitucional de conceder acceso perenne a los servicios de salud. De ahí que le corresponde al Sistema Nacional de Salud proveer de los medios necesarios para que se cumpla con la concesión de este derecho y en virtud de ello el AUS se desarrolla bajo tres niveles básicos de aseguramiento y provisión de servicios. Estos niveles son funcionales y correlacionados: El primero tiene que ver con la rectoría a cargo del CONASA y el MSP. El Segundo relacionado con el aseguramiento que encierra los elementos y dispositivos institucionales definidos en el Plan Integral de Salud y dentro del Sistema de Seguridad Social. El tercer nivel conformado por abastecedores de servicios de salud privados, públicos y del Sistema de Seguridad Social.

Así pues establecidas la definición y características del AUS, los principales objetivos y propósitos del programa, citados por el Salud y Altura, se resumen en los siguientes puntos:

- 1) Alcanzar la cobertura financiera universal efectiva de salud entre la población ecuatoriana más pobre y vulnerable de forma subsidiada hasta el año 2010 y de forma contributiva y progresiva al resto de la población.
- 2) Obtención de financiamiento sostenible para el acceso a un Plan de Beneficios de Salud.
- 3) Asegurar el acceso a un Plan de Beneficios de Salud basado en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación por medio de: un subconjunto de atención primaria ambulatoria, y de un subconjunto de atención ambulatoria y hospitalaria de segundo nivel para cubrir aquellas patologías de carácter recurrente.
- 4) Promover la calidad, continuidad y complementariedad de la atención de salud integral e integrada por medio de la estructuración de redes, públicas y privadas, para la provisión de servicios.
- 5) Asegurar la eficiencia, oportunidad y calidad en la atención de salud a todos los usuarios del seguro por medio de acertados canales de administración.
- 6) Favorecer a la formación de capital humano por medio de la implementación del AUS dentro del Sistema Nacional de Salud, respetando la rectoría del MSP y apoyando la separación de funciones.

Conforme lo descrito, por un lado el AUS constituye en sí un sistema cuyo rol es articular de manera operativa y sinérgica los diferentes actores y subsistemas del Ecuador. De esta manera su responsabilidad de acción se entiende en un nivel de macro gestión en la cual el órgano ordenador, normativo y conciliador es el Consejo Nacional de Aseguramiento (CONAUS)²². Por otro lado el AUS se constituye también en un plano de micro gestión por medio del órgano jurídico o corporación PROAUS, el cual viene a ser un subsistema operativo de aseguramiento.

Con el fin de consolidar estos dos ámbitos de gestión del Sistema de Aseguramiento Universal de Salud, el consorcio CARE-UJH planteó tres fases progresivas de implementación de corto, mediano y largo plazo que aplicaran cuatro estrategias básicas:

a. Ampliación de cobertura del IESS a la Familia: el mismo cuyo plazo de cumplimiento estaba contemplado entre junio 2005 a Diciembre 2006 para aumentar la cobertura poblacional del 9.2% al 16.8%, en adición al 1.9% de los jubilados, logrando un aseguramiento total del 38% de la población nacional. El financiamiento total estimado del Seguro General se incrementará de \$USD 152 a \$US 214 millones anuales. La generación de una red de proveedores del IESS por medio de sus propias unidades y el sector privado autorizado y contratado.

En virtud de esto se estableció recomendaciones necesarias y prioritarias que el IESS debe tomar en consideración. A este respecto se han concentrado en las siguientes:

1. Remitir el reglamento de la Ley del Seguro Social para aprobación por parte de la Presidencia de la República.

²² Para garantizar la participación de las instituciones y grupos sociales interesados en la creación del AUS, se ha propuesto la creación de tres comités externos bajo comando del CONAUS. Estos comités tendrán las funciones de supervisar los procesos de administración, aprobar las normas con las cuales se evaluará los servicios y resolver disputas

2. Cumplir según la Ley de Seguridad Social la contratación de prestadores privados para ampliar la atención primaria en todo el país y disminuir la concentración en los dispensarios o centros ambulatorios de la institución²³.
 3. Implementar el sistema de referencia y contrarreferencia con los proveedores propios y privados miembros de la red.
 4. Optimización de la capacidad instalada de las unidades médicas.
 5. Lograr la personería jurídica de las unidades médicas.
 6. Lograr que el MEF asigne los valores presupuestados para el Estado como empleador.
 7. Contratar el balance actuarial del seguro de salud para ampliar la cobertura a menores de 12 años.
 8. Difundir los beneficios y derechos de los afiliados incluyendo la red de prestadores.
 9. Estudios actuariales para saber si la prima prevista cubrirá los costos adicionales.
 10. Estudios económicos para saber sobre el impacto del incremento de la prima sobre la economía y crecimiento del sector formal.
- b. Ampliación de de cobertura del IESS a los trabajadores independientes:** que se contempla dentro del plazo 2007-2010 para conceder aseguramiento al 21.3% de la población ecuatoriana. Esto implicaría un incremento del financiamiento del IESS de \$USD 214 millones a \$USD 457 millones. Se encuentra bajo consideración la necesidad del aporte fiscal del estado para subsidiar el porcentaje de la prima del trabajador independiente que no puedan pagar el total de la prima.
- c. Aseguramiento en salud a la población de bajos ingresos por medio del PROAUS:** contemplado dentro del plazo 2005-2010 para la población comprendida en el quintil 1 y 2 con concesión de participación de la población de los quintiles 3, 4 y 5. Se ha recomendado la prima en relación con el ingreso. La cobertura del PROAUS únicamente puede crecer en función de la capacidad de los sistemas de información relacionados: afiliación, costos y pagos.
- d. Aseguramiento Universal en Salud con figura obligatoria:** contemplado dentro del plazo 2011-2015 para alcanzar la cobertura del 100% del país

B. Operación del AUS – PROAUS

Cobertura

Para conocer la capacidad de cobertura poblacional para el AUS en el Ecuador, dentro del diseño e implantación del Modelo del AUS se ha identificado la población beneficiaria por medio del levantamiento de cinco fuentes que precisaron los siguientes elementos de importancia:

- a. Dado que dentro el universo poblacional por quintiles de ingreso se revela que la mayor cantidad de población ecuatoriana se encuentra en los 1 y 2 (Q1, Q2), la política de

²³ La prestación de este seguro es de responsabilidad del IESS según la Constitución. No obstante se establece la posibilidad de que éste forme instituciones administradoras de recursos para fortalecer el sistema provisional y mejorar la atención de la salud de los afiliados y sus familias (CARE-JHU, 2005)

gobierno para el AUS implica atacar estos dos planos. Es decir que el programa se iniciaría con cubrir, según datos del 2004, a por lo menos 5.2 millones (41.2%) de ciudadanos los cuales perciben a penas un ingreso per cápita de \$USD 43.75 y \$USD 81.74 por mes. Del 56% de la población del Q1 y el 61% DEL Q2 se concentran en las provincias del Guayas, Pichincha y Manabí.

- b. Dentro del universo de la población no cubierta y que constituyen beneficiarios futuros del AUS, se determinó que el total de población sin aseguramiento llega a 76.76%. El 88.2% se encuentra en el Q1, es decir que apenas de 12 de cada 100 se encuentra asegurados, mientras que el 82.22% se encuentra en el Q2. El último quintil (Q5) abarca el 64.5% y evidencia que 36 de cada 100 personas encuentran aseguradas. Un dato importante es que de la población de los Q1, Q2, Q3 que tienen aseguramiento, el 98,56% se encuentra en el régimen de afiliación pública. Las provincias que concentran la falta de aseguramiento son: Los Ríos, Sucumbíos, Guayas y el Oro. En términos de género el 51.5% que no están cubiertas corresponde a mujeres y el 48.35% a hombres.
- c. La realización de una encuesta específica que permitió evadir las falencias estadísticas y los huecos de información dentro de las unidades de salud a nivel nacional. Los principales resultados de esta encuesta se arrojan a través de los siguientes puntos enumerados:
 - La mayor cantidad de demanda de servicios de salud recibe el sector público pese al deterioro de imagen que mantiene. El 70% de los encuestados retornan al uso del servicio del sector público, mientras que en términos de satisfacción el MSP se lleva el 73%.
 - La atención en el primer nivel representa la principal demanda en virtud de que el 58% de prestaciones a nivel nacional requieren a nivel de Medicina General.
 - La mayoría de la población requiere atención primaria de salud en virtud de que solo el 12% requiere hospitalización.
 - Las infecciones respiratorias encabezan la lista de causas de morbilidad.
 - El principal restrictivo para acudir a un seguro es el aspecto económico.
 - El calificativo sobre la atención recibida es considerada buena o muy buena en el 50% de la población. Esto se debería mucho a las experiencias positivas al acudir a los servicios de salud o la falta de conocimiento sobre mayores niveles o estándares de calidad.
 - Se confirma el hecho de que a menor quintil de ingreso menor es la cobertura de aseguramiento en salud.
 - El 89% de la población desearía ser parte del sistema de aseguramiento en salud. El porcentaje restante no lo desea y muy posiblemente su razón está ligada al desconocimiento, malas experiencias o falta de hábito de un sistema prepago.

De acuerdo la información recopilada y según los criterios de concentración de los Q1 y Q2 en las provincias, se estableció las discreciones para seleccionar los lugares por medio de los cuales se iniciaría la implementación del PROAUS. Por esta razón los cantones provinciales seleccionados fueron: Quito, Guayaquil, Santa Elena y Cotacachi. Su intervención no requiere de un orden de intervención determinado y existe apertura para la integración paulatina de los cantones restantes. La consistencia con el número de asegurados en espera

de cubrir lo realizará la unidad ejecutora del PROAUS conforme la ponderación de la cantidad de asegurados existentes en cada sitio y el avance de las negociaciones locales.

De esta manera se determina que el AUS se desarrollará por etapas de incorporación al sistema y la inclusión de la población a los programas se ejecutará por la definición de las unidades geográficas como se ha mencionado. Se estima que durante el primer quinquenio (2005-2011) se alcanzará una cobertura del 88% de la población nacional dentro de la cual estaría cubierto el 100% de la población del Q1 y Q2. Para el año 2015 se prevé el aseguramiento del 100% de la población. La Tabla 6.2 muestra la cobertura progresiva del AUS durante hasta su etapa media.

Tabla 6.10

AUS: Cobertura Progresiva

Etapa	Período	Cobertura PRO AUS (1)	Cobertura Otros Subsistemas Aseguramiento: a)	Cobertura alcanzada en el país (1) + (2) = (3)
			IESS, b) SSC, c) ISSFA, d) ISSPOL, e) Privado y Pregaada Población Q3, Q4 y Q5 (2)	
Arranque	Agosto-Dic 2005	100.000 Habitantes Q1 y Q2	a) 1'406.652 b) 374.406 c) 202.761 d) 177.416 e) 291.469	
		5.000 Habitantes Q3, Q4, Q5		2'452.704
		860.000 Habitantes Q1 y Q2	a) 1'406.652 c) 202.761 d) 177.416 e) 300.000	2'557.704
		8.600 Habitantes Q3, Q4, Q5		2'086.829
		1'800.000 Habitantes Q1 y Q2	a) 1'772.340 c) 202.761 d) 177.416 e) 301.469	2'955.429
Inicio	Enero-Dic 2006	18.000 Habitantes Q3, Q4, Q5		2'453.986
		2'800.000 Habitantes Q1 y Q2	a) 1'772.340 c) 205.000 d) 180.000 e) 305.000	4'271.986
		28.000 Habitantes Q3, Q4, Q5		2'462.340
				5'290.340

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Plan de Beneficios y Costos

En función de que los recursos son limitados y las necesidades de salud son ilimitadas se comprende que es necesaria una priorización, pues ningún sistema de salud puede dar cobertura de todos los servicios a toda la población. Las *normas espontáneas de racionamiento* que se han establecido para el AUS van de acuerdo a: listas de espera, falta de accesibilidad en zonas geográficas definidas, escasez de infraestructura y tecnología, reducción del tiempo medio por consulta, detrimento de la calidad del servicios, impactos negativos en el concepto de equidad y aumento de la exclusión de salud.

El punto de partida para la definición de los planes de beneficios de salud para el PROAUS fue el Conjunto Garantizado de Prestaciones (CGPS) que “es una relación ordenada de servicios y prestaciones financiados total o parcialmente por un sistema público, objeto potencial de derechos y obligaciones para los actores de dicho sistema” (Villacrés, 2006), y fue elaborado por el CONASA quien a su vez lo determinó de acuerdo a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y el Modelo de Atención Integral remitido por el MSP en segundo semestre del 2004.

El CGPS está elaborado bajo los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación como se mencionó anteriormente. Su enfoque va en torno a proteger los

riesgos derivados de los condicionantes de la salud como: condiciones de vida, ciclo vital y problemas o patologías con impacto epidemiológico de importancia en la población. En función de esto para el AUS se plantearon tres Planes de Beneficios de Salud Universales: CGPS-U (1) o completo, (2) mediano y (3) básico. Estos planes tienen similitud con las prestaciones colectivas como promoción y prevención, distinguiéndose en el alcance de cobertura en la cantidad de patologías por cubrir.

El diagrama 6.1 muestra los planes de beneficio de salud (A, B, C, D) de acuerdo a los problemas y riesgos de la población y la respuesta considerada a dichos problemas y riesgos. La implementación de estos planes también se ha determinado como progresiva según el crecimiento de inclusión al programa y bajo la medida en que los balances financieros vayan validando la posibilidad de ir financiando los planes más abiertos en el plazo establecido.

Para el caso D, del 2 al 3% del total de la carga de enfermedad evidencia una prioridad baja para el aseguramiento obligatorio en términos de efectividad. No obstante tiene carácter circunstancial para los seguros privados complementarios.

Diagrama 6.1
Escenarios de Plan de Beneficios de Salud

D	3% de problemas y riesgos resueltos con atención ambulatoria y hospitalaria de alta complejidad (D)
C	3% de problemas y riesgos resueltos con atención ambulatoria y hospitalaria de alta complejidad (C)
B	10 - 15% de problemas y riesgos resueltos con atención integral de segundo nivel ambulatoria Y hospitalaria de mediana (B)
A	80- 85% de problemas y riesgos de una Población son resueltos con atención integral de primer nivel ambulatoria de baja y mediana Complejidad (A)

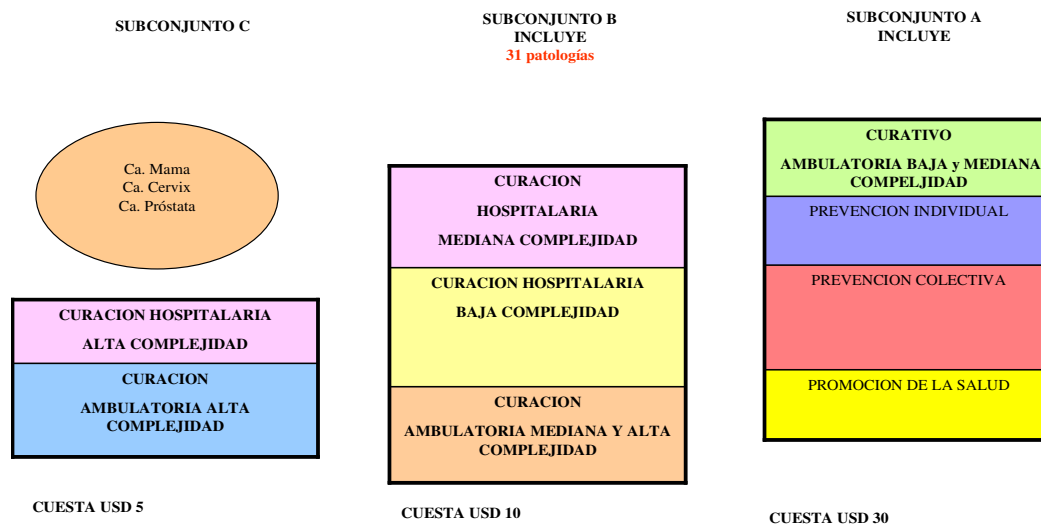
Fuente: Villacrés, 2006

El diagrama 6.2 muestra el contenido del Plan Básico de Beneficios o el Plan mínimo (CGPS-U (3)) que contiene valores per cápita de \$USD 36.08 para prestaciones curativas, \$USD 7.63 para medicamentos y \$USD 1.86 para prestaciones colectivas. Los planes CGPSU-1 (incluye enfermedades catastróficas, nivel curativo 1 y 2, prevención y promoción) y GPSU-2 (incluye nivel curativo 1 y 2, prevención y promoción) concretan \$USD 82.03 y \$ USD 67.39 respectivamente.

