

Informe final de la estimación de cuentas nacionales de salud, Ecuador 1997

República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Dirección Nacional de Planificación y
Financiamiento

Instituto Nacional de Estadística y Censos

Partnerships for Health Reform Project

MSP-INEC-PHR

Marzo del 2001

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento

Dr. Patricio Jamriska Jácome
Ministro de Salud Pública

Dr. Carlos Cepeda Puyol
Subsecretario General de Salud

Lcdo. Fredy Páez Espín
Subsecretario de Desarrollo Institucional

Dr. Max Torres Guaycha
Director General de Salud

Dr. Fernando Torres Andrade
Coordinador Proyecto Modersa

Dra. Judith Cazares Guerrero
Directora Nacional de Planificación

Equipo Investigador:

MSP: Dmgfa. Renata Jara Novillo
Dr. Kléber Gavilánez Quezada
Sra. Juana Cifuentes García
Sra. Tanny Capelo Quishpe
PHR: Econ. Eduardo Sotomayor Jara
INEC: Econ. Soledad Carvajal Ruiz
Lcda. Mirian Mendoza Albán
Econ. Patricia Vizuite Cabrera
Econ. Juan Villavicencio Jaramillo

Asesoría:

Dra. Patricia Hernández Peña (PHR)
Dra. Tania Dmytraczenko (PHR)

Texto y Diagramación:

Lcda. M.C. De Valdenebro (De Val Grafik Source)
CEPAR

Este documento fue elaborado por la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio de Salud Pública del Ecuador con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y Censos, bajo el auspicio del Ministerio de Salud Pública- Proyecto MODERSA, la colaboración del Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR) y el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Quito).

Contenido

Prefacio	vi
Siglas	ix
1. Introducción	1
2. ¿Por qué cuentas nacionales de salud?	5
2.1 Marco de la estimación	6
3. La magnitud del gasto	9
3.1 Gasto en salud del Ecuador en el contexto de América Latina	10
4. Los flujos de financiamiento del sistema de salud	13
5. Los sistema de salud y sus recursos	15
6. Las fuentes alternativas de financiamiento	19
6.1 Fuentes privadas del gasto en salud	20
6.2 Gastos directos de los hogares	21
6.3 Copagos de los hogares y empresas al MSP	22
6.4 Pago por servicios entre proveedores	22
6.5 Recursos externos	23
7. La descentralización	25
7.1 Gasto público y privado por región	25
7.2 Gasto público <i>per cápita</i> nacional, por provincia y región (MSP – IESS)	27
7.3 Copagos al MSP por región	28
7.4 Gastos curativos y preventivos por región	29
7.5 Gasto por región según indicadores de salud	30
8. La eficiencia	31
8.1 Gastos ambulatorios y hospitalarios	31
8.2 Gasto por tipo de atención y nivel	32
8.3 Distribución por tipo de gasto	33
8.3.1 Gastos en inmunizaciones	34
8.3.2 Gastos en prevención de la malaria por provincia	36
8.4 Gastos en recursos humanos e inversión	37
8.5 Gastos de los hogares en fármacos	38
8.6 Recursos externos por tipo de gasto	39
9. La equidad	41
9.1 Gasto de los hogares en salud según servicios básicos de la vivienda	43
9.2 Gasto promedio en salud de los hogares según aseguramiento	44
9.2.1 Gasto anual <i>per cápita</i> en salud en el Ecuador por áreas urbana y rural	47
9.2.2 Gasto en salud según años de vida saludable perdidos	47
9.3 Gasto de los hogares en salud por género del jefe	48
9.3.1 Gasto preventivo y curativo por género del usuario	49

10. Conclusiones	51
Anexo	55
Principales matrices	55
1. Gasto en salud según fuentes de financiamiento	56
2. Gasto en salud según agentes a proveedores de servicios	58
3. Gasto en salud según nivel de atención	59
4. Gasto en salud según actividad y tipo de atención	60
5. Gasto en salud según tipo de gasto	62
6. Gasto en salud según región	64
Bibliografía	67

