



## **INFORME SOBRE EL PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE INCENTIVOS TRIBUTARIOS PARA VARIOS SECTORES PRODUCTIVOS. COSTO DE ASUMIR EL COPAGO DE AFILIADOS QUE UTILICEN MEDICINA PREPAGADA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

La Constitución de la República y la Ley de Seguridad Social determinan que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la misión de proteger a la población afiliada al Seguro General Obligatorio (SGO) contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, desempleo, invalidez, vejez y muerte en los términos que consagra dicha Ley. El artículo 45 de la Ley de Seguridad Social 2001-55 y el artículo 4 de la Resolución C.D. 457 establecen que la Dirección Actuarial y de Investigación es la responsable de preparar balances actuariales de cada uno de los regímenes de protección del SGO.

El 8 de agosto de 2016, el Presidente de la República, presentó a la Asamblea Nacional con el carácter de urgente el proyecto “LEY ORGÁNICA DE INCENTIVOS TRIBUTARIOS PARA VARIOS SECTORES PRODUCTIVOS”, que entre otras disposiciones, incorpora un derecho a la deducción adicional por gastos de seguros médicos y/o medicina prepagada a favor de los trabajadores de la micro, pequeña, mediana y gran empresa, beneficio que se aplicará siempre que la cobertura sea a la totalidad de sus trabajadores; y, siempre que la contratación sea con empresas domiciliadas en el país.

Adicionalmente, se prevé analizar un mecanismo de copago; esto es, analizar el costo para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la posibilidad de asumir el copago cuando los afiliados al IESS utilicen la medicina prepagada.

Al ser un seguro de reparto puro, la ampliación de cobertura necesariamente implica un mayor gasto prestacional; por el contrario, si el gasto por la atención médica de los afiliados sería asumido por un tercero, necesariamente el gasto prestacional disminuiría en correlación con el número de atenciones asumidas por terceros; motivación suficiente para realizar el presente estudio.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## DIRECCIÓN ACTUARIAL Y DE INVESTIGACIÓN

---

### 2. BASE LEGAL

Para este estudio se tomaron como base legal las siguientes:

#### 2.1. CONSTITUCIÓN

- Es deber del Estado garantizar sin discriminación el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la salud, la seguridad social.
- El artículo 32 de la Constitución de la República establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado.
- La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.
- El artículo 361 de la Constitución de la República establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema nacional de salud a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.
- El artículo 362 de la Constitución de la República dispone que la atención de salud, como servicio público, se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias y que los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.
- El numeral 2 del artículo 363 de la Constitución de la República establece como responsabilidad del Estado, universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

#### 2.2. LEY ORGÁNICA DE SALUD

- El artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud señala que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que le corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esa Ley.

- El artículo 180 de la Ley Orgánica de Salud establece que la autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento y regulará los procesos de licenciamiento y acreditación.

### **2.3. LEY DE SEGURIDAD SOCIAL**

- El artículo 45 determina que la Dirección Actuarial es órgano de asesoría técnica del IESS, subordinado al Consejo Directivo. Tiene a su cargo la preparación de los balances actuariales de cada uno de los regímenes de protección del Seguro General Obligatorio; la elaboración de los estudios técnicos y los informes periódicos sobre la situación de dichos regímenes y sus proyecciones.
- El artículo 233 establece que no se creará prestación alguna ni se mejorarán las existentes a cargo del Seguro Social Obligatorio aplicado por el IESS, si no se encontraren debidamente financiadas y respaldadas en los resultados de estudios actuariales que demuestren su solvencia y sostenibilidad.

### **2.4. ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

- La letra a) del artículo 10.1 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva establece que la agencia de regulación y control es un organismo técnico que tiene por funciones la regulación de las actividades del sector, el control técnico de las actividades realizadas por los agentes que operan en él y la preparación de informes sobre las normas que debería observar el respectivo organismo de control, de acuerdo con la ley, con un ámbito de acción específico a un sector determinado y adscrita a un Ministerio Sectorial o Secretaría Nacional, que dentro de su estructura orgánica tendrá un directorio como máxima instancia de la agencia.

### **2.5. OTRAS NORMAS UTILIZADAS**

- En Registro Oficial No. 12 de 26 de agosto de 1998, se publicó la “LEY QUE REGULA LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA”.
- Con oficio No. MINFIN-DM-2015-0106 de marzo 5 de 2015, el Ministro de Finanzas emitió el dictamen favorable para la creación de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS). Se publica en Registro Oficial Suplemento 534 de 1 de julio de 2015.

- Mediante Acuerdo Ministerial 4194, publicado en el Registro Oficial Edición Especial 119 de 8 de abril de 2014, se norma el “FINANCIAMIENTO DE COBERTURA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CATRASTRÓFICAS”.
- El 31 de diciembre de 2015, Mediante Acuerdo Ministerial 5309 publicado el 31 de diciembre de 2015, se publicó la “NORMA PROCESO PARA ATENCION PACIENTES ENTRE INSTITUCIONES DE SALUD”

### **3. OBJETO DEL ESTUDIO**

El artículo No. 233 de la Ley de Seguridad Social 2001-55 establece que no se podrán crear prestaciones a cargo del Seguro General Obligatorio, ni mejorar las existentes, si no se encontraren debidamente financiadas y respaldadas en los resultados de estudios actuariales que demuestren su solvencia y sostenibilidad.

El 8 de agosto de 2016, el Presidente de la República, presentó a la Asamblea Nacional con el carácter de urgente el proyecto “LEY ORGÁNICA DE INCENTIVOS TRIBUTARIOS PARA VARIOS SECTORES PRODUCTIVOS”, que entre otras disposiciones, en el numeral 1 del artículo 1, dispone:

*‘Artículo 1.- En la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Suplemento del R.O. No. 463, el 17 de noviembre del 2004, realicé las siguientes reformas:*

*1. Agréguese el siguiente inciso a continuación del primer inciso del numeral 12 del artículo 10:  
"Tendrán derecho a una deducción adicional de hasta el 100% de los gastos de seguros médicos y/o medicina prepagada a favor de los trabajadores de micro y pequeñas empresas. Para el caso de medianas y grandes empresas la deducción adicional será de hasta el 50%.*

*El beneficio previsto en este inciso se aplicará siempre que la cobertura aplique a la totalidad de trabajadores y se contrate con empresas domiciliadas en el país, con las excepciones, límites y condiciones establecidas en el Reglamento.”*

Adicionalmente, se analiza incorporar un mecanismo de copago; esto es, que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social asuma el copago cuando los afiliados al IESS utilicen los servicios de medicina prepagada.

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar el costo para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de asumir el copago cuando los afiliados al IESS utilicen la medicina prepagada.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar los escenarios económicos, financieros y demográficos que se espera en el mediano plazo.
- b) Estimar la población afiliada al Seguro General Obligatorio, para los próximos 5 años.
- c) Estimar la población afiliada a las instituciones privadas de medicina prepagada y asistencia médica, para los próximos 5 años.
- d) Estimar la población afiliada al IESS y a las instituciones privadas de medicina prepagada y asistencia médica, para los próximos 5 años.
- e) Estimar la población afiliada al IESS y a las instituciones privadas de medicina prepagada y asistencia médica, que utilizarían los servicios medicina prepagada y asistencia médica, para los próximos 5 años.
- f) Estimar el costo del copago, para varios escenarios, de los afiliados al IESS que utilicen la medicina prepagada.
- g) Identificar factores de riesgo.

### **4. INFORMACIÓN DISPONIBLE**

Para el presente estudio se utilizó la siguiente información:

- Estadísticas nacionales de la población ecuatoriana y sus proyecciones, publicadas por el INEC.
- Bases de datos de afiliados al Seguro General Obligatorio, con corte a agosto del 2016, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Bases de Datos de grupos familiares del Registro Civil, con corte a diciembre de 2015.
- Costos promedios de atención en salud para los afiliados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Costos de atención promedios estimados de los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 por tipo de prestadores y grupos de edad, ajustados a balance, para beneficiarios del Seguro General Obligatorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Estimaciones de afiliados por edad, para los años 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, con corte al 31 de diciembre del 2015, Dirección Actuarial y de Investigación, IESS.
- Estadísticas de Seguros Privados, series por compañía y riesgo. Junio 2015. Superintendencia de Bancos del Ecuador.

- Estadísticas de Compañías de Medicina Prepagada, series por compañía y riesgo. Diciembre 2015. Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.
- Información de Gasto Tributario de Sociedades que mantienen seguros privados por segmento. Servicio de Rentas Internas.