Se estimaba que al momento de inicio del PRO-AUS (2005) se lograría alcanzar un total de afiliados adicionales del Q1 y Q2 con 100 mil personas adicionales al total del 12% señalado como cubierto (535 mil personas). De éstos el 60% se atenderían en establecimientos públicos y el 40% en organismos prestadores privados sin fines de lucro. A los agentes públicos se pagaría un costo incremental per cápita de \$USD 9.03 y a los privados un

completo per cápita de \$45.19. De aquí que según la estimación total el monto requerido es de \$USD 14.9 millones y un costo per cápita consolidado de \$USD 23.49.

Diagrama 6.2
Conjunto de Prestaciones Universales Plan Básico (3)



Fuente: Villacrés, 2006

Las tablas 6.11, 6.12 y 6.13 describen el costo tomando en cuenta los costos de administración y arranque para el primer, segundo y décimo año de operaciones. Para finales del 2006 (año 2), las estimaciones indican la cobertura de 860 mil personas adicionales correspondientes al Q1 y Q2, que adicionales a las 534 mil personas cubiertas por otros seguros, constituyen un total de 1.4 millones de personas pertenecientes a éstos quintiles de los cuales el 60% se atienden por medio de servicios públicos y 40% por servicios privados sin fines de lucro.

Para el segundo período de ejecución, el costo total viene a ser de 39.7 millones incrementando el costo per cápita promedio. Un punto que es importante recalcar es que el costo per cápita promedio varía a \$USD 24,08 en función de la variación de la cantidad de población atendida por servicios públicos y sobre los cuales, únicamente, se paga el diferencial. Finalmente se establece que para el 2010 el costo total asciende a 149.7 millones con una cobertura total de Q1 y Q2.

Tabla 6.11
AUS: Población Cubierta y Costo del AUS 1er año de Operaciones

Primer Año	Costo Per Cápita	Población Cubierta	Costo Total \$USD
	GPSU Mínimo	(Millones)	Millones
MSP	9,03	0,381	3,44
Otras Instituciones	45,19	0,254	11,48
Cobertura y Costo Total	54,22	0,635	14,92
Costo Gerencial /Adm	1,95	0,635	1,24
Costo del Arranque	4,7		3
Costo Total			19,16
Costo Per Cápita Año 1	30,17		

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Tabla 6.12**AUS: Población Cubierta y Costo del AUS 2do año de Operaciones**

Segundo Año	Costo Per Cápit	Población Cubierta	Costo Total \$USD
	GPSU Mínimo	(Millones)	Millones
MSP	9,26	0,837	7,75
Otras Instituciones	46,32	0,558	25,85
Cobertura y Costo Total	24,08	1,395	33,60
Costo Gerencial /Adm	2,0	1,395	2,79
Costo del Arranque	2,4		3,4
Costo Total			39,79
Costo Per Cápit Año 1	28,52		

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Tabla 6.13**AUS: Población Cubierta y Costo del AUS 10mo año de Operaciones**

Año 2010	Costo Per Cápit	Población Cubierta	Costo Total \$USD
	GPSU Mínimo	(Millones)	Millones
MSP	10,47	2,935	30,73
Otras Instituciones	52,41	1,956	102,51
Cobertura y Costo Total	27,25	4,891	133,24
Costo Gerencial /Adm	0,6	4,891	3,13
Costo del Arranque	2,7		13,3
Costo Total			149,67
Costo Per Cápit Año 1	30,60		

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Financiamiento

Como se ha dicho el AUS tiene una connotación sistémica, por lo tanto esto exige una organización y ordenamiento de los órganos que representan las fuentes de financiamiento y las entidades que las reciben. Como se ha descrito anteriormente, la gestión social y política del Ecuador es dispersa y fragmentada, por ello el financiamiento del país también es fragmentado de acuerdo a los programas y a las entidades que los administran. Según CARE-UJH el financiamiento que se estima en las Cuentas Nacionales de Salud (1995 y 1997) (Anexo3), el Informe Mundial de la Salud, el Informe Mundial del Desarrollo y otros estudios de la última década concuerdan en destacar la suficiencia de recursos para el sistema que no logran su efectividad en virtud de la dispersión del sistema organizacional nacional, la cobertura incorrecta y la falta de calidad en los servicios prestacionales.

Dentro del desarrollo del AUS aún cuando los prestadores o aseguradoras mantengan su autonomía financiera, existen dos puntos clave considerados: a) la existencias de los acuerdos contractuales para la compra de lo servicios con el fin de lograr un sistema común de pago en el sector público y b) la existencia de las relaciones con los subsistemas de aseguramiento para cruce de cuentas entre los subsistemas o la mediación de pago a los proveedores. Para éste último caso se ha definido la creación de un sistema de Cámara de Compensación que consiste en un sistema de pagos internos cuya transacción se realiza con el Sistema Estatal del Banco Central, negociando el valor por cada transacción. Estas operaciones de presupuesto y finanzas se realizarán por medio del Fondo Administrador de Recursos PRO AUS.

Las tablas 6.14, 6.15 y 6.16 muestran el financiamiento progresivo del AUS para financiar la provisión de atención de salud en los ámbitos de promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud del CGPS-3. Como se evidencia una de las grandes fuentes de financiamiento es el CEREPS, descrito anteriormente, en virtud de que estos fondos se utilizan solo en inversión pública. El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo forman parte del equipo de financiamiento del AUS.

Tabla 6.14
AUS: Financiamiento 1er Año

Fuente	Total (\$USD
	Millones)
Pago por Carné Familiar	0,7
Ingreso de Proveedores vía Presupuesto	2,5
Ley Maternidad Gratuita, ingreso propio	5,7
Presupuesto General del Estado / CEREPS	8,8
Municipios aportes sistema	1,3
Total Financiamiento	19

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Tabla 6.15

AUS: Financiamiento 2do Año

Fuente	Total (\$USD
	Millones)
Pago por Carné Familiar	1,5
Ingreso de Proveedores vía Presupuesto	5,3
Ley Maternidad Gratuita, ingreso propio	11,9
Presupuesto General del Estado / CEREPS	18,27
Municipios aportes sistema	2,655
Total Financiamiento	39,6

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Tabla 6.16

AUS: Financiamiento 10mo Año

Fuente	Total (\$USD
	Millones)
Pago por Carné Familiar	5,8
Ingreso de Proveedores vía Presupuesto	45
Ley Maternidad Gratuita, ingreso propio	20
Presupuesto General del Estado / CEREPS	68,9
Municipios aportes sistema	10
Total Financiamiento	149,7

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

Otra consideración importante es el aumento en las preasignaciones presupuestarias por medio del Impuesto al Consumo Especial (ICE) que se destinarían a equipamiento hospitalario del MSP y a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. De esta manera el costo incremental pagado por estos servicios sería más bajo para el AUS.

Los recursos provenientes del fisco y los créditos internos y externos que se entregan al MSP contribuyen significativamente. Sin embargo, el MSP al ejercer el servicio prestacional bajo contrato con el PROAUS recibe, adicionalmente, un financiamiento a su presupuesto inicial asignado por el gobierno para cubrir la prestación ejecutada.

Con respecto a los aportes municipales, la conjugación de las distintas propuestas locales constituyen un desafío para el AUS pues una vez coordinada la articulación se confirmaría el crecimiento positivo en las participaciones de los servicios como: aseguramientos locales, dotación de transporte para emergencias obstétricas y recursos de promoción; y esto daría reconocimiento de mayor efectividad a los ingresos no petroleros.

Un punto que hay que suponer es que los medicamentos son determinantes para el éxito del AUS pues a su uso y provisión obedecerá buena parte del financiamiento del Plan de Beneficios Básico (CGPSU-3). Por un lado debido a que los hogares más pobres consignan la mayor parte de sus ingresos a la adquisición de fármacos y por otro debido a la existencia de un mercado privado que mueve alrededor de \$USD 450 millones de dólares anuales. Específicamente de \$USD 474 millones para el 2004, se alcanzaba a un gasto de \$USD 40 por año por persona o \$USD 15 por familia. Esto equivaldría a un monto comprendido entre 6-7% del ingreso.

Ahora bien, dentro del estudio del AUS, se han planteado otras fuentes alternativas de financiamiento como:

- Focalización de subsidios energéticos y redirección de saldos ahorrados.
- Mayor participación del sector salud en el porcentaje de impuestos asignados que castigan el consumo de productos nocivos para la salud.
- Porcentajes de participación en la distribución del impuesto a la renta y el IVA. Se consideraría también el aumento del 1% o el 0,5% al IVA
- Impuesto al consumo de bebidas gaseosas y otros bienes suntuarios.
- Manejo más equitativo y eficiente de los recursos que el gobierno ofrece pro medio de subsidios o transferencias pero que no llegan a beneficiar a los más pobres sino a los quintiles de mayor ingreso²⁴. Ver cuadro 6.9

Existiendo un tope para el crecimiento del gasto fiscal primario, gasto en el que se ubica el AUS, es necesario considerar dispositivos mediante los cuales los recursos dirigidos al AUS no se clasifiquen en este nivel de gasto. El gasto y financiamiento del programa deberá regirse en cuenta especial y financiada con recursos liberados de la deuda pública como resultado de las operaciones de recompra realizadas por la CEREPS. De no efectivizarse, los ingresos extraordinarios no podrían ser utilizados y serían migrados fuera del programa (CARE-UJH, 2005)

²⁴ Como ejemplo se tiene que en 1999, el quintil más pobre de la población se beneficiaba con 17.7 millones de dólares mientras que el quintil de mayor ingresos se beneficiaba con 75.1 millones de dólares (CARE-UJH, 2005)

Tabla 6.17
AUS: Financiamiento por Transferencias y Subsidios del Gobierno

	Proforma 2005	% Participación del monto a financiar
	\$USD Millones	
Transferencias y Subsidios	3224	6%
Preasignaciones Institucionales	623	33%
Ley especial 15% gobiernos seccionales	623	
Preasignaciones creadas por ley	978	21%
Impuestos	806	26%
Universidades	276	
AI FODESEC	93	
A gobiernos Seccionales	13	
Del SRI y CAE	58	
Del Fondo de Salvamento Cultural	39	
Empresas de Agua Potable	80	
De Junta de Recursos Hidráulicos	13	
Otras	235	
Petróleo	171	120%
Subsidios	1355	15%
Pensiones	432	48%
IESS	332	
ISSPOL	32	
ISSFA	68	
Derivados de Petróleo	719	29%
GLP	281	
Diesel	357	
Sector Eléctrico	80	
Bono de Desarrollo Humano	192	107%
Banco Públicos (BNF)	12	1717%
Otras transferencias	268	77%
A fondo de estabilización petrolera	18	
A bienestar social	50	
A junta de beneficencia	6	
A universidades	17	
A FODESEC - Juntas Parroquiales	13	
Otros	164	
Transferencias Especiales del FEIREP	604	34%

Fuente: Citado en CARE-UJH, 2005

6.4 Los gobiernos locales como gestores de la protección social

El presente capítulo tiene como objetivo entrar en la dinámica de los gobiernos seccionales del Ecuador para visualizar su rol como gestores de protección social y de transformadores de las gestiones estratégicas dentro del panorama de la economía global y la alternativa local-regional.

6.4.1 Asociación de Municipalidades del Ecuador

En el Ecuador existen 219 municipalidades que buscan cumplir y garantizar los derechos humanos en el país por medio de los niveles cantorales de gestión en la áreas de desarrollo integral de la localidad como: productivo, medioambiente, salud, educación y cultura. Desde

esta configuración la AME busca construir procesos sostenibles por medio de tres estrategias de base:

- Sensibilización y posicionamiento político de las autoridades locales en el desarrollo social y garantía de derechos.
- Desarrollo de capacidades municipales para la generación de condiciones de institucionalidad y sostenibilidad de los procesos de acuerdo a leyes sociales que permitan apoyar la organización y funcionamiento de los organismos.
- Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional como herramienta para armonizar las diversas visiones institucionales que sobre la implementación de leyes sociales como: Código de la Niñez y Adolescencia, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), Ley del Sistema Nacional de Salud, existen en el nivel cantonal (AME, 2006)

El despliegue de las actividades dentro del proceso de asesoría técnica surge de acuerdo a las realidades locales de cada cantón. En la actualidad la AME concede asistencia técnica permanente a 42 cantones y a 33 municipalidades²⁵, la responsabilidad municipal social y aplicación cantonal es una de las prioridades de los equipos técnicos-políticos.

En adición a lo mencionado, desde el año 2000, la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME) ha venido trabajando en la consolidación de ejes transversales de desarrollo, a fin de propender a la construcción de todo un cuerpo de gobiernos locales comprometidos a crear o recrear las condiciones mínimas de vida para la población. En el año 2002, con la LMGYAI, la AME dio mayor asentamiento a este trabajo por medio de la instauración de esta ley a través de los municipios.

La agilidad de los proyectos ha dependido mucho de facilidad que el Gobierno Central otorgue a los Gobiernos Locales directamente y por medio de la AME. La gestión de esta institución ha encontrado en un principio las trabas gubernamentales que hicieron sentir la dinámica local desperdiciada. Para la Dirección General de la AME mal o bien algo se ha llegado a instaurar y, en lo que respecta a la LMGYAI, los municipios han ido internalizando en mayores proporciones el compromiso y la decisión. Un ejemplo de ello es que la LMGYAI se ejecuta en alrededor de 40 municipios de la Nación, existiendo inclusive, el deseo de coordinar también con otras instituciones como el Instituto Ecuatoriano del Niño y la Familia (INNFA).

Para la AME, las instituciones de gobierno y las instancias nacionales, no tiene miras de largo plazo y hacia la realidad local. Se estancan en la planificación tardía de los periodos de legislatura, en adición a la ausencia de continuidad. En principio la idea de crear los consejos cantonales²⁶ para mayor eficacia de las acciones ha sido que logren un trabajo armónico; no obstante, la creación de estos cuerpos desde las alcaldías afecta a la gestión de las alcaldías en sí, pues resquebrajan la gestión integradora de la AME.

²⁵ El 64% de los 42 cantones poseen un plan operativo que articula acciones a favor de la operatividad e implantación del Código de la Niñez y Adolescencia y, LMGYAI.

²⁶ El consejo se conforma del Estado y la sociedad civil, en las áreas como salud, educación, niñez-adolescencia, juventud, discapacidades. Con el de juventud y niñez se busca el cumplimiento de derechos. El consejo de salud y niñez-adolescencia son las instancias definidoras de política pública. El legislativo no tiene ingerencia.

Por un lado, aunque existe la idea de integrar los mandatos de los distintos cuerpos jurídicos existentes en un solo cuerpo que se llame Consejo Cantonal de Desarrollo Humano²⁷, las instituciones están lejos de desprenderse de los recelos, discrepancias y desacuerdos para la gestión. Una de las consecuencias de esta disparidad es que la AME se encuentra limitada en su gestión y su rol y, considera la duplicación de esfuerzos al verse obligada a trabajar en los ejes transversales contando con o sin los cuerpos jurídicos creados.

Por otro lado uno de los aspectos que requieren mayor atención como en otros casos, es el aspecto presupuestario. La descentralización fiscal de la AME es parte del Plan Nacional de Descentralización del 2004 que propone a dicha descentralización ser un eje transversal en todos los procesos de transferencia de competencia. Se supone que el 10% del presupuesto se dedica a los grupos vulnerables pero en realidad se requiere más del 30%, pues la medición no se limita a decir cuánto incluye el gasto sino en la visión de inversión pública para que sea más efectivo y de mayor trascendencia. De aquí que como corolario, los municipios no tienen ingresos adicionales pero tienen demandas que se incrementan, mientras que el Gobierno es inconsistente al retirar las partidas presupuestarias cuando constatan que los municipios realizan las dotaciones que se les demanda. Esta situación coyuntural genera, entonces, la pregunta de ¿Cómo incidir para que el concepto social trascienda sobre el concepto político?