Gráficos

Gráfico 1. Distribución del gasto en salud como proporción del PIB y como gasto <i>per cápita</i> , Ecuador 1970-1997	9
Gráfico 2. Tasa de crecimiento del ingreso y del gasto en salud <i>per cápita</i> , Ecuador 1970-1997	10
Gráfico 3. Distribución del gasto público y privado como proporción del PIB, Ecuador 1970-1997	10
Gráfico 4. Flujos de financiamiento, Ecuador 1997	14
Gráfico 5. Distribución del gasto privado en salud según proveedor, Ecuador 1997	21
Gráfico 6. Distribución del gasto de los hogares en salud por proveedor, Ecuador 1997 ...	21
Gráfico 7. Distribución del gasto de los hogares en salud según tipo de atención, Ecuador 1997	22
Gráfico 8. Distribución de los copagos de empresas y hogares al MSP por tipo de gasto, Ecuador 1997	22
Gráfico 9. Distribución de los recursos externos según tipo y agente receptor, Ecuador 1997	24
Gráfico 10. Distribución del gasto <i>per cápita</i> en salud de los hogares por región, Ecuador 1997	25
Gráfico 11. Distribución del gasto público y privado por región, Ecuador 1997	26
Gráfico 12. Distribución de los copagos por región, MSP, Ecuador 1997	29
Gráfico 13. Distribución del gasto por tipo de atención según región, Ecuador 1997	29
Gráfico 14. Distribución del gasto en inmunizaciones según proveedores, Ecuador 1997 .	36
Gráfico 15. Distribución del gasto en personal e inversión según tipo de proveedor, Ecuador 1997	38
Gráfico 16. Distribución del gasto directo anual en fármacos de la población según la institución aseguradora que la cubre, Ecuador 1997	38
Gráfico 17. Distribución del gasto promedio en salud de los hogares según proveedores de servicio de salud, Ecuador 1997	43
Gráfico 18. Distribución del gasto anual de los hogares en salud por condición de aseguramiento según proveedores, Ecuador 1997	46
Gráfico 19. Distribución del gasto <i>per cápita</i> en salud por condición de aseguramiento y según proveedor, Ecuador 1997	47
Gráfico 20. Distribución del gasto directo <i>per cápita</i> en salud por áreas y según proveedor, Ecuador 1997	47
Gráfico 21. Distribución del gasto promedio anual en salud de los jefes de hogar por quintiles de ingreso según género, Ecuador 1997	49
Gráfico 22. Distribución del gasto promedio anual en salud de los jefes de hogar por quintiles de ingreso según género, Ecuador 1997	49

Cuadros

Cuadro 1. Indicadores económicos de gasto y salud en países de América Latina, 1997 ...	11
Cuadro 2. Distribución del gasto en salud según proveedores, Ecuador 1997	17
Cuadro 3. Ingresos y gastos del gobierno central, Ecuador 1987-1997	20
Cuadro 4. Pago por servicios, por tipo de institución, Ecuador 1997	23
Cuadro 5. Distribución de los pagos por servicios del MSP e IESS, por tipo de proveedor, Ecuador 1997	23
Cuadro 6. Distribución porcentual del financiamiento externo según agentes y tipo, Ecuador 1997	24

Cuadro 7. Distribución del gasto <i>per cápita</i> por institución y provincia, Ecuador 1997	28
Cuadro 8. Distribución del gasto <i>per cápita</i> por región según indicadores de salud, Ecuador 1997	30
Cuadro 9. Distribución de los gastos ambulatorios y hospitalarios por agente, Ecuador 1997	32
Cuadro 10. Distribución porcentual del gasto en atención según proveedor y nivel, Ecuador 1997	34
Cuadro 11. Gastos en salud según actividad y atención por tipo de proveedor, Ecuador 1997	35
Cuadro 12. Distribución del gasto en malaria por provincia y tasa de incidencia, Ecuador 1997	37
Cuadro 13. Recursos externos según tipo de atención, Ecuador 1997	39
Cuadro 14. Gasto anual en salud de los hogares por quintiles de ingreso según proveedores de servicios de salud, Ecuador 1997	42
Cuadro 15. Distribución del gasto total y promedio de los hogares en salud por quintiles de ingreso según servicios básicos de la vivienda, Ecuador 1997	44
Cuadro 16. Distribución del gasto directo anual en salud de los hogares como porcentaje del gasto total en salud, 1997	45
Cuadro 17. Distribución del gasto promedio anual en salud de los hogares por quintiles de ingreso según condición de aseguramiento, Ecuador 1997	46
Cuadro 18. Distribución del gasto <i>per cápita</i> en salud por proveedores según AVISA y grupos de enfermedad, Ecuador 1997	48
Cuadro 19. Distribución del gasto total anual en salud de los hogares por quintiles de ingreso según género y tipo de atención, Ecuador 1997	50
Cuadro 20. Distribución del gasto promedio en salud de los hogares por quintiles de ingreso según género y tipo de atención, Ecuador 1997	50