## **5. METODOLOGÍA APLICADA**

- Al ser el Seguro de Salud Individual y Familiar un seguro de reparto puro, y por tratarse de una cobertura adicional el copago para afiliados que utilicen la medicina prepagada, es necesario determinar el costo.
- Se estiman los valores de gastos en atenciones de salud para cada año en el Seguro General de Salud Individual y Familiar del Seguro General Obligatorio.
- Se estiman los valores de gastos en atenciones de salud para cada año en los Seguros Privados.
- Se estima el número de afiliados que accederían al servicio de medicina prepagada para cada año.
- Se estiman los valores de gastos en atenciones de salud para cada año de afiliados que accederían al servicio de medicina prepagada.
- Se estiman los costos por copago de afiliados que accederían al servicio de medicina prepagada.

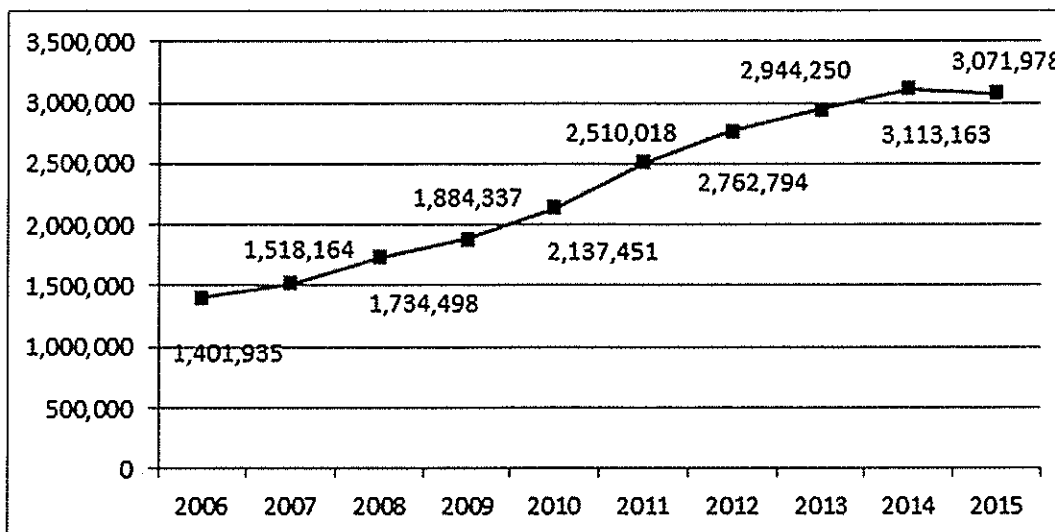
## **6. EL SEGURO GENERAL OBLIGATORIO - SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

La Constitución de la República y la Ley de Seguridad Social determinan que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la misión de proteger a la población afiliada al Seguro General Obligatorio (SGO) contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, desempleo, invalidez, vejez y muerte en los términos que consagra dicha Ley. Establecen que el Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad y suficiencia.

### 6.1. Sujetos de Protección

El artículo 2 de la Ley de Seguridad Social 2001-55 establece que son sujetos de protección del SGO, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella.

**Gráfico No. 1: Evolución histórica del número de afiliados activos al SGO**



FUENTE: Sistema de inteligencia del negocio, BI.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

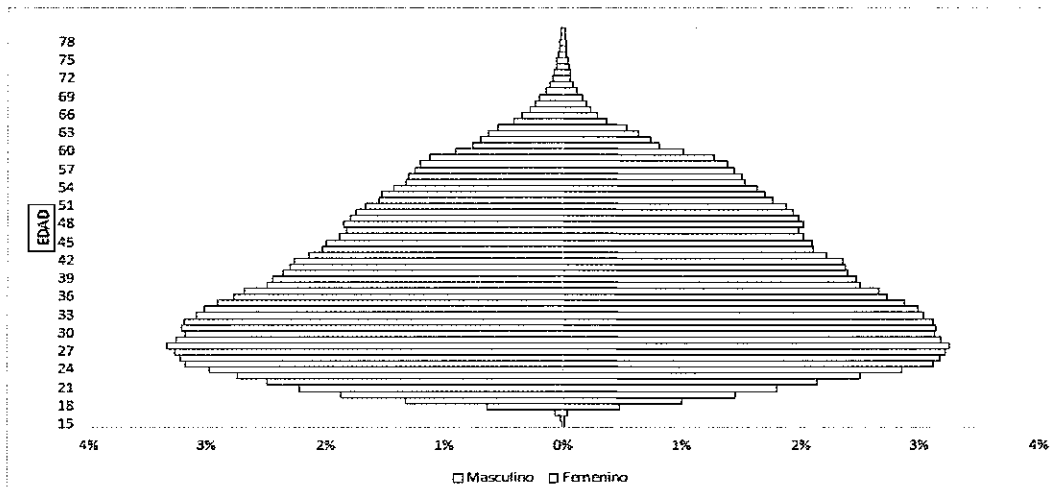
La evolución histórica del número de afiliados activos al SGO, a diciembre de cada año, se presenta en el gráfico No. 1. Se observa que los afiliados al SGO al 2015 pasó a 2.2 veces respecto al 2006, con un crecimiento promedio anual del 10.5% en ese período.

### 6.2. Población Afiliada a diciembre de 2015

A diciembre de 2015 existen 3,071,978 afiliados activos, de los cuales el 40.9% son mujeres y el 69.1% son hombres. La edad promedio es de 38.6 años y 37.8 años respectivamente. La distribución de los afiliados por edad y género se muestra en el gráfico No. 2; y, la de edad y número de años de imposiciones en el gráfico No. 3.

El número de imposiciones utilizado en este estudio es un número aproximado al valor real porque a la fecha del informe no se dispone de este valor para cada uno de los afiliados. Se observa que la población afiliada es relativamente joven, pues el 40% no supera los 5 años de aportación ni 40 años de edad.

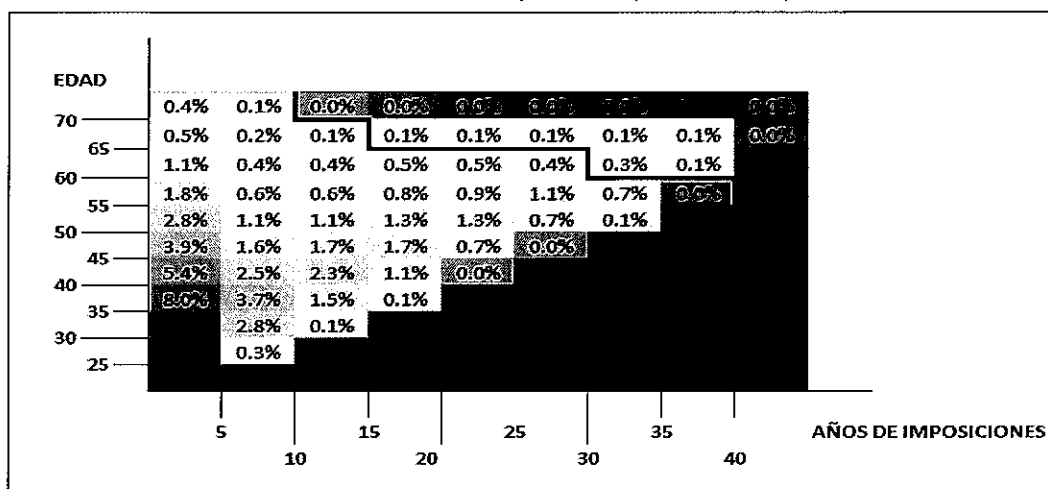
**Grafico No. 2:** Distribución de la edad de los afiliados por género



FUENTE: Bases de afiliados.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

**Gráfico No. 3:** Distribución de afiliados por edad y años de imposiciones estimado



FUENTE: Bases de afiliados y nómina de pensionistas.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

### 6.3. Contingencias cubiertas por el seguro general de salud individual y familiar

Las contingencias de enfermedad y maternidad son cubiertas por el Seguro General de Salud Individual y Familiar, que es un sistema con beneficios definidos y de capitalización colectiva, con una prima media general.

El artículo 103 de la Ley de Seguridad Social 2001-55 establece que la afiliación y la aportación obligatoria al Seguro General de Salud Individual y Familiar otorgan derecho a las siguientes prestaciones de salud:



- programas de fomento y promoción de la salud;
- acciones de medicina preventiva, que incluyen la consulta e información profesional, los procedimientos auxiliares de diagnóstico, los medicamentos e intervenciones necesarias;
- atención odontológica preventiva y de recuperación;
- asistencia médica curativa integral y maternidad, que incluye la consulta profesional, los exámenes y procedimientos de diagnóstico, los actos quirúrgicos, la hospitalización, la entrega de fármacos y las demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud;
- tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, dentro del régimen de seguro colectivo que será contratado obligatoriamente por la administradora, bajo su responsabilidad, para la atención oportuna de esta prestación, sin que esto limite los beneficios o implique exclusiones en la atención del asegurado, con sujeción al Reglamento General de esta Ley; y,
- tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública, bajo la modalidad de un fondo solidario financiado con el aporte obligatorio de los afiliados y empleadores y la contribución obligatoria del Estado.