Mucho se ha realizado mediante acuerdos, capacitaciones, adjudicando responsabilidades y la ejecución de rendición de cuentas. Sin embargo, el miedo existente es que las competencias y las autonomías asuman más de lo que les corresponde como responsabilidad.

6.4.2 La Gestión del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito: la Corporación Metropolitana de Salud

Durante la última década la gestión del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) se ha descentralizado de forma parcial. Las distintas administraciones municipales han procurado, la institucionalidad tanto para posesionarse en nuevas competencias cuanto para alcanzar la ejecución de un mandato efectivo inherente a la institución. Desde el 2001, con el fin de dar curso operativo a la propuesta del plan Siglo XXI, la Municipalidad desarrolló tres instrumentos principales para el ejercicio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ):

- Un Programa de Desarrollo Institucional
- El Diseño e Implementación de Participación Ciudadana
- El Plan General de Desarrollo Territorial

Después de tomar posesión de nuevas competencias y funciones en 1993 y junto con la Ley de Descentralización, el Municipio ha asumido roles en el sector de la salud, entre otros.

Desde el año 2000, el MDMQ da un giro de prestador de servicios de gobierno local asumiendo competencias que fortifican las direcciones temáticas de educación-cultura, seguridad, salud, medio ambiente y otras.

²⁷ Generalmente los mismos actores se encuentran en los múltiples consejos existentes, disipando su rol de agentes integradores y concentrando poder.

En el área social, el municipio maneja cerca de 330 proyectos. En cuanto a salud ha asumido sus competencias parcialmente. El municipio está avanzando hacia el objetivo de lograr la competencia de salud en Quito, a través de conversaciones y negociaciones con el MSP, con el fin de solventar los problemas que acarrea el traslape de competencias entre ambas entidades, un tema crucial para la reforma en salud.

EL DMQ pretende articular, sobre la base de la desconcentración y descentralización, el conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias para la generación de políticas públicas saludables, la participación activa en salud, la seguridad nutricional, la red de proveedores de servicios de salud y el aseguramiento metropolitano en salud.

La gestión en salud se inició con la desaparición de los patronatos como entes gestores de salud, cuyas funciones han sido asumidas por la Corporación Metropolitana de Salud (CMS). La transformación del patronato San José en la Secretaría de Salud ha permitido acoger a los grupos de riesgos por parte de CMS en tres campos básicos:

- a) Salud individual a través de las unidades de salud de atención primaria (existentes en la actualidad un total de siete, con frecuencia de atención que han llegado a seiscientos mil.
- b) Salud ocupacional dentro del municipio
- c) Salud colectiva a través de la salud estudiantil dentro de escuelas y colegios, por medio de los proyectos: Escuelas Saludables, las cuales buscan cambiar los hábitos de la ciudadanía, en un trabajo conjunto entre alumnos, profesores y padres. Y, Mercados Saludables
- d) El SIDA como parte de los objetivos del milenio y en convenio con el MSP y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Ahora bien, la creación misma del sistema de aseguramiento metropolitano en salud surge cuando hace más de tres años la Dirección Metropolitana de Salud (DMS) diseña los lineamientos del proyecto de aseguramiento en función de lo solicitado por la alcaldía de la capital. La DMS solicita al Consejo Metropolitano de Quito que se autorice la creación de la Corporación Metropolitana de Salud (CMS) con el fin de financiar y administrar el sistema de aseguramiento del DMQ, especialmente para los sectores menos favorecidos.

La CMS surge en julio del 2004 como una entidad de derecho privado con fines sociales y no de lucro. Esta institución contiene un marco normativo poco claro, en virtud de que no constituye una compañía de seguros, ni es una empresa de medicina prepaga. Es una compañía creada por un acuerdo Ministerial del MSP, que no se encuentra bajo la supervisión de la Superintendencia de Bancos y Seguros sino del MSP y, que trabaja bajo las instancias municipales. El objetivo de la CMS es proveer a la población del DMQ, un seguro de salud que ceda prestaciones según las necesidades de la población capitalina, por medio de una red de proveedores de costo efectivo. Bajo impulso adicional de la Cooperación Técnica Bilateral Alemana (GTZ), la Unión Europea y la Cooperación Técnica Belga (CTB), la CMS elabora el esquema de aseguramiento médico voluntario que aparentemente se enfoca a los hogares de clase media-baja y media.

La corporación mantiene, en la actualidad, dos proyectos: a) El Seguro Metropolitano de Salud (SMS) que surge como una necesidad local para personas de bajos ingresos y, b) El Aseguramiento Universal de la Salud (AUS).

Contrariamente a lo que se evidencia en la gestión del MSP, a nivel local existe una paradoja. Por un lado, la subutilización de servicios versus la demanda insatisfecha. La Tabla 6.18 muestra la oferta de servicios que evidencia un nivel de ocupación de alrededor del 50%, por otro lado la existencia de demasiados actores y gestores a los que accede relativamente poca población. Por esta razón el SMS se plantea como una generadora de gestión social.

El SMS nace sin afiliados cotizantes en el mes de marzo del 2005. Cubre solamente hogares de clase media; para fines del 2005 había afiliado cerca de 10,000 personas y para el primer semestre del 2006 cerca de 60,000. De éstos 10,000 se encuentran afiliados bajo un régimen individual y el restante bajo el régimen de grupos comunitarios organizados, por ejemplo: cooperativas (AUS, 2006). Para el segundo semestre del 2006 el SMS logra alcanzar casi setenta y cinco mil a través de las ocho administraciones zonales que realizan las afiliaciones y según la dirección ya se está tomando en cuenta todos los quintiles de la población. La meta del SMS es lograr un adicional de trescientas cincuenta mil personas afiliadas de los quintiles uno y dos dentro del segundo programa de la corporación, que constituye el AUS; mientras que los quintiles tres, cuatro y cinco se seguirán ejecutando por medio del sector privado.

La instauración del AUS en los servicios contratados por la CMS puede constituir un aliciente financieros y calidad de atención en virtud de que los servicios que implementan el AUS recibirían mayor soporte en términos de administración y, esto puede llegar a mejorar las tasas de matriculación en los hogares de los Q3, Q4 y Q5 (AUS, 2006).

Según la CMS un individuo sin seguro en Quito gasta, aproximadamente, \$USD 540 en salud. A comparación del IESS que es un seguro obligatorio, el SMS es un seguro voluntario y, tomando también en cuenta que la prima del IESS llega a ser en un promedio de más o menos \$USD 20 (\$240) por titular; con el SMS un individuo pagaría una prima equivalente a \$USD 36,00 anuales, es decir \$USD 3,00 mensuales

Tabla 6.18
DMQ: Antecedentes de Oferta de Servicios

Actores	Hospitales	Camas	Otros
MSP	16	2080	16 áreas de salud
IESS	1	434	5 centros, 3 unidades, 129 dispensarios del SSC
ISSFA / ISSPOL	2	490	6 centros médicos
MDMQ / HCPP	1	30	3 unidades municipales, 4 unidades provinciales
Privados	3	1705	122 clínicas y centros
ONGs	4	120	45 centros

Fuente: CMS, 2006

La provisión de los servicios es privada y en ellas se establece las tarifas. Se califica previamente a los proveedores a través de los permisos de funcionamiento del MSP y los estándares propios. Por la prima pagada el seguro brinda:

- Prevención de la enfermedad: con 91 prestaciones de acuerdo a las normas del MSP
- Consulta externa, radiografías, ecos y exámenes de laboratorio: hasta 6 consultas en el año, con un máximo de \$USD 300,00
- Atención para cirugías: se cubre una de las 10 cirugías frecuentes en el DMQ, incluyendo por una vez al año honorarios profesionales, derechos de clínica, insumos y exámenes hasta un monto de \$450,00
- Hospitalización por enfermedad: se cubre los eventos agudos de una de las diez enfermedades frecuentes del DMQ, incluyendo por una vez al año honorarios profesionales, derechos de clínica, insumos y exámenes hasta un monto de \$450,00
- Maternidad: prevención, atención de parto o cesárea en adición a complicaciones y atención al recién nacido hasta por un monto de \$USD 459,00
- Emergencia: cobertura hasta dos emergencias en el año, incluyendo la atención quirúrgica si se efectúa en las primeras 24 horas y por un monto máximo de \$380,00
- Control a los enfermos crónicos: cubre cuatro chequeos de prevención, dos controles por laboratorio y un electrocardiograma al año.

La Tabla 6.19 muestra las ventajas adicionales del SMS.

Tabla 6.19

SMS: Cuadro Comparativo de Ventajas Adicionales									
	Cob. USD	Prima	Deducible	Co-pago	Límite Edad	Exclusión y	Cobertura de	Odontología	Gestión de Calidad con Proveedores
	USD	USD	%	años	Preexistencias	Prevención		si (profilax, fluor, sellantes)	si
SMS	1000	3	0	0	ninguno	no	si		
PARTICULAR	1000	18	15	20	65	si	no	no	no

Fuente: CMS, 2006

El SMS cuenta con un sistema informático vía Internet, para realizar el registro de la actividad y la validación de derechos en línea mediante la cédula de identidad.

Finalmente, con respecto a la participación en el AUS por parte de la CMS, en mayo del 2005 el Municipio de la capital entregó a la SODEM la propuesta para la implantación del AUS en el DMQ. A diciembre del mismo año se firma el convenio con el Gobierno Nacional. Entre enero y marzo del 2006 se realiza la conformación de los equipos técnicos, se ejecutan los acuerdos para la afiliación, la población beneficiaria y proveedores, el Municipio solicita a la SODEM el manejo financiero para administración local del AUS y la SODEM propone, solamente, la delegación de las funciones técnicas.

El objetivo del convenio es asociar los esfuerzos entre las instituciones del Gobierno Nacional y el DMQ. Los principales compromisos asumidos por el municipio a través del CMS son:

- La coordinación con la SODEM para implementar con carácter de inmediato las acciones de promoción, comunicación, afiliación, aseguramiento efectivo y veeduría social para la población beneficiaria del Q1 y Q2 de la base SELBEN, que residen en el DMQ.
- Brindar información y orientación sobre la cobertura, prestaciones, prestadores de servicios, derechos y obligaciones de los afiliados efectivos.
- Implementar el sistema de recepción y procesamiento de reclamos provenientes de los beneficiarios.
- Convocar, calificar, seleccionar y contratar junto con la SODEM la red de proveedores de servicios.

- Incorporar al programa del UAS y bajo licencia del MSP a los proveedores de salud contratados en la actualidad por la CMS.
- Mantener la actualización en red y en tiempo real toda la información sobre prestaciones, universo poblacional, cumplimiento de indicadores, metas de calidad y otros.
- Efectuar los pagos a los proveedores sobre base de auditorías médicas y financieras
- Presentar a la SODEM, informes globales trimestrales
- Proveer de recursos humanos, tecnológicos y otros para la administración del programa en el DMQ.

6.4.3 La Gestión del Municipio de Guayaquil

En el mes de septiembre del año 2000 se crea en Guayaquil la Dirección de Acción Social y Educación del Municipio de la ciudad. En el ámbito de la ley municipal, Higiene y Asistencia Social, la dirección tiene por finalidad planificar, ejecutar y evaluar programas sociales encaminados al mejoramiento de la calidad de vida de la población cantonal. Los principios que rigen la gestión del municipio en las acciones sociales se basan sobre la importancia de un vida prolongada y saludable, con acceso a la educación y medios necesarios e indispensables para el disfrute de un nivel de vida aceptable (MG, 2006).

La dirección inició con un presupuesto de 1.7 millones de dólares, no obstante, hoy por hoy maneja 6.5 millones y con la perspectiva de terminar el 2006 con 7.2 millones. La diferencia necesaria se financia con alianzas estratégicas. Bajo este modelo principal e integrador de los diversos actores sociales de la ciudad, la Dirección de Acción Social ejerce sus funciones por medio de ejes fundamentales que son: el fortalecimiento comunitario, productivo, organizacional, educativo y ciudadano.

A pesar que la Municipalidad de Guayaquil no tiene la competencia directa sobre el ámbito de la educación, la administración actual considera que la inversión en este rubro es prioritaria. Uno de los programas principales es el de Universalización Educativa que abarca varios subprogramas. El programa Más libros por ejemplo entrega textos escolares a escuelas fiscales, multiculturales, municipales y fiscomicionales. Para el 2006 dentro del cantón Guayaquil han sido atendidos a 194.000 niños. El incremento de cobertura desde el año 2005 es de veinte y un mil niños. Otro programa es el de Más Tecnología, que constituye pequeños laboratorios de informática, con red e Internet, y software de aprendizaje personalizado de matemáticas y lenguaje. En la actualidad existen como 300 escuelas beneficiarias y 60.000 niños que acceden a este servicio. Para ello la infraestructura escolar por medio de acciones de mejoramiento y construcción ha sido evidente, consiguiendo resultados en 300 unidades educativas, con 678 escuelas entre matutinas, vespertinas y nocturnas. Los programas de educación incluyen educación pedagógica, nutricional y para discapacitados.

En el tema específico de salud la Dirección de Salud e Higiene Municipal ha desarrollado desde 1992 campañas de prevención de enfermedades, fomento de la salud, así como atención y curación de las enfermedades por medio de las Brigadas Médicas, Odontológicas, Veterinarias y Dispensarios Médicos Odontológicos. Desde el año 2000 estas unidades de gestión se refuerzan y se unen al funcionamiento y creación de una red de unidades de primer nivel de complejidad que contemplan además clínicas móviles y hospitales

municipales del día e inspecciones higiénicas y sanitarias. Esta acción se consolidó para dar lugar al programa Más Salud amparado bajo la Ley de Régimen Municipal.

En materia de presupuesto la dirección maneja entre 6 -7 millones de dólares que equivaldría al 5% del presupuesto del Municipio más otros ingresos del municipio como el 25% de impuesto a la renta. Este presupuesto se dedica en su totalidad al programa Más Salud, dotándole de 5 hospitales, 36 unidades móviles, 7 dispensarios, un centro de salud, 129 médicos, 52 odontólogos, 61 auxiliares de enfermería entre otros. Más salud concentra su actividad en atención primaria y refieren pacientes a las unidades de mayor complejidad, en virtud de que la visión es referir a los pacientes a las unidades de acuerdo a su necesidad para que no exista el turismo en salud, ya mencionado anteriormente, y que mucho se debe a que el abanico de servicios no permite controlar a los pacientes para una atención geográficamente única y eficiente. En este sentido la Municipalidad es conciente que la infraestructura es esencial para coordinar pacientes versus servicios y, evitar la dispersión que implica ineficacia de gasto²⁸.

La infraestructura ayuda a cubrir lo que el MSP no logra y de aquí el hecho de que el municipio tiene más radio de acción. Adicionalmente, en virtud de que el programa es gratuito a cualquier nivel socioeconómico la atención ha llegado a ser nivel provincial y nacional.

Cuando en 1992 se iniciaron los programas sociales la gestión era muy precaria, pero actualmente se atiende a no menos de cien mil pacientes en consultas por mes. El programa se ejecuta por medio de fundaciones municipales y su estrategia operativa ha sido ubicar las unidades móviles de atención en las zonas deprimidas y vulnerables del cantón, en las cuales la población no dispone de acceso fácil a los servicios de salud. El despliegue se ejecuta en coordinación conjunta entre: el jefe de sección de control, promotores comunitarios y comunidad. De esta manera solo en el área rural se ha dotado de atención y educación en salud a 195 sectores que corresponde a las cinco cabeceras parroquiales y sus recintos. En cuanto a los hospitales del día, según la dirección, éstos han cumplido con el 100% en tanto las unidades móviles con el 88%.