Prefacio

La toma de decisiones que responda a las necesidades existentes, exige contar con elementos que permitan un análisis integral de la situación. En materia de financiamiento de la salud se requieren estudios que presenten la información detallada, integral y oportuna. Un mejor conocimiento es la base esencial para la formulación de las nuevas políticas.

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) cuantifican integral, sistemática y estandarizadamente el monto de los recursos financieros del sistema de salud, así como sus usos y distribución. Ofrecen una descripción del gasto que facilita la identificación de los problemas y las posibles soluciones en este ámbito. Constituyen por lo tanto, una herramienta fundamental para plantear, monitorear y evaluar las estrategias financieras de la reforma de la salud. La gestión de los recursos de la salud será más eficiente si se dispone de información organizada según el modelo de CNS, que proporciona datos desagregados básicos para la toma de decisiones y los procesos de planeación.

Dada la relevancia del gasto en salud, su estimación a nivel macro forma parte de las cifras que el Banco Central emite rutinariamente en el país. Dichas estimaciones se encuentran disponibles hasta 1993, para los sectores público y privado. Una estimación con cifras de 1995 y bajo la metodología de CNS fue realizada ya en el país bajo la coordinación de CEPAR y continuada en este ejercicio para 1997, con el propósito de institucionalizar las CNS dentro del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Las estimaciones realizadas no sólo permiten complementar el esfuerzo del Banco Central, sino que logran un mayor detalle y especificidad en la información disponible y necesaria actualmente. A diferencia de otros estudios económicos y de gasto, las mediciones del gasto en salud de CNS son más integrales, pues no se restringen a los registros de las instituciones cuya principal función es proveer servicios de salud, además de lograr

progresivamente la mejor documentación de los procesos financieros para su comparabilidad y análisis. Otro beneficio de las CNS es tener una perspectiva integral aplicada a actividades o recursos concretos a nivel del sistema. Por ejemplo, en este reporte se puede conocer el gasto nacional en vacunación. Si bien el monto mayor recae en el MSP, una contabilidad que excluya a otras dependencias públicas y privadas (como las ONG específicamente), sería incompleta.

El Ministerio de Salud Pública pone a consideración este informe con los resultados de la estimación, acercándolos a las instituciones del sistema para su conocimiento y uso. El documento representa la culminación de los esfuerzos interinstitucionales, coordinados por esta Cartera de Estado. El proyecto fue desarrollado por un equipo técnico de la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento. Contó con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y Censos, con el auspicio y asistencia técnica de Partnerships for Health Reform, el financiamiento del MSP-MODERSA y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

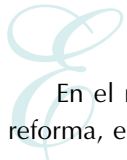
El Ministerio de Salud Pública, como entidad rectora del sistema de salud promueve la formulación de políticas informada y eficiente. En consonancia con la reforma y modernización del Estado, busca orientar los procesos de cambio en el ámbito nacional e institucional, a través de difundir alternativas conceptuales y operacionales que contribuyan a enfrentar la crisis que vive el sistema.

Dr. Patricio Jamriska Jácome
Ministro de Salud Pública del Ecuador

Siglas

AVISA	Años de vida saludable perdidos
CEMEIM	Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CNS	Cuentas nacionales de salud
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
FASBASE	Fortalecimiento y Ampliación de Servicios Básicos de Salud del Ecuador
FF. AA.	Fuerzas Armadas
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INH	Instituto Nacional de Higiene
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
MODERSA	Modernización de los Servicios de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OE	Organismos externos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PHR	<i>Partnerships for Health Reform</i> (Colaboración para la Reforma de la Salud)
PIB	Producto interno bruto
PPC	Paridad de poder de compra
SNEM	Servicio Nacional de Erradicación de Malaria
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SSC	Seguro Social Campesino
USAID	Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional

1. Introducción



En el marco de los procesos de reforma, el estudio del financiamiento y gasto en salud constituye uno de los ejes fundamentales al ofrecer elementos de análisis que apoyan la toma de decisiones, la planificación de recursos, así como la formulación, monitoreo y evaluación de nuevos modelos y estrategias de atención. Al documentar el comportamiento del financiamiento y gasto en salud del Ecuador y sus componentes, en el país y en sus instituciones, se tiene la posibilidad de dar seguimiento en el tiempo a los cambios, a través de análisis más completos.