En todo caso, las prestaciones de salud serán suficientes y adecuadas para garantizar la debida y oportuna atención del sujeto de protección. Cuando el sujeto de protección sufiere complicación o complicaciones, la prestación de salud se extenderá a tales complicaciones.

Las unidades médicas del IESS o de los demás prestadores acreditados, según el caso, proporcionarán al sujeto de protección la prestación de salud suficiente, que incluirá los servicios de diagnóstico auxiliar, el suministro de fármacos y la hotelería hospitalaria establecidos en los respectivos protocolos y tarifario, bajo su responsabilidad. Dentro de estos límites, no habrá lugar a pago alguno por parte del sujeto de protección.

#### 6.4. El gasto prestacional en el Seguro General de Salud Individual y Familiar

En el cuadro No. 1 se presenta la evolución de los montos anuales pagados por prestaciones, mientras que en el gráfico No. 4 se presenta la evolución histórica de éstos montos.

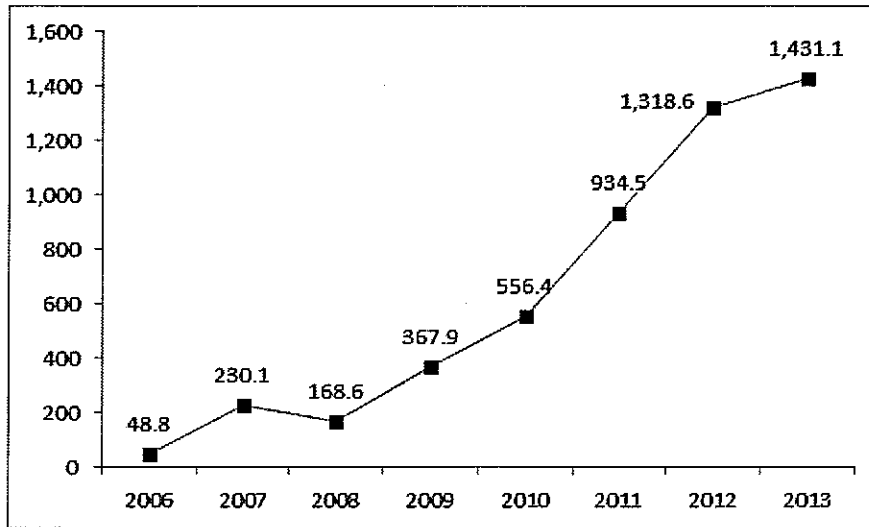
**Cuadro No. 1: Montos anuales pagados por prestaciones**  
 -millones de dólares-

TIPO DE PRESTACIÓN	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Subsidio maternidad	6.4	7.8	11.1	16.4	18.5	22.2	25.8	30.1	31.2	39.5
Subsidio enfermedad	4.3	6.3	8.5	15.9	21.1	27.7	33.9	42.1	45.1	67.3
Enfermedades catastróficas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.8	24.4	122.6	200.4	132.5
Enfermedad	38.1	216.0	149.1	335.6	516.8	873.7	1,234.5	1,236.4	1,539.4	1,134.3
<b>Total</b>	<b>48.8</b>	<b>230.1</b>	<b>168.6</b>	<b>367.9</b>	<b>556.4</b>	<b>934.5</b>	<b>1,318.6</b>	<b>1,431.1</b>	<b>1,816.1</b>	<b>1,373.6</b>

FUENTE: Estados de Resultados del Fondo del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

**Gráfico No. 4:** Montos totales anuales pagados por prestaciones  
-millones de dólares-

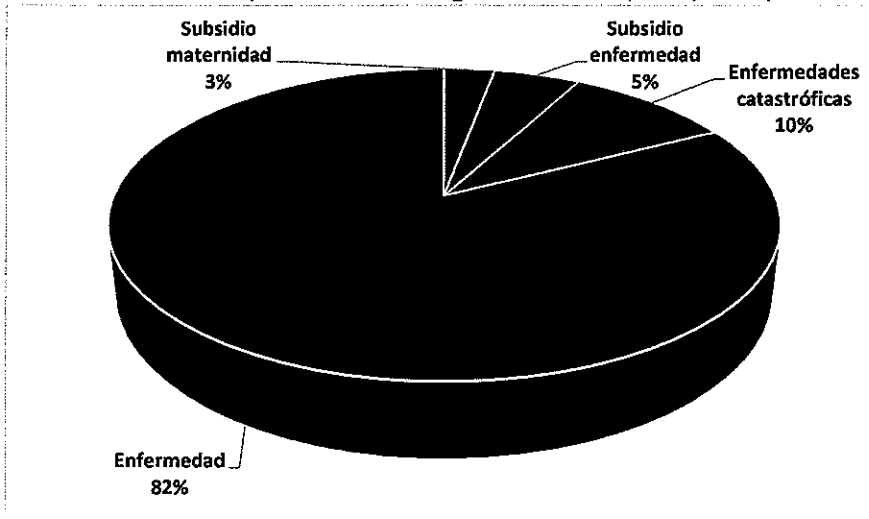


FUENTE: Estados de Resultados del Fondo del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

El gráfico No. 5 muestra la composición de los montos pagados por tipo de prestación. Esta composición impacta sustancialmente en la metodología de valuación actuarial propuesta en este estudio. La participación del subsidio de enfermedad en el monto total es menor al 3% en promedio por lo que estos eventos no se consideran en las simulaciones, sino más bien se los considera al final como un porcentaje.

**Gráfico No. 5:** Participación anual del gasto en 2015 por tipo de prestación



FUENTE: Estados de Resultados del Fondo del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

## 7. EL SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS – RAMO: ASISTENCIA MÉDICA

Las empresas de salud y medicina prepagada, son sociedades constituidas en el territorio nacional y que, en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones individuales, otorgan a sus afiliados el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general.

### 7.1. Regulación del Sistema

La Medicina prepagada es regulada por la “LEY QUE REGULA LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA”; regula la organización y funcionamiento de las empresas privadas de salud y medicina prepagada que financian la prestación de servicios de salud y, garantiza los derechos y obligaciones de los afiliados a estas empresas.

La Autoridad Sanitaria es el Ministerio de Salud está regulado por la “Ley Orgánica de Salud”, y es quien concede el permiso de funcionamiento en virtud de las condiciones y requisitos establecidos en el Reglamento General de esta Ley.

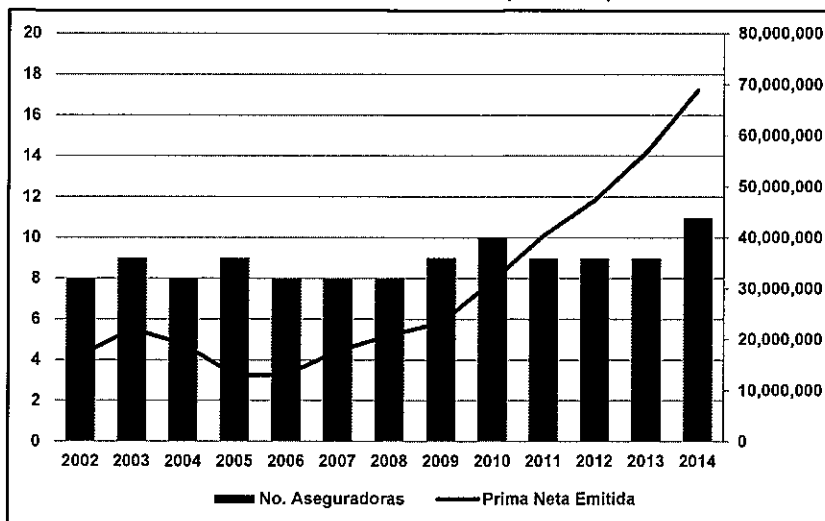
La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), es la instancia especializada para promover y controlar la calidad de servicios públicos y privados de salud.

A partir del 11 de septiembre del 2015, la vigilancia, auditoría, intervención, control y supervisión de las compañías de seguros y reaseguros corresponde a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

### 7.2. Primas Netas Emitidas por Compañías de Seguros en el Ramo de Asistencia Médica

Los valores históricos anuales recaudados por prima neta emitida por las compañías de seguros, en el ramo de asistencia médica, se presentan en el gráfico No. 6, en el que también se expone el número de empresas que emitieron este tipo de seguros.