El programa Más Salud no tiene relación alguna con otros programas que existen independientemente en la ciudad como por ejemplo el Programa de Aseguramiento Popular (PAP) y el Programa de Prevenir. Para la dirección el problema de la dispersión de los programas de salud tiene ocurrencia porque no existe una ley del estado que garantice la calidad y efectividad de la atención. Es decir que no existe una política de Estado que permita solucionar la atención en salud con visión de inversión. No hay el diseño de una red de salud, claramente definida. Por esta razón la dirección no reconoce, totalmente, la efectividad de las gestiones del CONASA. Guayaquil está en mira de establecer un Consejo Cantonal de Salud para hacer planes operativos anuales. De hecho se han creado mesas en la ciudad para desarrollar la idea a nivel inter-ciudadano como primera instancia. Éste órgano aún cuando ya posea políticas elaboradas legalmente no se encuentra constituido.

El municipio no asume la competencia en el área de salud pero si en turismo y medio ambiente. Y reconoce que las condiciones bajo las cuales asumiría la competencia en salud

²⁸ El Municipio hizo un convenio con el IESS. Por este convenio, el municipio otorgó \$USD 750.000 para dos dispensarios médicos del IESS (uno en el Sur y otro en el Norte). En un convenio adicional el Municipio se encuentra también construyendo un Hospital del Día para el Seguro Social.

dependerían de la disponibilidad de recursos o el modelo de financiamiento; pues estos recursos tienen que venir del Estado. Guayaquil estaría dispuesta a la competencia en salud si los recursos del Estado se despliegan y si se lo adjudica solamente para la administración. Es necesario mencionar el hecho importante de que el partido de extrema izquierda MPD (movimiento laboral), también mencionado anteriormente domina los sectores de la Salud y Educación y por ello el gobierno tiene siempre dificultades para lograr gestiones efectivas y más aún a nivel local.

Programa de Aseguramiento Popular

El Programa de Aseguramiento Popular (PAP) es un seguro de salud para todos los beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano que cobren el beneficio en el cantón Guayaquil y contempla la cobertura de todos los hijos menores a 16 años. El PAP tiene como objetivo procurar la implementación de planes de prevención y promoción de la salud que comprendan dos puntos principales:

- La generación de estrategias para el control de enfermedades, complicaciones y secuelas que desarrollan alto impacto social y económico.
- La generación de un dispositivo para reducir la incidencia e inclusive erradicar enfermedades altamente costosas para la sociedad.

Los Servicios del PAP excluyen especialidades y hospitalización y más bien se concentran en la atención primaria básica como: servicios médicos ambulatorios, servicios odontológicos, exámenes de diagnóstico básicos, medicina genérica necesaria para el tratamiento del paciente atendido y auxilio funerario. Al momento existen alrededor de 160.000 asegurados titulares de los cuales: el 80% son mujeres, 15% son adultos mayores y 5% son discapacitados; en adición, aproximadamente, 240,000 son hijos menores de 16 años. Los promedios mensuales tomando en cuenta, únicamente, el universo de adultos son: 16,000 consultas médicas, 9.413 citas odontológicas asignadas, 1.797 citas médicas prioritarias atendidas, de las cuales en el 93% se han entregado medicinas.

El PAP se financia con un dólar retenido mensualmente en cada pago del Bono de Desarrollo Humano, al que se le suma treinta centavos como aporte de la Municipalidad de Guayaquil por cada beneficiario. Para el despliegue preoperativo de los servicios del PAP, han existido dificultades en lo que se refiere a la red de prestadores junto con la base de datos de los beneficiarios. En lo que corresponde a la red de prestadores, los problemas se concentran en que: no existe un registro formal de los centros médicos calificados, la red identificada no cuenta con toda la infraestructura exigida, la dificultad de instaurar una nueva relación contractual por razones de estimación de la demanda esperada y los nuevos modelos de contratación. En lo que respecta a la base de datos de los beneficiarios, fuera de dificultades técnicas y confirmación geográfica de los beneficiarios, existe la carencia del perfil de salud de la población objeto.

No obstante, pese a las dificultades se han establecido ya acciones en lo que respecta a: a) la distribución de medicamentos que incluye: una garantía de stock permanente, almacenamiento adecuado, implementación de un lugar con las condiciones físico-atmosféricas de almacenamiento y despacho, implementación del sistema de información y control, implementación de sistema de abastecimiento de emergencia y b) el sistema de información para: el control de base de datos de beneficiarios, asignación de citas, admisión de pacientes y registro de actividades, manejo de historia clínica, control de medicamentos,

generación de reportes, médicos, financieros y estadísticos, generación de matrices, evaluación de las ejecuciones, atención al usuario, quejas, reclamos, satisfacciones y autorizaciones.

Fondo de Inversión Prevenir: Plan Municipal de Salud y Ahorro

El programa Prevenir constituye un fondo de inversión que crea un base de ahorro y salud. El fondo de ahorro tiene como objetivo incentivar la cuota inicial de una vivienda en virtud de que, generalmente, la población tiene capacidad de pago de las cuotas mensuales pero no para una cuota inicial. Junto con el fondo de ahorro se obtiene la ventaja de un plan de salud cuyas condiciones se establecen en la negociación pero que tiene un máximo de cobertura de veinte mil dólares.

Prevenir es administrado por la Administradora de Fondos y Fideicomisos del Municipio de Guayaquil (ADMUNIFONDOS) en este sentido es un programa municipal que tiene como finalidad incentivar el ahorro bajo las mejores condiciones de rentabilidad y seguridad y la posibilidad de acceder a planes de salud prepagada. La prestación de servicios se la realizó bajo concurso público. GENESIS es la administradora de fondos que ahora comercializa el producto Salud-Ahorro, administra las cuentas individuales y gestiona la recaudación del fondo; mientras que son las empresas ECUASANITAS y PLAN VITAL del Hospital de Alcivar las prestadoras de los servicios de salud.

El programa funciona mediante el depósito de un mínimo de \$USD 25,00 para ahorro mensual destinado a la compra de vivienda, más \$USD 11,50 para el Plan de Salud. Es decir un total de \$USD 36,50. Esta iniciativa pretende distribuir las inversiones en diferentes instrumentos y emisores para reducir el riesgo e incrementar los niveles de seguridad del ahorro.

Los beneficiarios de este programa deciden la forma de ahorra y el tiempo en que lo hacen de acuerdo a sus planes personales de compra de vivienda. El plan de salud incluye a la familia por el pago de valores adicionales tal como se muestra en la Tabla 6.20; y en todos los niveles de atención como: consulta médica general, consulta médica especializada, exámenes de laboratorio e imagen, medicamentos genéricos, cirugía, emergencias, tratamientos periódicos, gastos de hospitalización y cáncer.

Tabla 6.20
Prevenir: Plan en Salud

Edad	Inversión Fondo	Costo Plan	Subtotal por	Total por
		de Salud	Persona	Cuenta
Adulto 18.49 años, solo	mínimo \$ 25	\$ 11,50	\$ 36,50	\$ 36,50
Adulto 18.49 años	mínimo \$ 18 (c/u)	\$ 11,50 (c/u)	\$ 29,50	\$ 59,00
+ Cónyugue				
Adulto 18.49 años	mínimo \$ 18	\$ 11.50	\$ 29,50	\$ 49,50
+ Hijo Menor de 18 años	(adulto) + mínimo \$ 12 (hijo)	(adulto) + \$8	(adulto) + \$20 (hijo)	
Adultos 50-65 años	mínomo \$ 40,00	\$ 27,00	\$ 67,00	\$ 67,00

Fuente:Prevenir, 2006

Finalmente, el programa prevenir está dirigido a la población, media y baja. Para octubre del 2006 se ha logrado contar con 300 afiliados en una semana, estimando que para fines de año la cifra alcance los tres mil. El fondo de vivienda pretende ser invertido en papales con garantía hipotecaria para generar rentabilidades mayores a las que normalmente se encuentran en las instituciones financieras del mercado. La Tabla 6.21 muestra la dinámica de ahorro.

Tabla 6.21
Prevenir: Fondo para Vivienda

Aportes	Rentabilidad	3 años	6 años
\$ 25	6,5%	\$ 1.020	\$ 2.352
\$ 50	6,5%	\$ 2.039	\$ 4.705
\$ 75	6,5%	\$ 3.059	\$ 7.057
\$ 100	6,5%	\$ 4.078	\$ 94.410

Fuente: Prevenir, 2006

Hasta Febrero del 2007 el promedio de la rentabilidad proyectada es de 3,5% como promoción de lanzamiento y hasta ese período el dinero es invertido en certificados de depósito a plazo. Siendo la directriz del fondo el ahorro a largo plazo, solamente una vez cumplidos los seis años de ahorro, el beneficiario podrá hacer uso de la totalidad de los fondos capitalizados a través del retiro. Al tercer año sólo el 50% de retiro es permitido y se lo dirige exclusivamente a la compra de vivienda por medio de la transferencia hacia la inmobiliaria.

Capítulo 7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

El sistema ecuatoriano de seguridad social, concentrado históricamente alrededor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como principal institución gestora, representa uno de los bastiones más importantes en el desarrollo económico y social del Ecuador. No obstante sus progresos a lo largo del tiempo, enfrenta grandes desafíos.

La misión de cualquier sistema de seguridad social es brindar protección social frente a los riesgos sociales reconocidos internacionalmente en el ámbito de la protección social; la baja cobertura de la seguridad social atañe directamente al cumplimiento de la misión del sistema, y por ende, en el caso del Ecuador constituye para la Oficina Internacional del Trabajo, OIT, la principal preocupación.

Sin lugar a dudas el reto principal que enfrenta la seguridad social en el Ecuador es la baja cobertura lograda, pues lejos de mejorar, durante los últimos años ha tendido a deteriorarse hasta alcanzar niveles preocupantes. Este problema, junto con otros relacionados con el financiamiento y la gestión, configuran un panorama que compromete la sostenibilidad política y económica del actual modelo de seguridad social.

Una conclusión general que se deriva del presente estudio tiene que ver con la necesidad de replantear por completo el enfoque o modelo de la seguridad social, con la idea de avanzar hacia un esquema alternativo y más moderno. En un nuevo enfoque de la protección social, el ámbito de acción institucional habría de abarcar otras instituciones y programas hasta ahora han venido jugando un papel relativamente marginal en el sistema nacional de protección social; así también, habría de plantear modificaciones sustanciales en las estrategias de financiamiento, acorde con la necesidad de incorporar en la cobertura a toda la población ecuatoriana.

Más allá de la necesidad de mejorar las estructuras, los procesos y los sistemas de apoyo a la gestión, los cuales sin duda son vitales para el logro de los objetivos de cualquier sistema de seguridad social, la modernización de la seguridad social tiene que ver principalmente con la introducción de modificaciones en el enfoque programático y en el financiamiento.

Las conclusiones de este trabajo se organizan en siete grandes apartados, a saber: a) principales desafíos estratégicos del sistema, b) la cobertura del IESS, c) Problemas en la gestión del IESS comunes a todos los programas, d) Seguro de Salud, e) Seguro de Pensiones, f) Seguro de Riesgos del Trabajo, y g) Seguro Social Campesino.

A. Principales desafíos estratégicos del sistema nacional de seguridad social

En el plano más general de las políticas públicas de protección social, el sistema ecuatoriano de seguridad social enfrenta una serie de desafíos principales:

- i) Baja cobertura.** La falta de capacidad del sistema para hacer llegar la protección social a las grandes mayorías de población ecuatoriana, es el desafío más importante que deberá enfrentar el país para consolidar un sistema de seguridad social eficaz, solidario, y universal. El avance hacia la universalización de la seguridad social es una aspiración de todos los sectores sociales, que demandará un replanteamiento del enfoque general acerca de cómo se aborda la cobertura, tanto a través de esquemas contributivos como no contributivos. Las conclusiones específicas relacionadas con la baja cobertura, incluyendo sus determinantes más importantes, están resumidos en un apartado específico de este capítulo de conclusiones.
- ii) Focalización del financiamiento estatal.** La participación del Estado en el financiamiento de los programas de seguro social solo podría estar justificada en la medida en que garantice un impacto redistributivo progresivo, es decir, que cause transferencias desde los grupos de más altos ingresos a los más vulnerables. Dado que los grupos socialmente más vulnerables no están incorporados al IESS, a excepción de los cubiertos por Seguro Social Campesino -para el que el financiamiento actual es exiguo e insuficiente- y por el contrario, la población protegida por el IESS corresponde básicamente a los empleados públicos y los asalariados de la economía formal, los fondos que actualmente destina el Estado para subsidiar al IESS generan un efecto redistributivo inverso o regresivo, especialmente en el caso del financiamiento de las pensiones. Por lo tanto, es preciso buscar alternativas de rediseño del sistema de seguridad social en las que los recursos del Estado se canalicen exclusivamente a financiar la protección social de los grupos actualmente excluidos de la protección social, incluyendo la consideración de subsidios de las cuotas para los trabajadores independientes de bajo ingreso, y hacia el financiamiento de prestaciones no contributivas en salud y pensiones.
- iii) Modelo de representación política.** En las instituciones de seguridad social se pueden distinguir dos ámbitos de gestión: la función de gobierno, correspondiente a la rectoría o emisión de políticas, que de acuerdo con el Convenio 102 de OIT idealmente es de carácter tripartito; y por otra parte la función gestora en el ámbito operativo o administrativo. Históricamente estas dos funciones han estado entremezcladas en el IESS, lo que ha generado un modelo de representación política tripartita que “invade” la administración. Los distintos actores sociales reconocen que el IESS es una Entidad politizada en el nivel administrativo, al extremo de que existen ámbitos de poder político que condicionan repartos de poder en la función administrativa. Este modelo de cuotas de poder a nivel administrativo, es altamente nocivo y explica gran parte de las falencias del IESS en otros ámbitos de la gestión. Desde el punto de vista de OIT, el IESS habría de seguir teniendo un órgano de gobierno tripartito, como es el Consejo Directivo, pero debe buscar la forma de aislar esta función de la de administrar las prestaciones.
- iv) Rectoría, supervisión y regulación.** La seguridad social en el Ecuador carece de un mecanismo de rectoría global, situación que condiciona un enfoque de políticas de protección social disperso y desarticulado, especialmente en el ámbito de la seguridad social en salud, donde coexisten la rectoría en salud a cargo del Ministerio de Salud

Pública, la rectoría de la seguridad social en salud encargada al Consejo Directivo del IESS y la incipiente pero necesaria gestión los gobiernos municipales. Si bien el Consejo Directivo del IESS funge como órgano de gobierno de la seguridad social, esta función está limitada al ámbito de dicha Institución, es decir, está circunscrita a un concepto limitado de seguridad social.

Por otra parte, mediante la reforma del año 2001, el país dio pasos importantes para mejorar la regulación y supervisión del sistema de seguridad social, al crearse una Intendencia de Seguridad Social adscrita a la Superintendencia de Banca y Seguros. El principal logro de la Intendencia ha sido desarrollar actividades de control, supervisión y regulación otrora ausentes en el sistema, y que en el pasado han permitido a los gestores del IESS actuar sin necesidad rendir cuentas en el orden técnico-administrativo; al respecto, existe un reconocimiento general en el sentido de que la Intendencia ha obligado al IESS a guardar cierto orden en algunos ámbitos de la gestión. Se ha señalado, inclusive, la injerencia de dicha Entidad externa al IESS en asuntos (administrativos) más allá de su competencia, situación que parece normal durante un periodo inicial de ajuste donde las distintas instituciones deben reconocer la aparición de nuevos actores y aceptar un nuevo orden en la repartición de papeles. No obstante, el accionar de este esquema durante estos años, aunque con logros, plantea la necesidad de darle un sustento propio y autónomo a la función de superintendencia, emancipándola del sector financiero, y fortaleciendo su posición política y capacidad técnica, de cara a la compleja función –política, técnica, administrativa- que le toca desempeñar. Cabe destacar que la adscripción de la Intendencia de Seguridad Social a la Superintendencia de Banca y Seguros, implica conflicto de intereses en cuanto a la gestión de inversiones (colocación de fondos), en su calidad de entidad encargada de la regulación y supervisión de inversiones desde el ámbito financiero-bancario (emisión de instrumentos de inversión).

- v) **Sostenibilidad económica en el largo plazo.** La posición financiera-actuarial del Sistema de Pensiones del IESS es sumamente crítica, pues muestra pasivos actuariales de magnitudes económicas muy significativas, situación que empeorará de no tomarse medidas contundentes de reforma.