Este documento presenta la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) para el año 1997, que da continuidad al estudio de 1995 y es la primera estimación coordinada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el ámbito nacional. El escrito explica, en la primera sección, el por qué de las CNS y el ámbito de la estimación. En los siguientes apartados se detallan los resultados integrados a partir de cuadros y gráficos en torno de la situación sanitaria del país. En particular, la discusión sobre el monto del gasto en salud, su estructura pública-privada, y algunas implicaciones para los procesos de descentralización, la eficiencia y equidad del sistema. Finalmente se

resumen las conclusiones del trabajo. Como referencia para los interesados se presentan en anexo las tablas de CNS o matrices.

El detalle metodológico constituye un documento anexo, que contiene también los resultados integrados en forma matricial, la descripción de los flujos financieros dentro del sistema, el desglose de la información por institución y el glosario de términos utilizados en esta estimación. Dicho anexo se pone a su disposición, a solicitud expresa.

El objetivo inicial del estudio fue cuantificar los recursos que se dirigen a la salud de la población del país. Si bien en el ámbito particular cada institución conoce su presupuesto, la complejidad del sistema y su diversidad de fuentes de financiamiento y prestación de bienes y servicios dificulta llegar a un conocimiento integral sin una metodología como la de las CNS. Los resultados alcanzados permiten iniciar la identificación y descripción de los recursos. Así, se puede decir que Ecuador es uno de los países de América Latina que dedica un monto relativamente menor a la atención de la salud de su población, considerando su nivel de riqueza, expresada como producto interno bruto (PIB) por habitante.

Los resultados de este trabajo muestran que la carga financiera de la atención de la salud en una muy elevada proporción recae directamente en los hogares, que pagan al recibir servicios de salud o comprar medicamentos; y dentro de los hogares, el grupo de mayores ingresos es el que realiza la mayor proporción de los gastos. Llama la atención que, en Ecuador, la información disponible indica que el gasto en salud de los hogares de menor ingreso se dirige en una proporción elevada al pago de servicios y bienes privados.

La atención curativa es la que concentra los recursos. Sin embargo, la insuficiente información todavía impide alcanzar análisis detallados que permitan diversificar ampliamente las propuestas para promover la mayor eficiencia del sistema. Los servicios hospitalarios concentran la mayor parte de los gastos de la atención, en tanto que los servicios ambulatorios privados (principalmente las consultas) muestran un papel complementario importante.

El análisis de la distribución de recursos sugiere la necesidad de profundizar el estudio en términos de equidad, en particular en la seguridad social. Aparentemente existe una mejor distribución de recursos dentro del MSP, así como en las organizaciones no gubernamentales (ONG), relativamente. Esta información debiera analizarse a mayor profundidad para verificar si corresponde con la realidad o con una medición parcial de los gastos. De ser real, el papel de los servicios públicos y de las instituciones de atención a la salud privados no lucrativos deberán ser reforzados para asegurar que su sentido redistributivo y su cobertura se consoliden también en torno de una

canasta básica de servicios dirigida a la reducción de las muertes y patologías evitables.

El destino final del gasto en salud del Ecuador, según estos resultados, se concentra en el pago de recursos humanos. Esta situación no difiere de la encontrada en otros países, aunque en Ecuador tiene una proporción menor. Ya que los recursos humanos son nucleares en este sistema, su capacitación y cuidado resultan estratégicos. Lamentablemente los gastos de capacitación son muy reducidos (cerca del 0.4% del gasto total en salud) y los programas de calidad de la atención también deben ser promovidos para asegurar el uso eficiente de tan preciado recurso. Otra proporción muy elevada del gasto se dirige al pago de medicamentos (el mercado total de medicamentos e insumos corresponde aproximadamente al 48% del gasto total medido en salud). También resulta una prioridad asegurar una estrategia de compra y distribución de medicamentos a través de canales más eficientes.