**Gráfico No. 6:** Evolución de la Prima Neta Emitida por compañías de Asistencia Médica



FUENTE: Estadísticas Superintendencia de Bancos del Ecuador, al 31 de diciembre de 2014

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

Se observa que, si bien el número de aseguradoras en el ramo de asistencia médica se mantuvo casi constante en el tiempo, entre el 2002 y el 20014 tan solo se incorporaron tres aseguradoras, las primas netas emitidas crecieron cuatro veces, al pasar de USD 16.9 millones a USD 68.8 millones, en el mismo período. El crecimiento más importante se da a partir del 2010.

En el cuadro No. 1 y gráfico No. 5 se presenta la participación de las 11 empresas que emitieron pólizas en el año 2014, por un monto total de USD 68.8 millones. Se observa que PAN AMERICAN LIFE y BUPA cubren el 70% del mercado asegurador en esta rama; y, 6 empresas tienen una participación marginal, juntas suman el 2.7% del mercado.

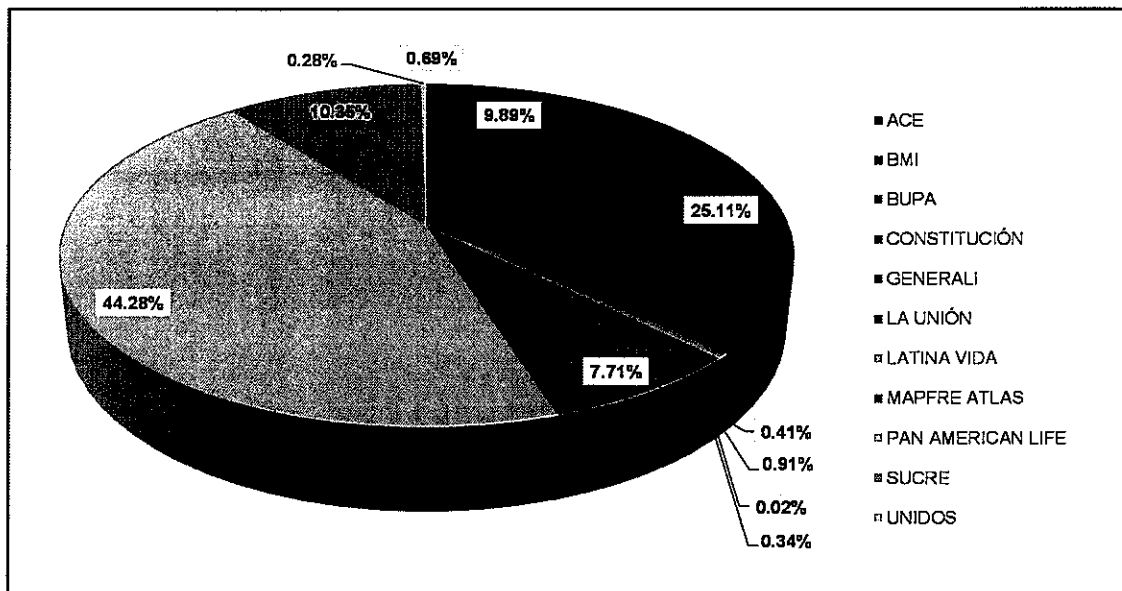
**Cuadro No. 2: Prima Neta Emitida por compañías de Asistencia Médica. 2014**

RAMO: Asistencia Médica Compañías	Prima Neta Emitida	Porcentaje
ACE	476,707	0.69%
BMI	6,804,414	9.89%
BUPA	17,274,813	25.11%
CONSTITUCIÓN	284,896	0.41%
GENERALI	628,247	0.91%
LA UNIÓN	15,092	0.02%
LATINA VIDA	232,848	0.34%
MAPFRE ATLAS	5,305,768	7.71%
PAN AMERICAN LIFE	30,468,408	44.28%
SUCRE	7,121,786	10.35%
UNIDOS	192,527	0.28%
<b>TOTAL</b>	<b>68,805,506</b>	<b>100.00%</b>

FUENTE: Estadísticas Superintendencia de Bancos del Ecuador, al 31 de diciembre de 2014

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

**Gráfico No. 7: Participación de Prima Neta Emitida por compañías de Asistencia Médica. 2014**



FUENTE: Estadísticas Superintendencia de Bancos del Ecuador, al 31 de diciembre de 2014

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

### 7.3. Ingresos en Compañías de Medicina Prepagada

Las empresas de medicina prepagada no son consideradas como empresas de seguros, puesto que se enfocan a un único tipo de producto o servicio; sin embargo, son actores importantes dentro del mercado de servicios de asistencia médica en el país.

El análisis considera exclusivamente a las empresas que prestan los servicios de medicina prepagada tanto a empresas como a personas naturales. El análisis se realiza en base al ingreso total reportado al SRI, valor que incluye a la prima emitida, pero que se compone también de otros ingresos.

**Cuadro No. 3: Ingresos Compañías de Medicina Prepagada. 2012-2014**

No.	RAZÓN SOCIAL	TOTAL DE INGRESOS 2014	TOTAL DE INGRESOS 2013	TOTAL DE INGRESOS 2012	CRECIMIENTO 2013-2014	CRECIMIENTO 2012-2013	ESTADO ACTUAL
1	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A	137.0	122.6	109.6	11.7%	11.9%	ACTIVA
2	ECUASANITAS S.A	52.0	49.4	50.5	5.4%	-2.3%	ACTIVA
3	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A	32.9	38.5	44.0	-14.4%	-12.6%	ACTIVA
4	INTERNATIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S.A	21.6	19.4	16.9	11.5%	14.6%	ACTIVA
5	MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A	18.3	21.4	14.7	-14.6%	45.8%	ACTIVA
6	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	18.1	14.9	12.9	21.6%	14.9%	ACTIVA
7	CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S.A. DIALICON	9.6	8.7	6.9	10.8%	26.1%	ACTIVA
8	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA	7.1	6.6	5.7	6.6%	15.5%	ACTIVA
9	COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A	5.3	3.5	8.2	53.9%	-57.8%	ACTIVA
10	LABORATORIO CLÍNICO ARRIAGA CA	5.0	4.6	4.7	9.1%	-2.5%	INACTIVA
11	GRUENTEC CIA. LTDA.	4.2	3.1	2.8	33.1%	12.2%	ACTIVA
12	OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A	4.1	3.5	3.8	16.4%	-6.1%	ACTIVA
13	LABORATORIO CLÍNICO ALCIVAR S.A ALCUNIC	3.5	3.1	3.0	10.8%	4.3%	ACTIVA
14	LABSERVICES S.A	3.2	2.5	2.7	24.4%	-5.4%	ACTIVA
15	PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA	3.0	2.9	3.1	4.7%	-7.3%	ACTIVA
16	HOSPIMAGENES S.A	2.5	2.4	2.5	6.0%	-3.6%	ACTIVA
17	ALFAMEDICAL S.A	0.7	0.8	1.0	-15.1%	-15.6%	INACTIVA
	<b>TOTAL</b>	<b>328.1</b>	<b>307.9</b>	<b>293.0</b>	<b>6.6%</b>	<b>5.1%</b>	

FUENTE: Estadísticas Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, al 31 de diciembre de 2014

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

Conforme se presenta en el cuadro No. 3, el sector de Medicina Prepagada evidencia un crecimiento importante entre 2013 y 2014, las principales empresas que conforman este segmento reportaron ingresos totales en su conjunto por USD 328 millones, lo que corresponde a una tasa de crecimiento de sus ventas del 6,6%. Los principales actores del segmento lo corresponden a Salud S.A (41,8%), Ecuasanitas (15,9%), Humana (10%), Interlab (6,6%), Medilcafé (5,6%) y Cruz Blanca (5,5%).