El Seguro de Salud Individual y Familiar viene operando con condiciones financieras relativamente tensas. Por un lado, el inminente proceso de envejecimiento de la población ecuatoriana y su impacto en el perfil de demanda de servicios de salud, elevará los costos futuros del programa, y por otra parte, la necesidad de ampliar la acción protectora en salud a la familia, son dos factores que presionarán hacia mayores necesidades de financiamiento. Una estrategia indispensable para solventar en parte las necesidades que plantean estos procesos, tiene que ver con el cambio de enfoque del modelo de atención en salud; un modelo más preventivo y promocional puede permitir reducciones significativas de necesidad de recursos adicionales, pues prevenir es más barato que curar.

B. Cobertura

Como se señaló, la baja cobertura poblacional es el principal problema que enfrenta la protección social en el Ecuador, de manera que dedicamos un apartado de las conclusiones para resumir los principales problemas y retos.

- i) **Cobertura contributiva.** La falta de acceso a cobertura de la seguridad social representa para millones de ecuatorianos una pesada carga económica y social que

retroalimenta la marginación y la pobreza. Más de 11 millones de ecuatorianos y ecuatorianas se encuentran desprotegidos por la seguridad social, esto es, el 85% de la población total. Medida como porcentaje de la PEA, el 23% de los trabajadores acceden a la seguridad social; a largo plazo esto constituye una grave preocupación, pues es posible que la proporción de trabajadores que no logren consolidar una prestación jubilatoria sea mucho mayor.

En el contexto del envejecimiento poblacional ecuatoriano, los actuales déficit de cobertura contributiva implicarán la formación de un pasivo social de grandes dimensiones, que vía las prestaciones no contributivas redundará en graves consecuencias fiscales; esta es otra justificación importante para abocarse a incrementar la actual cobertura contributiva.

A nivel de América Latina Ecuador se ubica entre los países de más baja cobertura contributiva de la seguridad social, incluso por debajo de países que poseen similares niveles de economía informal como es el caso de Colombia, lo cual es un signo de que existe un margen suficiente para extender la aplicación de la cobertura legal vigente, en el corto plazo al menos a la población asalariada.

La falta de cobertura discrimina en contra de los trabajadores de más bajo ingreso: el 20% más pobre de la población concentra el 9% de afiliados, mientras que el quintil superior de ingresos concentra el 37% de la afiliación. Este fenómeno también tiene su manifestación geográfica, dado que la cobertura es sustancialmente más baja en las provincias más pobres.

De un total nacional de 3.1 millones de trabajadores asalariados, los empleadores están incumpliendo con el aseguramiento y las cotizaciones de 2 millones de personas; este problema afecta tanto la economía formal como la informal, y alcanza a prácticamente todas las actividades económicas y tamaños de empresas, pero en mayor medida a las micro y pequeñas empresas.

La experiencia internacional muestra que es sumamente factible obtener aumentos en el aseguramiento contributivo en plazos relativamente cortos, en sectores tales como la mediana empresa agrícola, el comercio (para todos los tamaños de establecimiento), la mediana construcción y en las industrias manufactureras medianas y grandes. Para ello se requiere fortalecer la organización e inteligencia institucional en el control contributivo, combatir la evasión por medio de mayores recursos de inspección y mejorar sustancialmente la plataforma tecnológica que apoya estas funciones.

Cobertura pensionaria de adultos mayores. Debido a la baja cobertura contributiva histórica de la fuerza de trabajo, la proporción de adultos mayores que llega a consolidar un derecho jubilatorio apenas alcanza el 11% de la población mayor de 65 años. La desprotección social del 90% de los adultos mayores, también limita su acceso a cobertura de seguro de salud y condiciona sus índices de pobreza. Los programas asistenciales de combate a la pobreza, tales como el *Bono de Desarrollo Humano*, son insuficientes para paliar con esta realidad, y la actual falta de cobertura contributiva de los trabajadores agravará en el futuro cercano esta situación. Se evidencia, por lo tanto, una necesidad de desarrollar las pensiones no contributivas como nuevo instrumento de la seguridad social para el combate a la

pobreza, basado en el enfoque de derechos, el que podría desarrollarse a partir de una transformación del Bono de Desarrollo Humano.

Cobertura de trabajadores no asalariados. La cobertura del IESS de la población no asalariada –que comprende trabajadores independientes, patronos y socios, y trabajadores familiares no remunerados–, es sumamente baja. Esto no es casual y obedece en gran medida a dos factores: a) inexistencia de un régimen de seguridad social cuya estructura programática atienda a las necesidades y posibilidades de este grupo, y b) el carácter voluntario de la afiliación de esta población. En su lugar, una estrategia de universalización de la seguridad social habría de considerar, indefectiblemente, la obligatoriedad de la afiliación para toda la fuerza de trabajo, asalariada y no asalariada, y la creación de regímenes de aseguramiento (financiamiento y prestación de servicios) adecuados a dicha población. La experiencia internacional demuestra que la incorporación de dicho grupo en los regímenes generales, es prácticamente imposible, y puede concebirse únicamente como un estadio final de la universalización.

Cobertura familiar en salud. La exclusión en seguridad social afecta en mayor medida a las mujeres y a los niños, y las inequidades de género se repiten en prácticamente todos los grupos de edades. Ecuador se ubica dentro de los ocho países de Latinoamérica donde el Seguro Social no brinda cobertura completa a los hijos del asegurado hasta los 18 años, sino que se restringe la cobertura de los hijos del titular asegurado; junto con República Dominicana es el país de Latinoamérica donde más limitada está la cobertura legal de los hijos (hasta el primer año de vida).

ii) Evasión. Una estimación para el año 2005 arroja una evasión anual del orden de los US\$1,006 millones, de los cuales US\$228 corresponderían a evasión por subdeclaración de salarios y US\$778 a evasión por no aseguramiento. La evasión en los seguros de salud, pensiones IVM y riesgos del trabajo, representa aproximadamente el 92% de los ingresos por cuotas y el 78% de los ingresos totales del IESS. En términos económicos, la evasión de cuotas se concentra en dos extremos: trabajadores en la micro empresa, de menos de cinco empleados, y trabajadores de empresas de 20 y más empleados, probablemente con mayor concentración hacia empresas medianas y grandes.

iii) Afiliación, recaudación y control contributivo. La falta de aplicación de la cobertura legal a la población asalariada y la evasión asociada, obedecen al menos a tres tipos de factores: i) deficiencias en el marco jurídico para garantizar un nivel adecuado de compulsión, ii) debilidades institucionales en la gestión de la afiliación, la recaudación y el control contributivo, incluida la inspección de la seguridad social, y iii) falta de incentivos a la contribución.

La legislación ecuatoriana es omisa en cuanto a la definición de un régimen claro de faltas y sanciones dirigido a los empleadores que incumplen el deber de asegurar a sus trabajadores; esta situación coloca en desventaja competitiva a las empresas responsables socialmente que sí cumplen con la afiliación y pago de aportes. En este trabajo se propone la tipificación de una serie de faltas relacionadas con la evasión, pero en todo caso se requieren medidas complementarias para que garanticen la aplicación del marco jurídico.

La afiliación, recaudación y control contributivo constituyen una de las áreas más rezagadas de la administración del IESS, lo cual no va de la mano con los progresos recientes logrados en otras áreas. La Institución no cuenta con políticas en ese campo, situación que afecta el accionar de los programas como un todo; esta laguna incide negativamente en el nivel de financiamiento y por ende en la capacidad para entregar más y mejores prestaciones.

Los tres problemas principales en este campo tienen que ver con la baja jerarquía que ocupan las funciones de recaudación y control contributivo, la ausencia de mecanismos de coordinación con los servicios de inspección del Ministerio de Trabajo, y quizá lo más determinante: la inexistencia de servicios de inspección propios del IESS, que fueron eliminados con las reformas de principios de la década.

Cabe destacar que los temas de afiliación, recaudación y control contributivo se gestionan básicamente a nivel de las direcciones provinciales, sin articulación sistémica ni organizativa central, pues en cada Dirección Provincial opera un área de afiliación y control patronal; este es un problema que puede resolverse mediante la creación de una Dirección en el nivel central, especializada en desarrollar dichos procesos.

Las reformas a la seguridad social introducidas en el 2001, lejos de favorecer el fortalecimiento de la inspección de la seguridad social, la debilitaron reduciéndola a su mínima expresión. Dado que los servicios de inspección del Ministerio de Trabajo históricamente han sido sumamente débiles, es conveniente que la seguridad social restablezca su propio sistema de inspección. Es muy importante no caer en la tentación de tratar de resolver este vacío por la vía de la consolidación de la inspección laboral con la fiscalización tributaria; esta sería una estrategia errónea, pues confunde la “formalización laboral” con la “formalización tributaria”, lo cual podría tener implicaciones muy negativas especialmente para garantizar la cobertura de la micro y pequeña empresa.

Desde el punto de vista del interés de los empleadores, es indispensable avanzar hacia un esquema con mayor aplicación de la legislación vigente sobre cobertura. En la medida en que un grupo de empresas incumple con los deberes de inscripción de trabajadores y pago de aportes, y tal situación es tolerada por el sistema, ello coloca en desventaja competitiva a los empleadores que sí cumplen con su responsabilidad social de afiliación y pago de las contribuciones sociales.

C. Otros problemas en la gestión del IESS comunes a todos los programas

El IESS es la institución de seguridad social más importante del país, de modo que el desempeño de su gestión tiene un efecto importante sobre los objetivos del sistema de seguridad social. El Diagnóstico ha permitido identificar algunos problemas en la gestión del IESS que son transversales a los diferentes programas que administra; los problemas referentes a la afiliación, recaudación y control contributivo, ya fueron abordados en el punto anterior.

- i) Centralismo administrativo.** Pese a las reformas recientes y a la intención de avanzar hacia un modelo de gestión desconcentrado, los cuales se han plasmado en algunos avances relevantes, lo cierto es que hoy día el modelo de gestión del IESS

sigue siendo altamente centralizado, especialmente en los ámbitos de recursos humanos y adquisiciones. Esto contrasta con la ausencia en el Nivel Central de cierto conjunto de funciones que sí demandan una visión global y centralista, como lo es el caso de los sistemas y políticas de recaudación y control contributivo a nivel de toda la Institución.

La desconcentración del IESS, así como de las otras instituciones de protección social, es indispensable no solo desde el punto de vista de la necesidad de “agilizar” y hacer más eficientes y eficaces ciertos procesos críticos que condicionan la calidad y la eficiencia (adquisiciones, nombramientos, inversión en infraestructura y equipamiento, entre otros), especialmente en la gestión de servicios de salud, sino también porque permitiría repartir el poder y en gran medida romper con el dañino modelo de cuotas políticas.

- ii) Calidad e imagen.** Durante los últimos años el IESS ha venido realizando progresos en la gestión, pero aún persisten serias falencias administrativas que deterioran la imagen de la Entidad y minan la confianza pública: áreas críticas tienen que ver con la prestación de servicios médicos, afiliación, recaudación y trámite de prestaciones económicas. Es indispensable que las instituciones de seguridad gocen de la mejor imagen y confianza pública posible, reconociendo que siempre será difícil lograr niveles de aprobación total. La falta de confianza es uno de los obstáculos más importantes que afronta el IESS, pues incide negativamente sobre los incentivos a la afiliación y a la participación contributiva, tanto por parte de los trabajadores como de los empleadores.
- iii) Dispersión de esfuerzos directivos y gerenciales.** Normalmente las instituciones de seguridad social de alcance nacional, como el IESS, son grandes y complejas. La Entidad tiene como misión administrar cuatro tipos de programas/prestaciones principales (salud, pensiones, riesgos del trabajo y prestaciones económicas) que por sí mismos implican un alto grado de complejidad. No obstante, en forma paralela el IESS ha incursionado en un conjunto de actividades conexas, cuya naturaleza hace que se distraigan gran parte de sus esfuerzos de dirección y gerencia. La existencia de estas otras actividades perjudican el logro de la misión central, y peor aún, en algunos casos ocasionan pérdidas económicas; destacan entre ellas los préstamos quirografarios e hipotecarios, y las inversiones en activos fijos y en empresas (v.g. hotelería); estas actividades son atípicas de las instituciones de seguridad social y alejan al IESS de su misión.
- iv) Énfasis directivo y gerencial en la gestión operativa de servicios, y escasa atención a la función aseguradora.** Las instituciones de seguridad social que como el IESS administran redes propias de prestación de servicios de salud, corren el riesgo de auto percibirse principalmente como entidades prestadoras de servicios de salud antes que como entidades gestoras de seguros. Los procesos centrales a los que debe abocarse una institución de seguridad social, tienen que ver con las estrategias para aumentar la afiliación y el control contributivo (cobertura poblacional como misión crítica), así como a realizar la administración de riesgos de los programas que administra. Sin embargo, actualmente estas funciones juegan un papel secundario en el IESS, y las autoridades y el nivel gerencial están más enfocados en la gestión operativa de la red de servicios médicos, lo que aunado al enfoque centralista y a la diversidad de actividades conexas que ya se mencionaron, concentran la mayor parte

de los esfuerzos directivos y gerenciales. Aunque la reforma del año 2001 estableció la separación de funciones y afinó una estructura organizativa por programas separados, en la práctica no se ha dado dicha separación de funciones, y al interior de los programas dicha separación no se logra asimilar y aplicar. Hacia el futuro, el desarrollo del sistema de seguridad social demanda cambiar este énfasis, para asignarle prioridad a las actividades de gestión medulares de un asegurador: aseguramiento y gestión de riesgos.

- v) **Tecnologías de información.** El IESS carece de un Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) que le permita clarificar su modelo de gestión informática. Actualmente la gestión informática de la Institución está distorsionada y sesgada fuertemente hacia la función prestadora de servicios médicos, lo que causa un descuido en el desarrollo de los sistemas informático para la función aseguradora. Este énfasis debe ser modificado e invertido, para enfocarse a la gestión de los procesos de afiliación, recaudación e historia laboral, así como al control y administración central de riesgos. La visión centralista de gestión de los servicios médicos, incluyendo la administración de la plataforma informática, ha de variarse con el fin de que el desarrollo de los servicios informáticos hospitalarios y clínicos en general se transfiera hacia los gestores locales; esto no implicaría, para el nivel central del IESS, abandonar su rol normativo y de planificación central de las tecnologías de información.

Por otra parte, un Plan Estratégico de Tecnologías de Información permitiría a la Institución dimensionar con mayor precisión el nivel de inversiones requerido para enfrentar exitosamente los retos de la informatización. Todo parece indicar que gran parte de las falencias informáticas que padece el IESS, no se deben a la falta de recursos, sino que obedecen a la falta de capacidad institucional para el dimensionamiento de los proyectos de inversión informáticos y a la carencia de una estrategia de informatización.

- vi) **Separación financiera -costeo actuarial de los programas.** Aunque la reforma legal del 2001 planteó explícitamente la separación financiera y administrativa a nivel de programas y prestaciones, en la práctica este proceso no se ha consolidado. Se dieron pasos firmes en esa dirección, pero existen fuertes evidencias de que dicha separación requiere profundizarse, para reflejar los ingresos y gastos reales de cada programa. En la práctica hay subsidios cruzados fuertes entre los seguros de Salud y Riesgos del Trabajo, y entre el primero y el Seguro Social Campesino; lamentablemente ello no está reflejado en los estados financieros; para lograrlo se requiere realizar un costeo actuarial de cada programa, con aplicación permanente, y establecer metodologías de ajustes técnicos a los estados financieros.

Existen algunos otros problemas en la gestión financiera-contable, que están detallados en el cuerpo del presente informe.

- vii) **Transparencia en el acceso a información.** El IESS es una institución pública, y como tal habría de estar obligada a suministrar al público la información que administra, con excepción de los registros individuales de los afiliados y empleadores, cuya confidencialidad debe garantizarse. Actualmente solo una pequeña parte de la información se publica a través de boletines y del sitio Web institucional, y la información contenida en estos medios tiene un desfase

considerable, y se hace difícil acceder a información estratégica por otras vías. En aras de cumplir con objetivos de transparencia en la información, habría de garantizarse el acceso al público de información oportuna (idealmente con no más de algunos meses de desfase), sobre: inversiones, reservas, afiliación, cotizaciones, estados financieros detallados (excepto detalle de transacciones individuales) por programa, presupuestos por programa, activos fijos e infraestructura y recursos humanos, entre otros.