Por ello cabe recordar que un sistema de salud, al igual que cualquier otro tipo de empresa, debe dedicar recursos al análisis de su funcionamiento, estrategias y mercado. En otros ramos productivos se dedica en promedio 10% de su ingreso a la investigación, que en el sistema de salud incluiría a las CNS. En Ecuador esta representa apenas 0.5% del total del gasto en el sistema. El desarrollo de herramientas tales como las CNS son no sólo estratégicas, sino indispensables para asegurar que se obtendrá el mayor resultado en salud por los recursos erogados.

El mayor conocimiento del gasto en salud será el resultado de esfuerzos y análisis reiterados que progresivamente permitirán discutir con mayor certeza, confianza y detalle los distintos aspectos de su funcionamiento e impacto. Este primer resultado de CNS que ofrece el MSP refleja el interés por iniciar un estudio continuo del gasto y las formas de alcanzar resultados en salud con equidad y eficiencia.

Este ejercicio no agota la propuesta analítica de CNS, que deberá enriquecerse progresivamente para desplegar su potencial en esfuerzos posteriores.

2. ¿Por qué cuentas nacionales de salud?



El MSP busca institucionalizar la estimación periódica de CNS debido a que los ajustes económicos en el país obligan a hacer un esfuerzo de racionalidad del gasto. Por una parte la crisis redujo gravemente los recursos, y por otra, afectó la calidad de vida, la salud y la capacidad de pago. Los estudios continuos de CNS facilitan la racionalidad del gasto tanto público como privado.

Las CNS son una herramienta de gestión financiera en el ámbito institucional así como del sistema de salud en su conjunto. Los gastos son captados en forma sistemática e integral y se clasifican con base en las categorías que son consideradas útiles en el país, así como en grandes apartados que permitan la comparación y el aprendizaje conjunto de instituciones, sectores y países.

Las CNS constituyen una descripción de los flujos financieros en el sistema de salud y presentan en forma sistematizada e integral el gasto según acciones y componentes, lo que permite analizar su origen, flujo, destino y uso. La información financiera se organiza para establecer los flujos de financiamiento a través de los niveles de su tránsito desde las fuentes de financiamiento a los agentes financieros y los proveedores de bienes

y servicios. Así se establece quién aporta el financiamiento, quién paga por la prestación, quién presta los servicios y a quiénes benefician. Esta información es de vital importancia para la toma de decisiones en las políticas de salud del país y podrá mejorar la equidad y la eficiencia en la prestación de servicios al apoyar la gestión y asignación de recursos.

El seguimiento de los recursos financieros a través del tiempo permite ampliar las posibilidades de análisis. La información que generan las CNS tiene un potencial analítico que es histórico porque se basa en el destino del gasto realizado pero permite también llegar a análisis prospectivos. Las simulaciones buscan prever los resultados de adoptar intervenciones que modifiquen las condiciones existentes del financiamiento del sistema. Contribuyen a describir la situación actual y la deseable. Hasta ahora la información disponible no se había captado en forma integral y homogénea. Las ventajas de este proceso han llevado a que el MSP apoye su institucionalización y estimación continua, buscando asegurar el estudio del financiamiento de la salud y sus características, de manera comparable y con complejidad y cobertura crecientes.

El enfoque matricial, con las diversas clasificaciones en que se sustenta, permite analizar la situación de los servicios bajo diversas perspectivas, como la eficiencia y equidad. Sus resultados conducen a la identificación de los problemas y sus posibles soluciones. La utilidad del análisis depende de muchos factores, como son la configuración de las matrices y sus clasificaciones, la calidad e integridad de los datos, la interpretación y el aprovechamiento que se haga de los resultados.