**Cuadro No. 4: Prima Neta Emitida por compañías de Asistencia Médica. 2014**

No.	RAZÓN SOCIAL	Ingresos prestacionales	Gastos prestacionales	Utilidad	Ratio de gasto
1	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A	149,289,092.00	88,892,648.90	60,396,443.10	59.54%
2	ECUASANITAS S.A	54,057,476.22	-	54,057,476.22	0.00%
3	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A	35,299,080.16		35,299,080.16	0.00%
4	INTERNATIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S.A	22,607,181.60	6,046,292.06	16,560,889.54	26.75%
5	MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A	15,926,846.85	8,852,843.49	7,074,003.36	55.58%
6	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	14,247,733.53	4,790,384.37	9,457,349.16	33.62%
7	CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S.A. DIALICON	8,687,816.29	832,386.67	7,855,429.62	9.58%
8	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA	6,637,953.48	4,440,789.65	2,197,163.83	66.90%
9	INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A	9,608,227.48	-	9,608,227.48	-
10	LABORATORIO CLÍNICO ARRIAGA CA	4,552,296.31		4,552,296.31	0.00%
11	GRUENTEC CIA. LTDA.	4,383,159.83	268,118.12	4,115,041.71	6.12%
12	OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A	-	670,431.56	-	-
13	LABORATORIO CLÍNICO ALCIVAR S.A ALCLINIC	3,660,398.33	268,565.38	3,391,832.95	7.34%
14	LBSERVICES S.A	2,949,023.95	864,859.08	2,084,164.87	29.33%
15	PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA	2,892,260.00	359,729.35	2,532,530.65	12.44%
16	HOSPIMAGENES S.A	2,404,342.01	549,860.69	1,854,481.32	22.87%
17	ALFAMEDICAL S.A	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>337,202,888.04</b>	<b>116,836,909.32</b>	<b>221,036,410.28</b>	<b>34.65%</b>

FUENTE: Estadísticas Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, al 31 de diciembre de 2014.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

En el cuadro No. 4 se presentan los ingresos y gastos prestacionales a diciembre 2014, observándose que el sistema presenta un ratio de gasto del 34.65%

#### 7.4. Contingencias cubiertas

La prestación de servicios se otorgará a través de planes abiertos, cerrados o mixtos; el afiliado tiene derecho a la libre elección ante una urgencia o emergencia.

Los planes de salud y medicina prepagada deberán estar en capacidad de ofrecer al beneficiario los siguientes servicios:

- Atención médica y profesional en las diversas especialidades, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos; y, medicamentos;
- Atención ambulatoria en todas las especialidades y sub – especialidades practicadas en las diferentes unidades de salud, en los consultorios y en los domicilios cuando el delicado estado de salud e imposibilidad de movilizar al paciente así lo justifique. La atención ambulatoria está definida por todas aquellas prestaciones de salud que, de acuerdo a la práctica médica común, no requieren de hospitalización para ser atendidas;
- Visita médica hospitalaria, cuando el beneficiario se encuentra internado en una unidad de salud;
- Procedimiento de emergencia ambulatorio o médico quirúrgicas. La emergencia, calificada por un médico, debe ser entendida como una situación grave que se presenta



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## DIRECCIÓN ACTUARIAL Y DE INVESTIGACIÓN

---

súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos, como las catástrofes naturales o una enfermedad aguda;

- e) Ambulancia terrestre, aérea y fluvial, debida y legalmente autorizada como tal, dentro del territorio nacional, excepto en los casos expresados en el respectivo Reglamento;
- f) Todas las interconsultas profesionales, exámenes auxiliares y de diagnóstico, existentes a la fecha de promulgación de la presente Ley o que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha del requerimiento del servicio;
- g) Atención hospitalaria a criterio del médico o profesional que atiende al beneficiario. En este derecho se incluye transporte, alimentación, habitación, terapia intensiva, insumos médicos y quirúrgicos, medicamentos, honorarios profesionales y todos los exámenes, procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéuticos mencionados en el artículo anterior o a criterio del médico o profesional bajo cuya responsabilidad está el contratante;
- h) Todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, curaciones y atención ambulatoria en atención al tratamiento de continuación posterior de cada enfermedad o accidente atendido;
- i) Todos los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, curaciones, atención ambulatoria, y rehabilitación para dar cobertura a los contratantes dentro de las especialidades, y sub - especialidades médicas y profesionales actuales o que pudieran crearse;
- j) Abortos no provocados, embarazos normales o complicados, controles prenatales, partos vaginales o por cesárea de productos a término o pre - término, complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento, atención del recién nacido a término o prematuro, atención perinatal, atención en la unidad de cuidados intensivos, tanto para la madre como para el producto a término o prematuro, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre - niño. Se atenderá de igual manera al recién nacido que padeciere de estigmas o patologías congénitas, genéticas o hereditarias;
- k) Reconocimiento de pagos totales o parciales, según el plan contratado, por la compra de medicamentos en cualquier farmacia calificada, siempre que aquellos hayan sido prescritos por un médico. Será obligación de la empresa cubrir todos los gastos que demande el transplante de órganos necesarios para la supervivencia del beneficiario o sus dependientes, en cuyos casos, la empresa también cubrirá los gastos en que para tal fin incurriera el donante, de acuerdo al plan contratado;

- l) Cobertura total de estudios anatomopatológicos cuando éstos sean solicitados por un médico o profesional para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de la patología de un paciente;
- m) Cobertura dental total o parcial de conformidad con el plan contratado; y,
- n) Cobertura total de todas las enfermedades congénitas y hereditarias.

### 8. AFILIADOS AL SEGURO GENERAL OBLIGATORIO QUE TIENEN SEGURO PRIVADO DE ASISTENCIA MÉDICA Y MEDICINA PREPAGADA

A diciembre de 2014, existen en el SRI registradas 8,934 empresas que tienen seguro privado de asistencia médica y/o medicina prepagada, con un total de 939,859 personas afiliadas de 1,919,849 empleados registrados, que corresponden al 49.0%.

**Cuadro No. 5:** Empresas que pagan seguros privados a sus empleados. 2014

EMPRESAS QUE PAGAN SEGUROS PRIVADOS				
SEGMENTO	Número	Empleados asegurados	Total empleados	Porcentaje empleados asegurados
<b>Grande</b>	1,856	726,520	1,124,861	64.6%
<b>Mediana</b>	2,551	155,852	442,099	35.3%
<b>Pequeña</b>	3,343	50,961	292,391	17.4%
<b>Micro</b>	1,184	6,526	60,498	10.8%
<b>TOTAL</b>	8,934	939,859	1,919,849	49.0%

FUENTE: SRI.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

Según la información del Servicio de Rentas Internas, por la afiliación de sus empleados, las empresas pagaron por primas el valor de USD 215,697,050, correspondientes a un pago promedio de USD 229 por empleado.

**Cuadro No. 6:** Estado de afiliación al IESS de empleados de empresas que pagan seguros privados. 2014

ESTADO	NÚMERO	PARTICIPACIÓN
<b>Afiliados al IESS</b>	420,714	44.8%
<b>No son afiliados al IESS</b>	519,145	55.2%
<b>TOTAL</b>	939,859	

FUENTE: SRI.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

De los 939,859 afiliados por sus empleadores, 420,714 son afiliados al IESS, es decir el 44.8%.



**Cuadro No. 11: Proyección de afiliados al IESS con Seguro empresarial**

AÑO	AFILIADOS IESS	TOTAL EMPLEADOS EMPRESAS CON SEGURO	AFILIADOS IESS CON SEGURO EMPRESARIAL	AFILIADOS IESS CON SEGURO EMPRESARIAL
			MODERADO	PESIMISTA
	<b>ESCENARIO</b>	<b>OPTIMISTA</b>	<b>MODERADO</b>	<b>PESIMISTA</b>
2016	3,891,313.0	2,343,205.9	1,428,347.0	513,488.1
2017	4,283,893.0	2,579,603.2	1,572,447.6	565,292.0
2018	4,379,938.0	2,637,438.0	1,607,701.9	577,965.8
2019	4,478,136.0	2,696,569.2	1,643,746.5	590,923.8
2020	4,578,536.0	2,757,026.4	1,680,599.4	604,172.3
2021	4,681,187.0	2,818,839.1	1,718,278.5	617,717.9

En el cuadro No. 12 se presentan los valores proyectados para el período 2016-2021 del gasto prestacional a valor actual para los escenarios planteados.

**Cuadro No. 12: Proyección del gasto prestacional**

ESCENARIO	OPTIMISTA	MODERADO	PESIMISTA
<b>INGRESOS POR PRIMAS ASEGURADORAS</b>	8,117,302,433.7	4,948,058,315.7	1,778,818,425.9
<b>GASTO PRESTACIONAL ASEGURADORAS</b>	2,812,645,293.3	1,714,502,206.4	616,360,584.6
<b>GASTO PRESTACIONAL IESS</b>	2,689,022,691.3	1,639,146,364.5	589,286,716.7
<b>COPAGO 20%</b>	703,161,323.3	428,625,551.6	154,090,146.1

## 12. CONCLUSIÓN

Se concluye que en los tres escenarios, que en el período 2016 al 2021, el gasto prestacional del IESS, a valor actual, por sus afiliados que tienen un seguro privado de salud es mayor que el copago que podría asumir por aplicación de la ley.