Óptimamente, esta información podría complementarse con un sistema de indicadores institucionales que permita a los diferentes actores tripartitos y a la sociedad civil en general, realizar el seguimiento del desempeño institucional por grandes áreas y programas.

viii) Gestión de inversiones. Durante los últimos años el IESS ha venido dando pasos importantes orientados al mejoramiento de la gestión de las inversiones, y al aumento de la participación en el mercado bursátil. Se han documentado aumentos notables en el portafolio global de inversiones y durante los últimos años se observan mejorías notables en las tasas de rentabilidad de las inversiones, aunque no necesariamente en la rentabilidad de las reservas técnicas. Estos logros están directamente asociados al establecimiento de la Comisión Técnica de Inversiones, así como por el accionar de las funciones de supervisión y regulación que viene ejerciendo la Superintendencia de Bancos y Seguros, a través de la Intendencia Nacional de Seguridad Social.

El carácter tripartito de la Comisión Técnica de Inversiones, limita su pretensión de desempeñarse como un órgano de naturaleza técnica.

Entre el 2000 y el 2006 el portafolio global de inversiones se multiplicó por doce veces, en términos nominales (en US\$), lo cual está en gran parte explicado por el aumento de inversiones en renta fija, que representan casi el 70% del total de inversiones.

Las inversiones no privativas, presentan un severo problema legal, que restringe su flexibilidad y eficiencia: según la ley, el 50% de cada inversión debe colocarse en la Sierra y el 50% en la Costa, lo cual hace que cada región imponga condiciones monopólicas en su propio mercado regional; estas condiciones históricamente han tendido a limitar la eficiencia, pues restringen la libre movilidad de las colocaciones hacia aquellos instrumentos de mayor eficiencia, seguridad y rentabilidad en cada momento del tiempo. Este es un problema que ha de solucionarse cuanto antes, porque perjudica directamente a los afiliados al IESS.

A lo anterior se suma el hecho de que el mercado privado de valores está escasamente desarrollado, y que del total de inversiones del IESS, la ley manda a destinar inversiones de hasta el 50% al sector público y el 50% restante al sector privado. En consecuencia, los montos que no se pueden colocar por falta de oferta de títulos valores, van directamente a las cuentas del Banco Central a constituir un activo de caja relativamente poco productivo, que aún con la enmienda normativa realizada a finales del 2006 le produce al IESS una rentabilidad real negativa.

El IESS realiza una fuerte inversión en bienes inmuebles, donde se mantiene un gran número de activos (terrenos, entre otros) en condiciones jurídicas difíciles, en gran

medida adquiridos en la ejecución de procesos coactivos, pero que cuya posesión genera pérdidas financieras. Es importante buscar algún mecanismo para que la Institución se desprenda de la mayor cantidad posible de estas “inversiones”.

Otros problemas que se observan en el campo de las inversiones son: a) elevados niveles de reserva en inversiones en el Seguro de Salud, que contradice el régimen financiero de reparto bajo el cual funciona este programa; b) baja importancia relativa y absoluta de las inversiones (reservas) del Seguro de Riesgos del Trabajo, lo que no parece estar acorde con las necesidades de capitalización para financiar prestaciones pensionarias futuras (sistema de capitalización intermedia de reparto de capitales de cobertura); c) plazos de las inversiones, por programa, aparentemente no compatibles con la naturaleza de los pasivos prestacionales (salud, pensiones, riesgos del trabajo, fondos de reserva).

- ix) Deuda del Estado.** La falta de cumplimiento en las obligaciones del Estado es uno de los problemas crónicos que mayormente han afectado al IESS; sin dudas es uno de los principales factores determinantes de la situación financiera y actuarial de la Entidad, pasada y presente, en especial en lo que se refiere al equilibrio del Seguro de Pensiones IVM. A este problema se suma la evasión contributiva del Estado, ocasionada por el sub reporte de empleados y la subdeclaración de salarios.

Del total de activos de pensiones se estima que un 47% corresponde a deuda del Estado, de modo que es indispensable que se cancele la deuda, de lo contrario será imposible para el IESS cumplir a cabalidad con sus obligaciones por concepto de pasivos pensionarios a los actuales afiliados; así también, esto afectaría negativamente los montos de los beneficios en curso de pago, la capacidad institucional para su revalorización, y la capacidad para expandir la cobertura a nuevos grupos de población.

Existe una controversia entre el IESS y el MEF alrededor de la metodología de valuación de la deuda del Estado; los planteamientos del IESS parecen ser razonables, pero en cualquier caso le tocaría al Estado, en calidad de garante financiero de la seguridad social, asumir las consecuencias financiero-actuariales de cualquier decisión que se tome.

D. Seguro de Salud Individual y Familiar

- i) Logros y avances recientes.** Destacan como logros de los últimos años los avances en el proceso de desconcentración, aún incipiente, pero con resultados favorables; así también se produjeron mejoras en el control de la gestión local, originadas en resoluciones diversas del Consejo Directivo, que permitieron establecer indicadores de rendimiento, producción y costos, y obligar a las unidades asistenciales a elaborar un plan operativo y un plan estratégico. Por otra parte, la Intendencia de Seguridad Social aprobó los catálogos de cuenta, para generar partidas presupuestarias para las unidades médico-asistenciales. Se ha avanzado en el objetivo de dotar de mayores recursos a las actividades de primer nivel de atención, un paso indispensable para la buena salud de los asegurados y del IESS.

En el campo de la contratación local, se han dado procesos de capacitación al nivel local, lo que ha permitido que una significativa proporción de unidades hayan

iniciado por su cuenta procesos de equipamiento, con la asistencia del nivel central. Así, varias resoluciones recientes del Consejo Directivo han permitido ir generando un cambio favorable en el proceso de adquisición de equipo, principalmente.

Otros logros importantes tienen que ver con el reconocimiento de una percepción favorable de los avances por parte de los gestores locales y del nivel central. También, como resultado de la introducción del sistema de Historia Laboral se han producido mejoras en los procesos de verificación-acreditación de derechos, con acceso en línea desde los centros asistenciales. En el campo de la administración presupuestaria también se han producido avances sustanciales, que han generado mejoras en el control de la ejecución presupuestaria, lo que suscita opiniones favorables en los gestores, particularmente respecto a que ahora poseen mayor flexibilidad para realizar modificaciones presupuestarias y mayores facilidades para la ejecución local.

Mediante inversiones recientes en tecnologías de información, se ha hecho posible que los empleadores tengan acceso remoto por Internet para hacer operaciones de registro y realizar trámites de pago. Con la actual plataforma Web, los afiliados también tienen acceso para consultar sus cuentas individuales, y para tramitar ciertas prestaciones y servicios; por ejemplo, hay acceso vía Web al préstamo quirografario y al módulo de créditos.

Pese a todos estos cambios, los mismos gestores de nivel central y de las unidades médico-asistenciales reconocen la necesidad de profundizar las reformas; así también, en algunos ámbitos de la administración existe escepticismo sobre los verdaderos avances.

Por otra parte, hay un amplio reconocimiento a nivel de los cuadros técnicos del IESS, en el sentido de que aún la Entidad aún no ha desarrollado un sistema integrado de gestión financiera, que persisten inflexibilidades para gestionar el presupuesto, y que no se logra romper con el concepto de presupuesto centralizado. Algunos otros problemas que no logran resolverse son la ausencia de control de la incidencia y gastos en enfermedades catastróficas, control de ejecución y gasto de los medicamentos, análisis y control epidemiológico y de carga de enfermedad, entre otros temas estratégicos para cualquier aseguradora en salud.

- ii) Financiamiento.** Desde el 2001 la ley manda a elevar el financiamiento del Seguro de Salud Individual y Familiar al 10% de la planilla; a pesar de la urgencia de esta reforma, aún no se concretiza. En función de la experiencia internacional, el actual financiamiento del 3.41% destinado a financiar los servicios de salud, es a todas luces insuficiente. La distribución actual del financiamiento vigente del 5.71% para el SGS, debe revisarse, pues no refleja la realidad financiero-actuarial del Programa.

El aumento de la tasa de cotización previsto en la legislación vigente es indispensable para extender la cobertura familiar, incluso hasta los hijos menores de 18 años, o al menos hasta los 15 años como lo establece el Convenio 102 de OIT; sin duda, esta reforma representaría uno de los mayores avances en la modernización del sistema de seguridad social ecuatoriano. Este paso es factible, dado que el aumento en los costos no sería proporcional a la mayor población incorporada; y puede adoptarse en la medida que se programe una gradualidad en el aumento de las cotizaciones, para que

los empleadores y trabajadores puedan a su vez planificar y programar la aportación adicional requerida.

Se estima que la extensión de la cobertura familiar a las cónyuges y a los hijos(as) hasta los seis años de edad, permitiría integrar al IESS en el corto plazo a cerca de 550 mil niños y niñas, y a más de 500 mil cónyuges (mujeres) de titulares; es decir, la cobertura podría aumentar en cerca de 1 millón de personas.

Si la cobertura se extendiese a todos los hijos(as) menores de 18 años, se estima que se podrían incluir a la cobertura del IESS 1.5 millones de niños y niñas, que junto con las cónyuges de titulares, aumentaría la cobertura en cerca de 2 millones de personas.

- iii) Situación financiera reciente.** La evolución financiera reciente del IESS presenta un superávit de operación, pero los excedentes como porcentaje de los ingresos han venido disminuyendo en los últimos años.

En función del método de reparto bajo el cual funciona el Seguro de Salud Individual y Familiar, el superávit mostrado se puede calificar de elevado. En los últimos años los ingresos por aportes y contribuciones al SGS han subido considerablemente, escenario que ha permitido más que duplicar el gasto corriente. El costo bruto del Seguro pasó de 3.4% en el 2002 a 4.6% en el 2005; situación que no llega a afectar el equilibrio financiero, pues por ejemplo en el 2005 los gastos alcanzaron a representar apenas el 83% de los ingresos.

El gasto capitado por asegurado del Seguro de Salud Individual y Familiar, una vez corregidos algunos problemas de subsidios con los otros programas administrados, se estima en US\$123 anuales. Esta representa una posición intermedia en el contexto latinoamericano, superada por países como Chile, México y Costa Rica, pero superior al de otros países como Perú, Bolivia, y Honduras.

- iv) Modelo de asignación de recursos en salud.** Las previsiones legales para aplicar un modelo de asignación de recursos en salud de tipo prospectivo, basado en un contrato con cada unidad asistencial en salud, aún no llegan a aplicarse y continúa vigente la asignación de base histórica, que por su naturaleza se conoce que es ineficiente e ineficaz. La introducción de tales contratos es un imperativo para instrumentar la separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios que prevé la ley.
- v) Modelo de atención en salud.** En el IESS sigue prevaleciendo un enfoque en salud de carácter curativo-asistencial, que por su naturaleza tiende a ser económicamente costoso e ineficaz para mejorar la salud de los asegurados. desde el punto de vista de gestión de riesgos en salud y logro de resultados en salud. La mayor parte de los recursos del Seguro de Salud Individual y Familiar se destinan a financiar atenciones curativas a través de una oferta de servicios con alta concentración de recursos en el nivel hospitalario; así, del total de consultas médicas, solo el 7% aproximadamente, se refieren a atenciones de fomento y protección de la salud.

Por otra parte, aunque el IESS posee una red de primer nivel de atención, el modelo de atención que aplica sigue siendo curativo, pues básicamente se atiende por demanda en episodios de enfermedad. Un resultado de la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención es la saturación de atenciones en el nivel hospitalario,

donde no solo el costo de la atención es mayor, sino que la capacidad de atención masiva es más limitada. Los logros recientes en el fortalecimiento de la atención ambulatoria habrían de ser complementados con la introducción de un modelo de atención integral en salud, que permita mejorar la salud de los asegurados, descongestionar los servicios especializados y ahorrar recursos.

- vi) Otros hallazgos del Diagnóstico tienen que ver con un índice de consultas por asegurado relativamente bajo, que puede estar reflejando subregistro de actividad o barreras de acceso a la atención ambulatoria. Así también, es notorio el bajo índice de egresos por asegurado, cuya explicación podría tener diversas causas, pero que por sus notables implicaciones económicas, demanda una profunda investigación. A la par, se observa un índice de estancia media hospitalaria relativamente alto, que refleja ineficiencias en la gestión clínica y que requiere ser investigado con el apoyo de expertos. Este panorama se complementa con una baja tasa de ocupación hospitalaria que alcanza el 73%; esto significa que de cada 10 camas existentes, en promedio 3 están siempre desocupadas.

Estos elementos de la utilización de servicios poseen una alta importancia estratégica en términos de la factibilidad de incrementar la cobertura, pues en conjunto indican que con el mejoramiento de la gestión clínica hospitalaria es posible cubrir a más asegurados sin hacer una sustancial inversión adicional.

- vii) Otros temas tratados en este informe para considerar en la agenda del IESS se refieren a: la distribución de personal según categoría con el fin de no disparar el costo administrativo; a la necesidad de mantener un nivel de personal acorde con los requerimientos reales y posibilidades económicas de la Institución, evitando caer en la tentación de utilizar el modelo de cuotas políticas para nombrar nuevo personal; evidencias de nueva contratación de personal, con recientes índices de crecimiento de personal sumamente elevados, que malogran los anteriores esfuerzos de la Comisión Interventora; la rigidez en la asignación de personal en salud, principalmente personal médico; y como ya se mencionó, la necesidad de desconcentrar al nivel local la gestión de recursos humanos.

E. Seguro General de Riesgos del Trabajo

- i) **Logros y avances recientes.** El IESS ha venido realizando esfuerzos orientados a mejorar la gestión de los riesgos del trabajo, al menos para el conjunto de asegurados cubiertos. Entre ellos destacan el establecimiento de un Manual del Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo, y la implantación de un sistema de auditorías laborales. Como parte del Plan de Asesoramiento Empresarial, la Dirección del SGRT publicó para el año 2004 el Manual del Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo, instrumento que ya está siendo usado en los programas de asistencia técnica. Básicamente, este manual describe las actividades preventivas en las áreas de gestión administrativa, talento humano y gestión técnica. Las auditorías laborales del IESS representan un esfuerzo para promover una cultura de prevención de riesgos a través de la verificación de cumplimiento de la normativa vigente. Actualmente, se gestionan pre auditorías en mutua colaboración entre el IESS y el sector privado. Sin embargo, una de las

grandes dificultades para una gestión de esta naturaleza, es la falta de recursos humanos y materiales, que limitan su alcance.

- ii) **Financiamiento.** El modelo de financiamiento vigente en el Seguro de Riesgos del Trabajo se basa en la aplicación de un porcentaje fijo de cuota sobre el salario; este esquema posee el gran inconveniente de que no incentiva la prevención y por ende eleva los costos y la financiación del Seguro.

El nivel de financiamiento vigente del 0.5% del salario, es a todas luces insuficiente para financiar el costo de un programa integral de riesgos del trabajo. La rebaja del 1.5% a 0.5% en la prima, y el traspaso de la diferencia al Seguro de Salud para financiar la prestación de servicios médicos, impide un gestión transparente de los costos del SGRT y genera la posibilidad de acentuar los subsidios cruzados, de modo que contradice el mandato legal realizar una separación financiera de los programas. Es muy recomendable revisar este tema, a la luz de un ejercicio de costeo actuarial, para introducir las correcciones debidas e imputar adecuadamente los costos correspondientes a cada programa.

En estrecha relación con este problema, se encuentra el del subregistro de accidentes y enfermedades laborales; estimaciones de la OIT dan cuenta de un subregistro aproximado del 98% de los casos de accidentes y enfermedades. Este problema influye directamente sobre las posibilidades de lograr una sana gestión del financiamiento, toda vez que hace ocultar los costos reales.

Considerando esta problemática, el superávit de operación que muestra el SGRT en los últimos años es ficticio, y lejos de representar una situación favorable, oculta una realidad de subregistro de accidentes y enfermedades, así como la gran escasez de recursos que enfrenta la operación del programa.