Las CNS valoran e identifican los factores involucrados en la dinámica del gasto en salud en Ecuador en beneficio de los integrantes del sistema. En el sector público específicamente contribuyen a establecer la dirección, el seguimiento y la evaluación de los efectos de las intervenciones y políticas asociadas al financiamiento y gasto del sistema y las instituciones particulares. Los responsables de las unidades podrán analizar sus gastos por unidad ejecutora de presupuesto y compararse con otras unidades. Así mismo, se podrá manejar mejor la contribución financiera de los hogares para potenciar la respuesta de las unidades proveedoras. El gobierno central puede utilizarlas para orientar las negociaciones en el cambio de normatividad. En el sector privado, las CNS brindan información del funcionamiento de todo el mercado con lo que se pueden identificar nuevas oportunidades de inversión y realizar también comparaciones interinstitucionales. La información homogénea de los gastos públicos y privados facilitará la coordinación de ambos sectores.

2.1 Marco de la estimación

Las CNS buscan analizar cada una de las transacciones que se presentan en el sistema de salud. Alcanzar este marco integral es un objetivo que se logra progresivamente con el registro y clasificación de la información en forma cada vez más completa. El MSP invitó a todas las instituciones del sistema nacional de salud a participar en la estimación. Este primer ejercicio contó con un amplio y entusiasta apoyo de la casi totalidad de organismos que conforman el sistema de salud en el país, limitado principalmente por la ausencia y la heterogeneidad de los registros existentes. Los resultados de CNS por lo tanto pertenecen al sistema de salud y buscan servir a cada una de las instituciones que lo conforman, cuya participación se agrupó como:

- ❖ públicas para población no asegurada dentro de las que se encuentran el MSP, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), el Instituto Nacional de Higiene (INH), municipios y universidades;
- ❖ públicas para población asegurada, conformadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), las Fuerzas Armadas (FF.AA.), y la Policía Nacional;
- ❖ privadas sin fines de lucro dentro de las que se incluyen las ONG;
- ❖ privadas con fines de lucro tales como los seguros privados, la medicina prepagada, los hospitales y clínicas, los consultorios, los laboratorios e imagenología y las farmacias;

- ❖ organismos externos (OE), incluyendo los que brindan recursos como préstamo y donación.

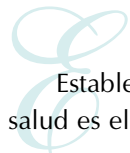
De acuerdo con la metodología de CNS se buscó aprovechar la información existente y la información faltante fue captada a través de levantamiento primario de datos con base en diversas estrategias. La recolección de datos se realizó mediante visitas a cada una de las instituciones. En general, las instituciones públicas entregaron las liquidaciones presupuestarias. Para recopilar los gastos en salud de las entidades privadas sin fines de lucro y organismos de cooperación externa se realizaron estudios específicos ya que hasta ahora no existen sistemas de registro que concentren dicha información. Dentro del sector público estos formularios se aplicaron al ISSFA y a la Policía Nacional. La aplicación de encuestas y entrevistas a expertos se detalla en el Anexo Metodológico.

La recopilación de la información en las instituciones privadas con fines de lucro la realizó el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), así como el análisis de la base de información de los gastos en salud de los hogares de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 1998, tercera ronda, a la que se le aplicó un ajuste estadístico para estimar el gasto de 1997.

La información fue integrada para reflejar los flujos financieros del sistema y darles seguimiento a través de quienes pagan por los servicios (fuentes de financiamiento), quienes gestionan los recursos aportados por las fuentes (agentes de financiamiento) y quienes ejecutan el recurso en los servicios y bienes que directamente se ofrecen a la población (proveedores). Dentro de este último nivel se buscó establecer el uso y destino que tienen dichos recursos. Su uso, según la distribución del gasto en la operación de las instituciones y su destino en términos del tipo de función, programa de salud y población a la cual se dirigen. Dentro de los hogares, el análisis se orientó a establecer la distribución del gasto en salud según los usuarios de las instituciones y su nivel de ingreso.

Ya que se carece de registros detallados e integrales en todas las instituciones, esta cobertura se irá incrementando en los próximos estudios a través del direccionamiento del esfuerzo principalmente hacia los proveedores de servicios en otros ministerios, gobiernos seccionales, empresas públicas y privadas, incluyendo las ONG.