## 13. RECOMENDACIONES

La gestión correcta de los riesgos identificados implicará la disminución e inclusive la eliminación del impacto al IESS. Una adecuada normatividad permitirá identificar, medir, controlar, mitigar y monitorear los riesgos inherentes a este negocio, con el objeto de definir adecuadamente el perfil de riesgo, el grado de exposición que el IESS está dispuesto a asumir en el desarrollo del nuevo negocio, que derivará en una mejor gestión de los demás riesgos identificados.

La normativa deberá ser clara y concisa, deberá definir adecuadamente los procesos, precisará límites de exposición, así como necesariamente deberá identificar excepciones en los procesos del negocio.

**Cuadro No. 7: Estado de atención médica de afiliados al IESS y que sus empleadores pagan seguros privados. 2014**

ESTADO	NÚMERO	PARTICIPACIÓN
Atendidos en el IESS	111,345	26.5%
Sin atención en el IESS	309,369	73.5%
<b>Total afiliados al IESS</b>	<b>420,714</b>	

FUENTE: SRI.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

De los 939,859 afiliados por sus empleadores, 420,714 son afiliados al IESS, es decir el 44.8%; de estos el 26.5% fueron atendidos por el IESS o en prestadores externos con gasto prestacional total de USD 71,456,088.24; es decir, se gastó USD 641.75 por cada afiliado atendido. Si consideramos el número de afiliados atendidos o no, el gasto prestacional fue de USD 169.84.

## 9. IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS

Al asumir el IESS el copago y/o deducible de sus afiliados que han contratado un plan de medicina prepagada, también asume varios riesgos. A continuación se exponen los riesgos más importantes identificados, que han sido agrupados por tipo de riesgo:

### 9.1. Riesgo de liquidez

Por un lado, las empresas de medicina prepagada, alentadas por la disposición del IESS de asumir los copagos y deducibles, podrían llegar a pactar con los prestadores un precio superior del servicio para su propio beneficio, lo que haría que los egresos por copagos y deducibles aumenten, que implicaría un mayor gasto para el IESS.

Por otro lado, el asumir el copago y el deducible implicaría pagar un porcentaje de los siniestros por maternidad y enfermedad, pero le convertiría al IESS en simple pagador puesto que podría no ser un actor activo en la determinación de los montos o porcentajes de copago y deducible.

Esta nueva prestación llevaría al IESS en la dirección opuesta a las recomendaciones del Estudio Actuarial del Seguro de Salud, las cuales indican que el IESS debe gestionar y administrar el riesgo, utilizar tecnologías más eficientes y de menor costo, compartir el riesgo con los afiliados y compartir el riesgo con los proveedores.

### 9.2. Riesgo operativo

El copago y el deducible en un seguro médico cumplen con la función de regulador de la demanda de servicios de salud. Al asumir el IESS el copago y el deducible motivaría la demanda innecesaria de servicios médicos. Por ejemplo, los afiliados:

- pueden solicitar consultas con más de un especialista para un mismo problema de salud;
- pueden solicitar consultas para problemas que no ameritan de un especialista y que pueden ser solucionados por médicos generales o familiares; y/o,

- pueden solicitar el uso de cierta tecnología cuando en realidad no es necesaria; así, en lugar de un parto natural se podría ejecutar una cesárea.

### 9.3. Riesgo reputacional

Al asumir el copago y deducible, ciertos procedimientos que el IESS considere que no son necesarios pueden ser efectuados en las empresas de medicina prepagada, en beneficio directo del prestador externo, generando una imagen corporativa negativa en los afiliados.

### 9.4. Riesgo legal

Un seguro médico es un contrato exclusivamente entre el asegurado y el asegurador. En dicho contrato, el asegurador define los montos o porcentajes del copago y del deducible de acuerdo a sus políticas internas. Por lo que, el IESS pasa a ser un agente externo que asume la responsabilidad de los copagos y los deducibles establecidos por un tercero. Entonces, cuando las empresas de medicina prepago reclamen al IESS el copago y deducible el Instituto deberá desembolsar los montos reclamados o caso contrario enfrentar un proceso legal.

La normatividad interna del IESS es débil, lo que sería un factor determinante a la exposición de todos los riesgos identificados en esta sección.

### 9.5. Matriz de los riesgos identificados y su gestión

La gestión correcta de los riesgos expuestos en la cuadro No. 7 implicará la disminución e inclusive la eliminación del impacto al IESS.

**Cuadro No. 7: Matriz de riesgos identificados en la cobertura de copago**

Tipo de riesgo	Factor de riesgo	Concepto	Impacto	Gestión
Liquidez	Precios más altos	Oligopolio pacta precios superiores generando mayores egresos al IESS.	Medio	Control normativo
		IESS como simple pagador sin capacidad de pactar porcentajes de copago y deducible.		Control normativo
Mayor número de siniestros	Incremento de la demanda de salud genera mayores egresos.	Control normativo		
Operativo	Demanda innecesaria de servicios médicos	Consulta con más de un especialista para el mismo problema de salud.		Protocolos médicos y fortalecimiento de auditoría médica
		Demanda de especialista que puede ser resuelta por médicos generales.		
		Uso de alta tecnología cuando no es necesaria.		
Reputacional	Discrepancia de procedimientos	Genera imagen corporativa negativa de la institución.	Medio	Protocolos médicos, transparencia y publicidad
Legal	Procesos legales	IESS, como agente externo con responsabilidad sobre el compromiso adquirido entre terceros, deberá cumplir con los desembolsos solicitados por las aseguradoras para evitar procesos legales.	Medio	Control normativo
	Normativa débil	Normativa débil y permisiva posibilita la exposición a los demás tipos de riesgos analizados.		Control normativo

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

Una adecuada normatividad permitirá identificar, medir, controlar, mitigar y monitorear los riesgos inherentes a este negocio, con el objeto de definir adecuadamente el perfil de riesgo, el

grado de exposición que el IESS está dispuesto a asumir en el desarrollo del nuevo negocio, que derivará en una mejor gestión de los demás riesgos identificados.

La normativa deberá ser clara y concisa, deberá definir adecuadamente los procesos, precisará límites de exposición, así como necesariamente deberá identificar excepciones en los procesos del nuevo negocio.

## 10. HIPÓTESIS MACROECONÓMICAS

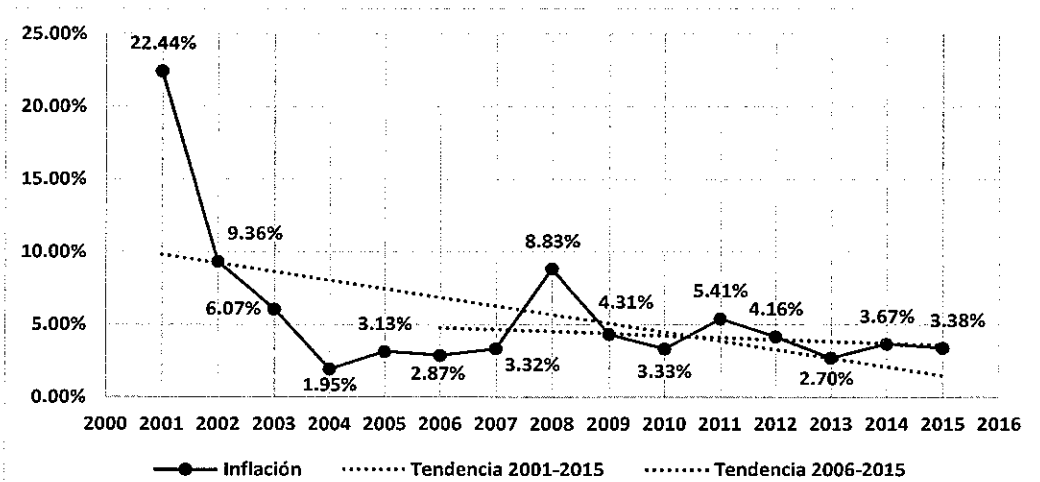
Los parámetros clasificados como económicos son: inflación, incremento del salario básico, incremento de los salarios declarados.

### 10.1. Inflación

Según el INEC, la inflación acumulada de diciembre de 2015 alcanzó el 3.38%; la mayor contribución a la inflación anual provino de 8 actividades económicas (alimentos y bebidas no alcohólicas 0.09%; bebidas alcohólicas, tabacos y estupefacientes 0.06%; bienes y servicios diversos 0.05%, entre los más importantes), en tanto que transporte y salud tuvieron una contribución negativa. En el gráfico No. 8 se presenta la evolución histórica de la inflación anual en los últimos años.

Se observa que a inicios de la dolarización la inflación estuvo por encima del 22%, pero con la evolución del tiempo esta fue estabilizándose. La tendencia desde el 2001 hasta el 2015 fue negativa, con una pendiente de  $-0.60\%$ ; si el período se considera desde el 2006, la tendencia se mantiene negativa, pero de menor pendiente  $0,13\%$ . Se estima que la inflación para el año 2016 será del 3.3%, y que en el largo plazo tienda a estabilizarse en el 3.5%.