Otro hallazgo resultante del Diagnóstico se refiere a la existencia de problemas en la clasificación y contabilidad de los gastos del Seguro y a la necesidad de reclasificarlos para separarlos según su naturaleza.

- iii) **Gestión de riesgos.** Aunque la ley creó una Comisión Nacional de Prevención de Riesgos del Trabajo, esta no logra aún asentarse para cumplir su rol. En la práctica, la mayoría de las funciones que ejecuta tal Comisión no se relacionan con la prevención de riesgos laborales, y por el contrario, responden en la realidad a las de un órgano administrativo que resuelve conflictos y aplica sanciones y procesos en la vía administrativa.

Como ya se mencionó, un imperativo para establecer una estrategia y un programa de gestión de riesgos laborales, es fortalecer el sistema de registro de accidentes y enfermedades; a su vez, como insumo o etapa previa para concretar la separación financiera por programas. En el SGRT esta es una de las tareas más urgentes, también de cara a la gestión de riesgos.

Otros problemas que enfrenta la gestión de la prevención de riesgos laborales es la falta de recursos humanos, de infraestructura y equipos. En gran medida, la falta de recursos humanos en el SGRT, explica y a la vez está explicada por la excesiva

concentración de las funciones; se requiere, por ende, avanzar hacia una estrategia de gestión desconcentrada.

En concordancia con la problemática señalada, se estima que la cobertura del seguro en términos de empresas, alcanza no más del 5 por ciento de ellas.

- iv) Responsabilidad patronal y automaticidad del derecho.** La concepción del concepto de responsabilidad patronal plasmada en la ley vigente, a todas luces contradice los principios doctrinarios de “responsabilidad objetiva” y de “automaticidad del derecho”. Esto conlleva a que en la práctica el otorgamiento de las prestaciones al trabajador casi siempre está condicionado a un proceso de prueba de responsabilidades, lo que finalmente da lugar a la aplicación de “*Indubio pro Fondo*” en vez de “*Indubio pro Operarum*”.

Este panorama se complica aún más si se considera que existen mecanismos de apelación por parte del empleador, que pueden alargar aún más el “trámite” de las prestaciones.

Resultado de lo anterior, cuando el IESS califica un caso de accidente o enfermedad profesional como responsabilidad patronal (situación que ocurre en más del 90% de los casos), los asegurados deben esperar hasta varios meses, e incluso años, para tener acceso a las prestaciones; y en virtud de la forma en que se interpreta la generación del riesgo (responsabilidad absoluta del empleador) una proporción importante las prestaciones no llegan a concederse.

F. Seguro General de Pensiones -IVM

- i) Logros y avances recientes.** En los últimos años se lograron una serie de avances importantes en el área de pensiones, entre los que destaca la revalorización de las pensiones y el aumento en el tope de la pensión; en este caso, no obstante, se reconoce la presión financiera-actuarial generada por estos ajustes, especialmente porque muchas pensiones concedidas estaban sustentadas en salarios de cotización muy bajos. En ese sentido, la Ley de Homologación permitió ajustar las bases de cotización salarial de los empleados públicos.

En el campo administrativo se reestructuró la Dirección del Seguro de Pensiones y se dieron pasos para mejorar los sistemas informáticos que apoyan los trámites de pensiones; más recientemente se iniciaron esfuerzos para desarrollar una plataforma de solicitud de trámites en línea vía Web.

A pesar de los avances, la Institución reconoce la prevalencia de algunos problemas, que inciden en la acumulación de varios miles de casos de pensiones en proceso de trámite; una situación que sin lugar a dudas daña la imagen institucional y debe afrontarse con inversiones y esfuerzos contundentes.

- ii) Prestaciones.** Existen más pensiones vigentes para mujeres que para hombres, situación que está explicada principalmente porque las primeras acceden en mayor medida que los hombres a pensiones de viudedad y orfandad, es decir, en calidad de sobrevivientes de asegurados fallecidos. Por otra parte, es notoria e inusual la baja

proporción de pensiones por invalidez, situación que merece una investigación desde el punto de vista técnico-administrativo.

El número de pensiones vigentes se aceleró a partir de mediados de los años noventa, especialmente en el caso de las pensiones por vejez o jubilación, situación normal que refleja un proceso incipiente de maduración del programa después de sus primeras décadas de funcionamiento. Este hecho se refleja en el comportamiento descendente de la razón cotizantes/pensionados; pero aparte del efecto de la maduración, el fenómeno está explicado por el notable estancamiento de la cobertura. Un esfuerzo por incrementar la cobertura podría dar lugar a una recuperación temporal del indicador, pero ello no solventará los requerimientos del equilibrio actuarial del Seguro IVM, el cual está determinado por otros parámetros.

- iii) Revalorización y suficiencia de las pensiones.** Entre el 2001 y el 2006 se dieron incrementos que multiplicaron el valor de las prestaciones hasta por 6 o 7 veces; este es un hecho muy positivo en términos del cumplimiento del principio de suficiencia y de la imagen del Seguro IVM, pero en el otro extremo de la balanza compromete el equilibrio actuarial.

Como consecuencia del ajuste, la “tasa de reemplazo” alcanzó un nivel que con base en la experiencia internacional parece insostenible, e incongruente con una política de equilibrio financiero-actuarial de mediano y largo plazo.

La situación expuesta revela la necesidad de establecer mecanismos objetivos y automáticos para el ajuste de las pensiones, a la par de la vigencia de topes mínimos de cotización. Esta es una de las principales causas de desajuste financiero del Seguro IVM, que debe afrontarse. Por lo tanto, es recomendable pensar en el establecimiento de reglas claras de revalorización, que impidan acumulación de pérdida de poder adquisitivo, por un lado, pero que limiten la influencia de las presiones políticas para fijar los incrementos.

- iv) Inequidad de género en la cuantía de las pensiones.** Las mujeres usualmente tienen una vida laboral cotizable más corta que la de los hombres, ingresos más bajos y una expectativa de vida más larga; todos estos factores las colocan en desventaja frente a los hombres. El análisis de los montos de pensión evidencia inequidad de género, fenómeno que se agrava con el hecho de que el derecho a pensión por parte de las mujeres se consolida principalmente mediante su condición de cónyuge o viuda del asegurado titular.
- v) Financiamiento y posición actuarial de IVM.** El complejo esquema de financiamiento establecido en la reforma del año 2001, aún no está vigente, en parte por razones de inconstitucionalidad. No queda claro si el voto de inconstitucionalidad obedece al esquema de financiamiento de cuenta individual, o a la participación de administradores privados en la gestión. Desde el punto de vista de la OIT, las cuentas individuales son un mecanismo válido, pero deben complementarse con esquemas solidarios; y la participación del sector privado en la administración está contemplada en el Convenio 102, pero debe darse garantizando costos de administración lo más bajos posibles y razonables.

La diversidad de niveles de cotización vigentes en el IESS y en los regímenes especiales para las fuerzas armadas y la policía, refleja una evolución histórica marcada por continuas enmiendas para atender a demandas específicas de ciertos grupos de trabajadores a través del régimen general. A manera de paréntesis, llama la atención, sin embargo, la inexistencia de un régimen de financiamiento específico para la inclusión de los trabajadores independientes.

La diversidad de niveles de financiamiento torna sumamente compleja la gestión desde el punto de vista actuarial y administrativo-operativo, pues no solo debe atenderse a particularidades de niveles de financiamiento, sino también de cobertura vertical.

De cara a estos niveles de financiamiento y atendiendo a los requisitos y prestaciones con que opera el Seguro, así como al nivel de las actuales reservas, la situación financiera-actuarial del Seguro General de Pensiones del IESS es crítica, y de no tomarse medidas contundentes de reforma, tenderá a agudizarse durante las próximas décadas y desembocará en una situación económica cada vez más difícil de abordar en la medida en que se vayan posponiendo las enmiendas requeridas.

El último balance actuarial disponible presenta una situación actuarial sumamente crítica, que no refleja la realidad vigente con las recientes revalorizaciones, que sin lugar a dudas elevaron los pasivos pensionarios. Es urgente, por lo tanto, una valuación actuarial del Seguro.

vi) Financiamiento estatal. Actualmente el financiamiento estatal ocupa una gran importancia en el nivel de financiamiento de las prestaciones (contributivas) del Seguro. A partir del balance actuarial se puede concluir que el aporte estatal vigente del 40%, representa a lo largo del tiempo un valor aproximado del 24% del PIB. Sin lugar a dudas se trata de una cifra considerable, especialmente si se toma en cuenta que dicho financiamiento estatal está dirigido a favorecer exclusivamente a la población asalariada formal afiliada al IESS, mientras que un contingente importante de la población permanece sin protección social. Un imperativo de la reforma de la seguridad social habría de plantear un mecanismo alternativo para derivar los recursos estatales a la protección social de los grupos económica y socialmente más vulnerables.

vii) Evolución financiera reciente. Durante los últimos años se produjo una fuerte reducción del superávit de operación, pasando de representar un 62% de los ingresos en el año 2001 a 30% en el 2005; la principal causa es la revalorización reciente de los montos de las pensiones. La situación descrita refleja un aumento en los costos del programa en el muy corto plazo, que también puede ser medido a través del costo actuarial basado en reparto: el cociente “gasto / masa salarial”. Así, mientras que en el año 2002 el programa costaba un 3.8% de la masa salarial cotizante, pasa a un máximo de 9% y luego a 7.6% de la masa salarial. En términos del balance actuarial, esto significa una afectación considerable de los resultados obtenidos en la valuación actuarial previa; probablemente esto haya implicado un aumento significativo en los pasivos actuariales, quizá en un valor de más del 100%.

De no tomarse medidas para racionalizar el crecimiento del gasto corriente sobre la base de criterios bien definidos técnicamente, en el corto plazo la situación financiera

del Seguro General de Pensiones IVM se verá seriamente comprometida y habría de recurrirse a medidas drásticas, incluyendo probablemente un aumento de las cotizaciones con el fin de equilibrar financieramente el programa en el corto y mediano plazo. Cabe destacar que en el caso ecuatoriano las medidas para lograr el equilibrio actuarial de largo plazo, implican, bajo cualquier escenario, el abordaje inminente de una reforma integral del sistema.

- viii) Devolución de los fondos de reserva.** En relación con las políticas de financiamiento, es importante comentar sobre el efecto desfavorable que está causando la “devolución de los fondos de reserva” que viene practicando el IESS. Esta práctica genera un efecto perverso, pues los recursos para financiar prestaciones de largo plazo se están derivando hacia usos de corto plazo en prestaciones que en nada se corresponden con las de la seguridad social; esto no parece tener sentido desde el punto de vista de la necesidad de financiamiento adicional a que están sometidos los programas de la seguridad social en el país -que se agravarán con el envejecimiento demográfico-, ni está acorde con las prioridades en el financiamiento.

G. Seguro Social Campesino

- i) Cobertura.** La Población Económicamente Activa agrícola no asalariada del Ecuador representa un 64.1% de la PEA agrícola total, pero la PEA agrícola incorporada al SSC alcanza el 12.4%, cifra que contrasta con el creciente número de trabajadores rurales no asalariados. Por lo tanto, es evidente que existe un déficit de cobertura importante de la población campesina.
- v) Financiamiento.** La falta de financiamiento es el Tendón de Aquiles del SSC. La aportación que realizan los afiliados al Seguro posee un carácter simbólico, aunque hay evidencias de que no necesariamente toda la población protegida califica como pobre. Por otra parte, el 1% de la masa cotizante que actualmente se aplica para subsidiar el Seguro, que a su vez es el componente más importante del financiamiento, es insuficiente; así también la contribución del Estado al SSC es exigua. Estos problemas, aunados al subregistro de prestaciones que hace el Seguro de Salud a los afiliados al SSC, constituyen fuertes indicios de que los gastos superan con creces el financiamiento disponible, lo que produce un subsidio desde el Seguro de Salud Individual y Familiar, principalmente. Para que el SSC pueda aspirar a una mayor cobertura, es necesario incrementar el financiamiento del Estado.
- vi) Prestaciones.** La falta de financiamiento del SSC incide en prestaciones reducidas o de baja calidad, tanto en salud como en pensiones. Las prestaciones pensionarias alcanzan un promedio mensual de US\$3, lo que provoca escasos incentivos a la afiliación. La cantidad de pensionados ha venido creciendo en forma acelerada. En cuanto a las prestaciones de salud, la infraestructura del SSC está limitada básicamente al primer nivel de atención en salud, con clara evidencia de los escasos recursos que finalmente llegan a los dispensarios. Una consecuencia directa de estos factores, es que los afiliados al SSC hacen uso de los niveles de atención especializados del Seguro de Salud Individual y Familiar, con un alto nivel de subregistro de atenciones y por ende, con un fuerte subsidio, no cuantificado.

vii) Situación financiera reciente. Los estados financieros reflejan un superávit de operación durante los últimos años, pero a todas luces dicho superávit es ficticio y no refleja la verdadera situación del SSC. Por ejemplo, arrojaría un gasto per capita por asegurado de aproximadamente US\$42 en el año 2005, muy inferior al gasto per cápita vigente en el Seguro de Salud Individual y Familiar.

H. Otras instituciones y programas de seguridad social

Junto con el IESS, existen otras instituciones y programas que también hacen parte del sistema ecuatoriano de seguridad social y protección social. Destacan el Ministerio de Salud, el Aseguramiento Universal en Salud, AUS, los planes de aseguramiento de los gobiernos municipales de Quito y Guayaquil, el Programa de Aseguramiento Popular y el Bono de Desarrollo Humano, entre otros.

Estas instituciones y el Programa de programas han venido desempeñando un papel cada vez más importante en el escenario de la protección social del Ecuador, y contribuyen fuertemente al desarrollo social.

Una estrategia de universalización de la seguridad social, tendiente a cumplir con el mandato constitucional, habría de integrar los diferentes programas e instituciones, en un todo armónico y articulado, tanto desde el punto de vista del financiamiento como de la gestión. Es evidente, por lo tanto, que la reforma del sistema ecuatoriano de seguridad social va más allá del IESS, y comprende una estrategia de carácter nacional.

7.2 Recomendaciones

Los sistemas de seguridad requieren un rediseño permanente en función del cambiante entorno en el cual se desempeñan, y su rediseño entraña complejidades de diversa índole, cuyo planteamiento requiere el concurso participativo y democrático de los actores sociales.

En el marco del actual proceso de reforma constitucional al que está abocado el Ecuador, mediante las siguientes recomendaciones la OIT intenta aportar elementos estratégicos orientados al fortalecimiento de la seguridad social, los cuales consideramos que tienen validez independientemente del modelo específico que asuma el sistema ecuatoriano de seguridad social.

A. Recomendaciones para aumentar la cobertura

1. Reformar el marco jurídico para integrar un sistema de seguridad social que integre las entidades y programas en un marco armónico y articulado, incluyendo: IESS, ISSPOL, ISSFA, Ministerio de Salud-AUS (aseguramiento no contributivo en salud), programas de aseguramiento en salud a cargo de los municipios y Bono de Desarrollo Humano, entre otros.
2. Reformar el marco jurídico para aumentar la compulsión (inspección, faltas y sanciones) y el control contributivo, para combatir la evasión en la economía formal.

3. Reformar el marco jurídico para permitir el desarrollo de regímenes especiales de seguro social contributivo para grupos excluidos, con financiamiento estatal parcial, dirigidos principalmente a categorías de trabajadores no asalariados de bajos ingresos, incluyendo la participación de otros aseguradores en la función de aseguramiento, como es el caso de los municipios.
4. Desarrollar programas de aseguramiento no contributivo, en salud y pensiones. En el caso de pensiones, transformar el Bono de Desarrollo Humano en una pensión no contributiva que se otorgue con carácter de derecho para los grupos beneficiarios que califiquen.
5. Focalizar el financiamiento estatal en los programas no contributivos de seguridad social, así como en el subsidio (parcial) de contribuciones para los grupos de bajos ingresos (v.g. trabajadores independientes en condición de vulnerabilidad), y minimizar el financiamiento estatal a los programas contributivos dirigidos a los trabajadores de la economía formal.
6. Cumplir el mandato legal de dar cobertura en salud a los cónyuges dependientes de asegurados y a los hijos menores dependientes (según el Convenio 102 de OIT ratificado por Ecuador). A ese efecto, diseñar un mecanismo gradual de incremento de las cotizaciones al Seguro de Salud, en función de los estudios actuariales pertinentes.
7. A nivel del IESS, crear una Dirección especializada en la afiliación, recaudación y control contributivo, con facultades de dirección nacional y planificación a nivel central.
8. Restablecer el servicio de inspección de la seguridad social, creando un régimen especial de contratación y evaluación de desempeño de los inspectores para minimizar los riesgos de corrupción, con permanencia sujeta al rendimiento individual del inspector en afiliación y fondos recaudados.