3. La magnitud del gasto

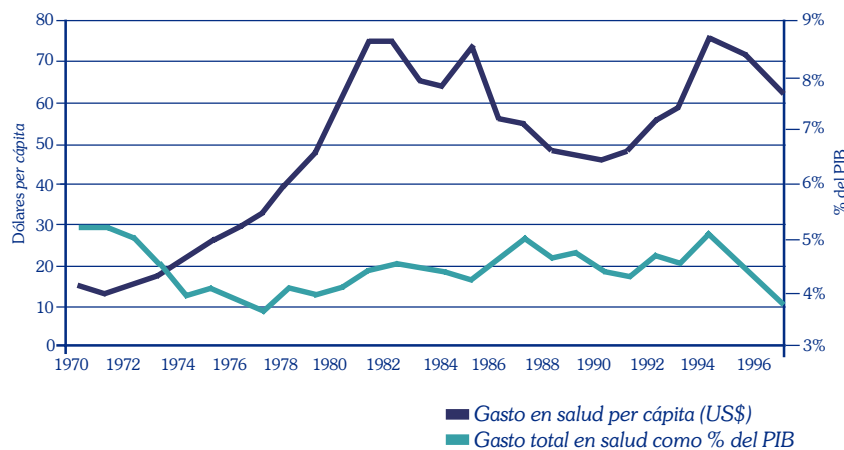


Establecer si el monto del gasto en salud es el adecuado es una preocupación que debe ser discutida por los diversos sectores sociales y políticos del país pero que parte de la cuantificación del gasto en salud. En 1997 se gastaron en salud cerca de 740 millones de dólares en Ecuador. Para su valoración, una estrategia frecuente es establecer el monto del gasto con respecto de un valor de referencia, como es el PIB. Al comparar el gasto en salud como proporción del PIB, de

acuerdo con las cifras existentes, el gasto en salud se ha mantenido relativamente constante desde 1970, con una caída en los últimos años (ver el Gráfico 1). En términos relativos a la población, su monto se ha elevado cuatro veces a valores corrientes y fluctúa entre 15 dólares *per cápita* en 1970, hasta 62 dólares en 1997. Este incremento relativo del gasto en salud no es uniforme, pues se asocia al boom petrolero en los años ochenta y su caída (de 40%) a la crisis posterior.

GRÁFICO 1.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB Y COMO GASTO PER CÁPITA, ECUADOR 1970-1997



Fuentes: OMS, Banco Central de Ecuador 1970-1993, Estudio de CNS CEPAR 1995, MSP, 1997.
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

La relativa estabilidad del gasto en salud con respecto al PIB se corrobora cuando se analizan los cambios en ambos registros a valores corrientes. Durante el periodo en estudio el cambio del gasto total en salud es muy similar al del PIB por habitante, con variaciones mínimas a lo largo del periodo en estudio. Durante los años setenta parece ser que el gasto en salud no siguió los cambios bruscos del PIB, pero en la década de los noventa es más claro que el cambio del PIB es menor que el del gasto en salud (ver el Gráfico 2).

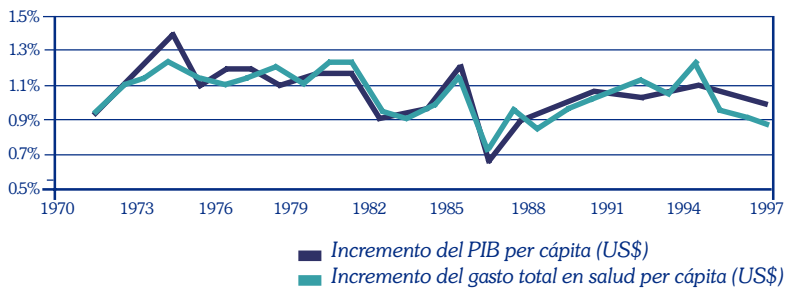
La estabilidad del gasto como proporción del PIB no significa que este no haya sufrido cambios durante el periodo en estudio. De hecho, la estructura de los gastos se ha modificado en la proporción de sus componentes público y privado. Por una parte, el gasto privado ha sido sistemáticamente superior al público, excepto durante los periodos de crisis, cuando ambas proporciones son similares. Por otra parte, el gasto público parece ser más estable que el privado (ver el Gráfico 3).

3.1 El gasto en salud de Ecuador en el contexto de América Latina

Ecuador tiene un gasto en salud por habitante relativamente bajo con respecto al de los países de la América Latina y el Caribe. Este gasto en salud *per cápita* no se asocia con la riqueza del país, ya que la proporción del PIB que representa el gasto en salud es también de las menores en la América Latina y el Caribe. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último Reporte Mundial de la Salud ha discutido que el desempeño de los sistemas de salud generalmente puede mejorarse con un nivel de gasto dado. Es decir, que no sólo es importante discutir el monto sino analizar el uso y resultado del mismo. El mejoramiento del desempeño conlleva el monitoreo detallado de los usos de los recursos ejercidos en el sistema para diseñar o ajustar las intervenciones selectivamente y alcanzar el mayor beneficio posible¹.