**Gráfico No. 8: Evolución histórica de la inflación anual**



FUENTE: BCE.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

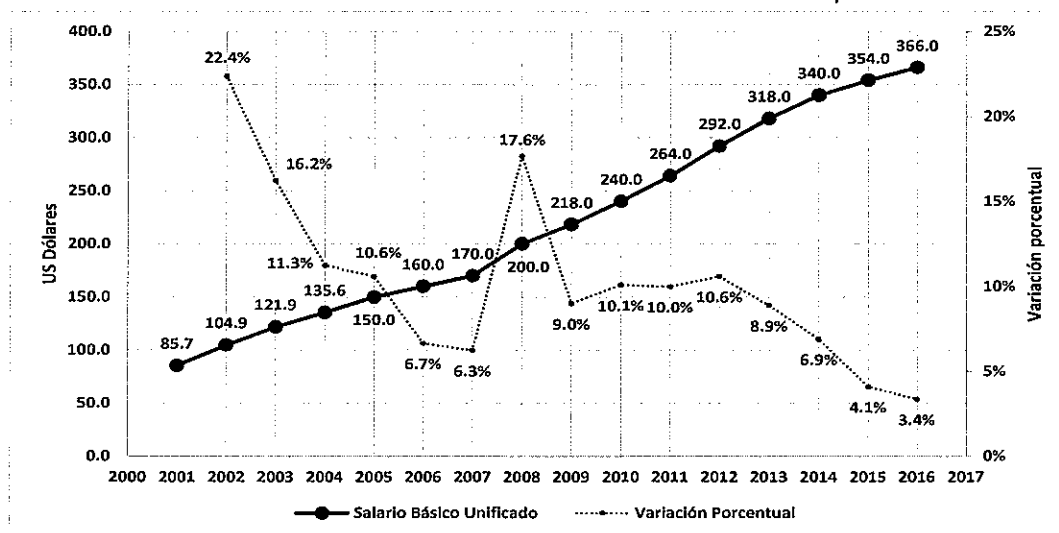
### 10.2. Incremento del Salario Básico Unificado

En el gráfico No. 9 se presenta la evolución histórica del salario básico unificado en dólares desde el 2001 hasta el 2016. Se observa que el salario básico mensual unificado (SBMU) hasta diciembre de 2015 fue de USD 354; para el 2016 se fijó en USD 366, lo que significó un incremento del 3.39%, muy cercano a la inflación del año inmediatamente anterior.

Se destaca una desaceleración del crecimiento del SBMU en los últimos años, teniendo en cuenta que al 2012 el incremento alcanzó el 10.60%; al 2013 este fue del 8.90%; al 2014 del 6.92%; al 2015 del 4.12%; y, al 2016 el 3.39%.

A pesar de que la variación del salario básico ha sido irregular, es de esperar que en el corto plazo se mantenga en un promedio alrededor del 7.02%, y en el mediano y largo plazo lo haga alrededor del 4%, principalmente porque las políticas gubernamentales apuntan a que el segmento de la población ecuatoriana menos favorecido cada vez se acerque al salario digno.

**Gráfico No. 9: Evolución histórica del salario básico unificado y su variación**



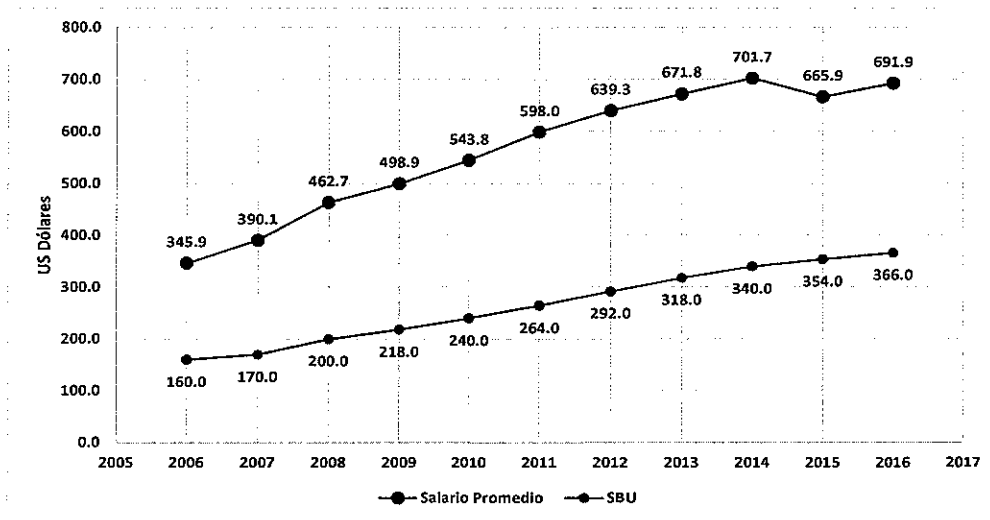
FUENTE: BCE

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

### 10.3. Incremento de los Salarios Declarados

Debemos resaltar que los ingresos mensuales por aportes que percibe el Seguro General Obligatorio son un porcentaje fijo de los salarios declarados o materia gravada, entendiéndose que la materia gravada es todo ingreso regular, susceptible de apreciación pecuniaria, percibido por el afiliado con motivo de la realización de su actividad personal; entonces, la materia gravada depende directamente del SBU.

**Gráfico No. 10:** Evolución histórica del SBU y el Salario Declarado Promedio a diciembre de cada año.

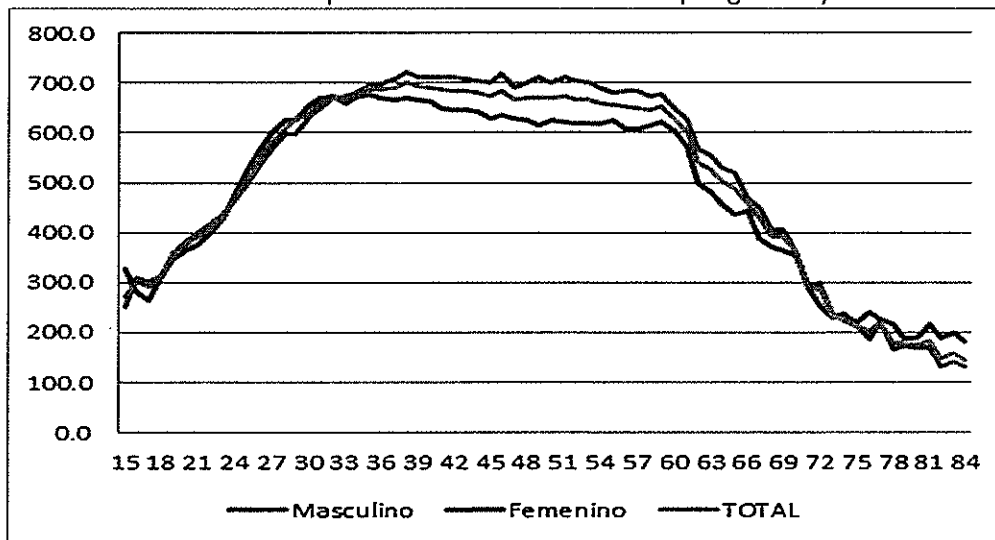


FUENTE: BCE, BI-IESS

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

En el gráfico No. 10 se presenta la evolución histórica del Salario Básico Unificado (SBU) y el Sueldo Promedio Declarado (SPD), base de aportación a diciembre de cada año, desde el 2006 hasta el 2016. Se observa que hasta el 2014 la relación entre el SPD y SBU era de alrededor de 2.2 veces; sin embargo, en estos dos últimos años existe una disminución en algo más del 16.3%, quedando esta relación, a la fecha del estudio, en 1.9 veces.

**Gráfico No. 11:** Salario promedio de afiliados al SGO por género y edad. 2015



Fuente: BI-IESS

Elaboración: Dirección Actuarial y de Investigación

Un detalle del comportamiento de los ingresos por edad y género se presenta en el gráfico No. 11, en el que se observa que de los 24 a los 32 años las mujeres tienen mejores salarios promedio, revirtiéndose en favor de los hombres a partir de esta edad. En ambos casos se da un

crecimiento rápido del salario promedio hasta los 32 años, luego en el caso de las mujeres se da un decrecimiento leve hasta los 59 años, edad a partir de la cual se acelera este decrecimiento.

En el caso de los afiliados varones, a partir de los 33 años el salario promedio crece levemente y permanece estable hasta los 59 años, a partir de la cual empieza un decrecimiento sostenido como en el caso de las mujeres.