B. Recomendaciones para mejorar el gobierno del sistema de seguridad social

9. Crear un órgano rector de todo el sistema de seguridad social, tal como un Consejo Nacional de Seguridad Social, de carácter multipartito, incluyendo la participación de los diferentes actores institucionales que realizan la gestión de programas de seguridad social: IESS, regímenes especiales, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, y gobiernos municipales, entre otros.
10. Cambiar el marco jurídico para modificar profundamente el modelo de representación política en el gobierno del IESS: i) aumentar el número de representantes tripartitos en el Consejo Directivo a un mínimo de seis miembros; ii) alargar los plazos de permanencia de los miembros del Consejo Directivo, más allá de los plazos de la administración del Gobierno General; iii) impedir y penalizar la participación de los miembros del Consejo Directivo del IESS en actividades de administración, en especial penalizando el uso de influencias para el nombramiento de personal, y en todo acto de participación en actividades administrativas, incluyendo el uso de activos institucionales (oficinas, equipos, asesorías, etc.).
11. Fortalecer la función de regulación y supervisión sistémica, independizándola del sector financiero y creando una entidad autónoma que realice esta función; asignándole potestades de regulación, supervisión y control respecto de todos y cada

uno de los programas o prestaciones de la seguridad social: IESS, Ministerio de Salud-AUS, fuerzas armadas, policía y gobiernos municipales, entre otros.

C. Recomendaciones para mejorar la gestión general del IESS

12. Reenfocar los esfuerzos del nivel superior y de la administración del nivel central y sus brazos provinciales, en la función aseguradora (gestión de riesgos), desconcentrando al máximo otras funciones administrativas
13. En general, desconcentrar al máximo la gestión de prestaciones (establecimientos de salud, trámite de pensiones, gestión de los riesgos del trabajo).
14. Revisar y reformar el régimen de contratación y administración de los recursos humanos, con especial atención en la desconcentración y el establecimiento de una carrera administrativa. Establecer, a nivel reglamentario o legal, un régimen de penalizaciones para los funcionarios de dirección y jefatura que incumplan las normas y procesos de selección y promoción del personal.
15. Fortalecer el mercadeo social del IESS y en general de las instituciones administradoras de la seguridad social.
16. Formular un Plan de Tecnologías de Información, que enfoque y guíe la estrategia de gestión en este campo, que permita dimensionar y programar las inversiones, con un enfoque desconcentrado, que a su vez focalice la gestión informática del nivel central en el ámbito de los sistemas estratégicos para desarrollar la función de aseguramiento (recaudación-afiliación-acreditación de derechos, registros de prestaciones, y gestión de inversiones, entre otros).
17. Profundizar la separación financiera de los programas, con el fin de eliminar los subsidios cruzados entre los programas-fondos. Entre las tareas prioritarias para esto destacan: el fortalecimiento de los instrumentos para el costeo actuarial de cada programa, y mejoramiento de los registros administrativos para cuantificar y facturar servicios entre seguros y programas.
18. Fortalecer los medios y procesos para garantizar el acceso del público a información sobre la gestión de la seguridad social.
19. Profundizar el mejoramiento de la gestión de inversiones. Eliminar el carácter tripartito de la Comisión de Inversiones, con el fin de reducir el riesgo de la gestión afectada por criterios políticos.
20. Formular un cronograma de pagos de la deuda del Estado con el IESS y normar para su cumplimiento a nivel legal, fijando un plazo límite para su cumplimiento.
21. Mejorar la gestión del IESS en el campo financiero-actuarial, dotando a la Dirección Actuarial de mayores recursos humanos, moderno equipamiento, software y modelos actuariales propios, así como recursos para la formación y capacitación actuarial permanente.

Seguro de Salud Individual y Familiar

22. Aplicar el mandado legal de aumentar el financiamiento, y a la vez brindar cobertura en salud a los cónyuges dependientes de asegurados y a los menores de edad dependientes del titular (según Convenio 102 de OIT). Formular un cronograma de incremento según estudio actuarial específico.

23. Introducir un nuevo modelo de asignación de recursos en salud, mediante nuevos mecanismos de financiación a los proveedores de servicios de salud sobre una base prospectiva (por actividad y por capitación, según corresponda).
24. Reformar integralmente el modelo de atención en salud, para sustituir el actual modelo curativo, costoso e ineficaz, por otro más orientado a la promoción y prevención en salud. Una estrategia es iniciar con proyectos piloto para implantar un primer nivel de atención, que permitan generar experiencia institucional en este campo y luego extender los resultados a otros ámbitos geográficos.

Seguro General de Riesgos del Trabajo

25. Esclarecer los gastos y costos actuariales del programa, con el fin de redefinir las primas del SGRT y así profundizar la separación de fondos, tanto con respecto al Seguro de Salud como al Sistema de Pensiones.
26. Rediseñar el modelo de financiamiento del SGRT, con el fin de establecer un modelo que premie e incentive la prevención, mediante primas variables según siniestralidad individual del empresario.
27. Introducir modificaciones a los estados financieros, con el fin de mejorar la clasificación de gastos y permitir una identificación de los gastos según tipos de prestaciones (administración general, promoción y prevención de la seguridad y salud en el trabajo, servicios de salud, y pensiones).
28. Reformar el marco jurídico para modificar el actual concepto de responsabilidad patronal que aplica el IESS, así como para establecer el principio de “automaticidad” del derecho.
29. Realizar una reestructuración de la Dirección del SGRT, orientada a modernizar el enfoque de la gestión de riesgos (con fuerte énfasis en los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo a nivel de las empresas).
30. Dotar de mayores recursos humanos y materiales a la DGRT, con el fin de fortalecer su ámbito de acción en tareas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, a nivel nacional.
31. Desarrollar cuanto antes el sistema de registro de accidentes y enfermedades profesionales, como paso indispensable para reformar el modelo de financiamiento, para la separación de fondos, así como para la gestión de los sistemas de seguridad y salud en el trabajo.
32. Fortalecer la coordinación interinstitucional, con orientación a formar parte activa de un Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, en conjunto con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud.

Seguro General de Pensiones –IVM

33. Elaborar y reglamentar una política institucional de tasas de reemplazo para el Seguro de Pensiones, con el fin de guiar el diseño de las fórmulas de cálculo y la aplicación de revalorizaciones de los montos de prestaciones, en función de los requerimientos actuariales, y que su fijación esté aislada de los criterios políticos.

34. Sistematizar una metodología de revalorización de los montos de pensiones, con el fin de hacerla más objetiva, de proteger el poder adquisitivo de las pensiones en curso de pago y de atender simultáneamente a criterios de sostenibilidad financiera.
35. Estandarizar los niveles de cotización y las prestaciones del Seguro de Pensiones, con el fin de viabilizar una mejor gestión actuarial.
36. Realizar cuanto antes una valuación actuarial, con el fin de conocer con mayor precisión los actuales niveles de desfinanciamiento del Sistema de Pensiones, y de elaborar una estrategia de reforma integral que permita viabilizar actuarialmente las prestaciones, incluyendo la valoración de introducir un modelo combinado de solidaridad con cuentas individuales gestionadas directamente por el IESS.
37. Desarrollar una estrategia financiera-actuarial que permita derivar gradualmente el actual financiamiento estatal al Seguro, hacia otros programas no contributivos orientados a la población de escasos recursos, así como al subsidio de las cotizaciones de los grupos con baja capacidad contributiva.
38. Eliminar la práctica de devolución de los fondos de reserva, y derivar estos recursos para fortalecer el financiamiento de las pensiones.
39. Mejorar sustancialmente los registros de aportaciones y cuenta individual, mediante el adecuado dimensionamiento de un proyecto de Historia Laboral de grandes magnitudes, que resuelva definitivamente esta problemática en un plazo razonable.
40. Abocarse al diseño de una reforma, creando un nuevo programa de pensiones en el IESS, equilibrado actuarialmente, con un nuevo esquema de financiamiento y prestaciones, aplicable a las generaciones más jóvenes y futuras. Es sumamente recomendable el liderazgo del IESS en este proceso.

Seguro Social Campesino

41. Elaborar un mapeo detallado del tamaño y ubicación geográfica de la población campesina, con el fin de evaluar con mayor precisión el alcance de la actual cobertura del SSC, como insumo para dimensionar un plan de recuperación de cobertura.
42. De la mano con lo anterior, determinar el nivel de financiamiento real requerido por el SSC para su funcionamiento.
43. Clarificar las fuentes de financiamiento del SSC, incluyendo una reforma legal para definir con mayor precisión el papel del Estado como garante principal en su financiamiento.
44. Incrementar el financiamiento del SSC en el campo de la salud, con especial énfasis en el aumento del nivel resolutivo de los dispensarios.
45. Incrementar las prestaciones pensionarias del SSC, asimilándolas al menos a los niveles de suficiencia de las pensiones no contributivas, con base en la experiencia de otros países de la región.
46. Mejorar la gestión de los registros administrativos, para cuantificar la utilización de servicios de segundo y tercer nivel de atención por parte de los afiliados al SSC; de manera que pueda medirse los subsidios por prestaciones en especie recibidos del Seguro de Salud Individual y Familiar.

- Acosta Alberto et al (2000)- *Doralización: Informe Urgente*, Quito, Ecuador.
- Banco Central del Ecuador (2001)- *Memoria Anual*, Quito, Ecuador.
- Banco Central del Ecuador (2006)- *Información Estadística Mensual*, Quito, Ecuador.
- Banco Central del Ecuador (2000)- *Memoria Anual*, Quito, Ecuador.
- Barreiro, Pedro Isaac (1998)- *Seguro Social Campesino: historia y reforma*. Quito: Centro de Estudios y Promoción para el Desarrollo Social, CEPAR. Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, PAPPS.
- Barreiro, Pedro (2004) *El IESS y el Seguro Social Campesino*. Quito, Ecuador, PNUD.
- CARE-BLOOMBERG School of Public Health & University of Jonás Hopkins (2005)- *Subproducto 2.3: Diseño e Implementación de un Modelo de Aseguramiento Universal en Salud para la República del Ecuador, Sistematizació*, .Quito, Ecuador.
- CEPAL (2006)- *Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe*, 2005.
- Comunicar (2006)- *Revista Ecuatoriana de Salud*, CONASA, Quito, Ecuador.
- Corporación Metropolitana de Salud (2006)- *Seguro Metropolitano de Salud*, Quito, Ecuador.
- Correa Rafael (Sf)- *Ecuador: De Banana Republic a la No República / Las Tres Últimas Décadas de la Historia Económica del Ecuador*, Ecuador.
- Criel Bart and Macq Jean (2006)- *Reflexiones sobre el Aseguramiento Universal en Salud: Informe de Seguimiento Cinético al Proyecto Salud de Altura*, Quito, Ecuador.
- Diario Hoy Online (2006)- *Cuidado con el FEP y la CEREPS*, Quito, Ecuador.
- Dirección de Salud e Higiene Municipal (2006)- *Más Salud: Informe 2000-2006*, Guayaquil, Ecuador.
- El Comercio (2006)- *10 Millones de Ecuatorianos no cuentan con Seguro de Salud*, Quito, Ecuador.
- El Comercio (2006)- *Aliméntate Ecuador Empieza la Entrega Cuando el 2006 Termina*, Quito-Ecuador

El Comercio (2006)- *IESS: sus terrenos están invadidos*, Quito, Ecuador.

El Comercio (2006)- *La Crisis del IESS se agrava por la Falta de una Ley*, Quito, Ecuador.

El Comercio (2006)- *La Salud: Los Hospitales Reflejan los Males de la Salud Pública*, Quito, Ecuador.

El Comercio (2006)- *Las Enfermedades Catastróficas afectan al presupuesto del IESS*, Quito, Ecuador.

El Telégrafo (2006)- *El IESS*, Guayaquil-Ecuador

El Universo (2006)- *CEREPS se ejecuta a medias*, Quito, Ecuador.

Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (2006)- *Rendición de Cuentas: Gestión 2006*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (2004)- *Compendio de Resultados Definitivos: Pobreza y Extrema Pobreza Urbana en el Ecuador*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2003)- *Boletín Estadístico No. 14*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2003)- *Boletín Estadístico Provisional No. 15*, Quito, Ecuador

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2003)- *Informe de la Comisión Interventora*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2004)- *Dirección del Sistema de Pensiones: Informe Ejecutivo 2004*.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2005)- *Seguro de Salud Individual y Familiar Individual y Familiar, Subdirección Nacional de Contabilidad y Control Presupuestario, Informe Técnico No. 1*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006)- *Base Legal Presupuestaria Vigente*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006)- *Clasificador y Metodología de Cálculo Presupuestario de Ingresos*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006)- *Dirección del Sistema de Pensiones: Informe Ejecutivo 2006*.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006)- *Ley Orgánica de Administración Financiera y Control*, Quito, Ecuador.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (2006), *Comisión Especial de Liquidación de la Deuda del Estado: Informe Deuda del Estado al IESS*, Quito, Ecuador.

MSB-SFTS et al (2006)- *Gasto Público en Salud: Regresivo o Progresivo*, Quito, Ecuador.

MSP-INEC-PHR (1997)- *Cuentas Nacionales de Salud: Informe Final Ecuador*, Ecuador.

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (2004)- *Equinoccio 21: Plan Estratégico Quito hacia el 2025*, Versión Ciudadana 1, Quito, Ecuador

Observatorio de Política Fiscal (2006)- *Boletín de Transparencia Fiscal No.1*. Quito, Ecuador.

Observatorio de Política Fiscal (2006)- *Movimiento y Uso de la CEREPS*, Quito, Ecuador.

OIT (2005)- *Protección Social en Argentina: Financiamiento, Cobertura y Desempeño 1990-2003*, Argentina.

OIT (2006)- *Panorama Laboral 2005*, Perú.

OIT-SIAL (2005)- *República del Ecuador: Sistema Integrado de Encuestas de Hogares – IV Trimestre 2005*, Panamá

Periodismo Investigativo Blanco y Negro (2005)- *Nos dicen que no hay Plata*, Quito, Ecuador.

Periodismo Investigativo Blanco y Negro (2006)- *Pensionados Policiales Tapan Baches Financieros del ISSPOL*, Quito, Ecuador

Posso Zumárraga, Manuel (2007). *El IESS desde dentro y fuera*. Quito, Ecuador.

Presidencia Constitucional de la República (2000)- *Decreto Ejecutivo No. 614: Conformación del Frente Social*, Ecuador.

Picado, Gustavo y Fabio Durán Valverde (2005). *República del Ecuador: Diagnóstico del Sistema Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Oficina Subregional de OIT para los Países Andinos, OSRA, Quito, Ecuador.

Revista Criterios (2006)- *Pensiones Desiguales: Quién se lleva la Plata*, Quito, Ecuador

Salud de Altura (2006)- *Seminario Internacional de Aseguramiento Universal de Salud*, Quito, Ecuador.

SFTS-UNICEF (2004)- *El gasto Social en Ecuador 2003-2004*, Quito, Ecuador.

Subsecretaría de Tesorería de la Nación (2006)- *Presupuestos de la Nación*, Quito, Ecuador.

UNDP (2004)- *Human Development Report*, New York, USA.

Vos Rob et al. (2002)- *Política Social y Tendencias en el Gasto Social: Ecuador 1970-2002*, Quito, Ecuador.

World Bank (2005) -*Expanding Social Insurance to Protect All*, Ecuador.

www.ame.gov.ec

www.frentesocial.gov.ec

www.iess.gov.ec

www.ilo.org

www.issfa.mil.ec

www.isspol.gov.ec

www.mef.gov.ec

www.observatoriofiscal.org