## 11. ESTIMACIONES DEL GASTO

El Estado ecuatoriano estableció, para los próximos cuatro años, aumentar la PEA afiliada a la seguridad social contributiva al 60% y a nivel rural al 50%. Esto implica que la tasa de afiliación para este período debe tener al menos el mismo ritmo de los años recientes y que luego de dicho período la tasa de afiliación regrese a su tendencia esperada. Por tal motivo, se utiliza dos metodologías diferentes para proyectar el número de afiliados activos.

Para el período 2014 – 2017 se utilizaron dos metodologías: de series temporales por provincias y de regresión múltiple que proporcionan proyecciones estadísticamente iguales.

A partir del 2018 se estimó en función del crecimiento de la población económicamente activa (PEA) realizadas por el CELADE y el INEC en el año 2013, tomando los mismos crecimientos anuales.

En el cuadro No. 8 y en la gráfico No. 12 se presentan los datos correspondientes a la proyección del número de afiliados activos del Seguro General Obligatorio.

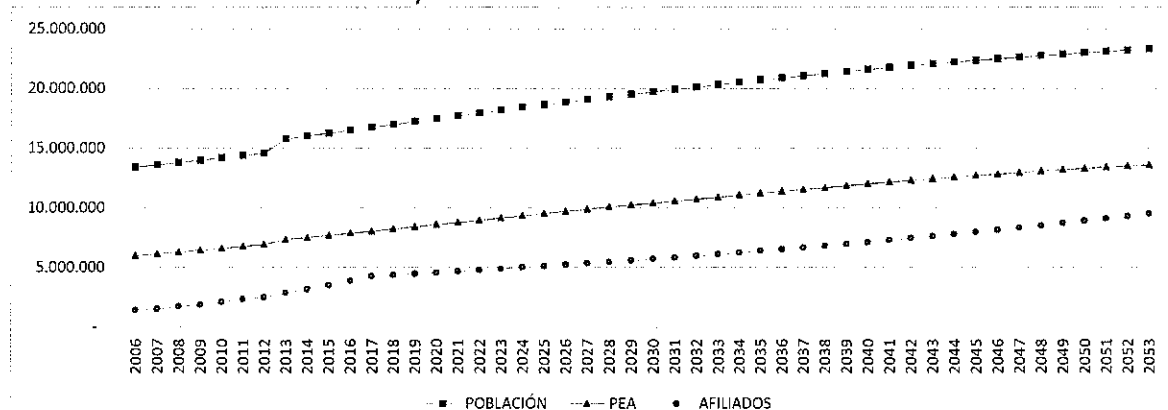
**Cuadro No. 8: Proyección del Número de Afiliados Activos al SGO**

AÑO	POBLACION	PEA	AFILIADOS	AÑO	POBLACION	PEA	AFILIADOS	AÑO	POBLACION	PEA	AFILIADOS
2006	13,408,270	5,995,072	1,426,299	2022	17,951,270	8,990,608	4,786,139	2038	21,256,085	11,737,643	6,824,246
2007	13,605,486	6,149,644	1,524,802	2023	18,182,789	9,172,716	4,893,444	2039	21,428,746	11,890,725	6,977,246
2008	13,805,092	6,304,216	1,735,581	2024	18,411,456	9,354,046	5,003,155	2040	21,596,355	12,040,279	7,133,676
2009	14,005,445	6,458,788	1,876,800	2025	18,636,876	9,533,989	5,115,326	2041	21,759,108	12,186,258	7,293,613
2010	14,204,900	6,613,360	2,133,435	2026	18,859,265	9,712,615	5,230,011	2042	21,917,219	12,328,807	7,457,135
2011	14,403,543	6,779,238	2,362,293	2027	19,078,881	9,890,281	5,347,268	2043	22,070,386	12,467,878	7,624,324
2012	14,602,471	6,945,117	2,526,125	2028	19,295,418	10,066,787	5,467,154	2044	22,218,342	12,603,438	7,795,262
2013	15,768,918	7,365,092	2,877,783	2029	19,508,534	10,241,949	5,589,728	2045	22,360,777	12,735,458	7,970,031
2014	16,019,591	7,541,784	3,188,253	2030	19,717,921	10,415,581	5,715,049	2046	22,497,471	12,863,868	8,148,719
2015	16,267,723	7,719,588	3,526,093	2031	19,923,886	10,588,036	5,843,181	2047	22,628,620	12,988,602	8,331,414
2016	16,513,666	7,898,967	3,891,313	2032	20,126,652	10,759,417	5,974,185	2048	22,754,560	13,109,653	8,518,204
2017	16,758,520	8,080,048	4,283,893	2033	20,325,739	10,929,100	6,108,126	2049	22,875,631	13,227,008	8,709,182
2018	17,001,758	8,262,132	4,379,938	2034	20,520,675	11,096,451	6,245,070	2050	22,992,171	13,340,649	8,904,442
2019	17,242,857	8,444,509	4,478,136	2035	20,710,987	11,260,805	6,385,085	2051	23,104,273	13,429,845	9,104,080
2020	17,481,284	8,626,451	4,578,536	2036	20,896,888	11,422,344	6,528,238	2052	23,211,711	13,515,371	9,308,193
2021	17,717,306	8,808,330	4,681,187	2037	21,078,695	11,581,402	6,674,601	2053	23,314,345	13,596,593	9,516,883

FUENTE: INEC – CELADE y Dirección Actuarial y de Investigación.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

**Gráfico No. 12: Proyección del Número de Afiliados Activos al SGO**



FUENTE: INEC – CELADE y Dirección Actuarial y de Investigación.

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

Para la población estimada, el flujo del gasto prestacional en el Seguro General de Salud Individual y familiar sería conforme se presenta en los cuadros No. 9 y No. 10 se presentan los valores nominales y actuales del gasto prestacional anual proyectado al 2021.

**Cuadro No. 9: Proyección del Gasto prestacional anual, en valores nominales, del SGSIF**

AÑO	VALOR NOMINAL DE LOS EGRESOS										TOTAL EGRESOS
	AFILIADOS					PENSIONISTAS		BENEFICIARIOS			
	MATERNIDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD	SUBSIDIO MATERNIDAD	SUBSIDIO ENFERMEDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD		
2016	15.4	171.9	1,599.0	33.6	59.1	74.6	322.9	5.5	402.5	2,375.3	
2017	18.0	199.2	1,853.6	35.7	67.7	80.0	351.6	6.3	461.2	2,649.8	
2018	18.8	220.1	2,019.3	36.4	73.9	86.7	385.5	6.9	502.9	2,952.2	
2019	19.7	242.7	2,198.0	37.4	80.9	97.8	432.2	7.7	550.3	3,277.3	
2020	20.8	266.8	2,391.0	38.8	88.8	111.7	488.7	8.5	603.1	3,631.7	
2021	21.9	292.5	2,598.9	40.3	97.5	129.1	556.8	9.5	661.5	4,017.0	

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

**Cuadro No. 10: Proyección del Gasto prestacional anual, en valores actuales, del SGSIF**

AÑO	VALOR ACTUAL DE LOS EGRESOS										TOTAL EGRESOS
	AFILIADOS					PENSIONISTAS		BENEFICIARIOS			
	MATERNIDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD	SUBSIDIO MATERNIDAD	SUBSIDIO ENFERMEDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD	CATASTRÓFICAS	ENFERMEDAD		
2016	14.3	159.7	1,485.5	31.2	54.9	69.3	300.0	5.1	374.0	2,206.7	
2017	15.6	172.0	1,599.8	30.8	58.4	69.0	303.4	5.4	398.0	2,287.0	
2018	15.1	176.5	1,619.1	29.2	59.2	69.5	309.1	5.5	403.2	2,367.1	
2019	14.7	180.8	1,637.3	27.9	60.3	72.8	321.9	5.7	410.0	2,441.3	
2020	14.4	184.6	1,654.7	26.8	61.4	77.3	338.2	5.9	417.3	2,513.3	
2021	14.1	188.0	1,670.9	25.9	62.7	83.0	358.0	6.1	425.3	2,582.6	

ELABORACIÓN: Dirección Actuarial y de Investigación.

En el cuadro No. 11 se presentan las proyecciones de los afiliados al IESS con seguro empresarial en salud contratado, con tres escenarios: Optimista, bajo la hipótesis de que las empresas contratan un seguro médico o medicina prepagada al 100% de sus afiliados; Moderado, bajo la hipótesis de que las empresas contratan un seguro médico o medicina prepagada al 61% de sus afiliados; Pesimista, bajo la hipótesis de que las empresas contratan un seguro médico o medicina prepagada al 22% de sus afiliados, esta última es la situación actual.