GRÁFICO 2.

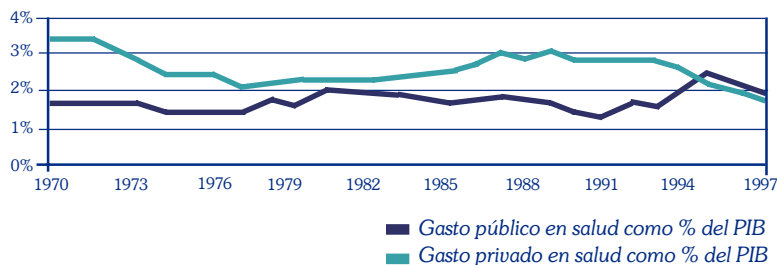
TASA DE CRECIMIENTO DEL INGRESO Y DEL GASTO EN SALUD PER CÁPITA, ECUADOR 1970-1997



Fuentes: OMS, Banco Central de Ecuador 1970-1993, Estudio de CNS, 1997.
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

GRÁFICO 3.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO COMO PROPORCIÓN DEL PIB, ECUADOR 1970-1997



Fuentes: OMS, Banco Central de Ecuador 1970-1993, Estudio de CNS, 1997.
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

¹ Operacionalizar este planteamiento no es sencillo. Una de las tareas básicas es asegurar la comparabilidad de las medidas de recursos en sí mismos. Para ello se ha utilizado una tasa de cambio especial, que busca ajustar los valores del dinero de cada país según la capacidad de compra de los satisfactores principales en cada país: los dólares por paridad de poder de compra (PPC).

La estructura público-privada puede ser muy diferente a la del Ecuador, ya que países con elevado gasto en salud como Costa Rica tienen una proporción pública elevada. En tanto que otros, como Guatemala, con un gasto menor que Ecuador tienen también una mayor proporción de gasto público.

Entre los indicadores de salud, la esperanza de vida al nacer (en particular de las mujeres) y la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años (en particular de los varones) muestran una asociación con el gasto en salud *per cápita*, aunque mucho menor que con el PIB *per cápita*. Así, en general, cifras de gasto inferior como las de Guatemala muestran también menor esperanza de vida al nacer y mayor probabilidad de morir en los menores de 5 años, y por el contrario, casos como el de República

Dominicana muestran ambos indicadores en mejor condición que Ecuador.

Cuando se toma como referencia el gasto en salud como proporción del PIB se observa que la relación con los componentes del gasto y los indicadores de salud es mucho más evidente. Ello permite asociar parcialmente el impacto que tiene el gasto en la situación de salud de un país (ver el Cuadro 1). Sin duda, un mayor PIB *per cápita* implica que el país dispone de una infraestructura de satisfactores más amplia. Sin embargo, el planteamiento de la OMS invita a asegurar el mejor gasto aun con pocos recursos en el sistema. El beneficio atribuible de cada dólar adicional al gasto en salud será el resultado del uso eficiente de los recursos que se realice en el país. Ese es uno de los principales retos actuales de Ecuador.

CUADRO 1.

INDICADORES ECONÓMICOS DE GASTO Y SALUD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA, 1997

	GASTO TOTAL EN SALUD		GASTO EN SALUD <i>per cápita</i> \$PPC		ESPERANZA DE VIDA AL NACER		PROBABILIDAD DE MORIR ANTES DE CUMPLIR 5 AÑOS		PIB <i>per cápita</i> \$PPC
	PER CÁPITA \$PPC	% PIB	PÚBLICO	PRIVADO	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
Guatemala	103	2.5	61%	40%	60.2	64.7	58	44	4,118
Dominica San Vicente y Granadinas	266	5.9	67%	33%	71.9	75.2	28	26	4,536
Perú	264	5.6	40%	60%	65.6	69.1	52	45	4,721
Cuba	300	6.3	88%	12%	73.5	77.4	10	8	4,767
República Dominicana	237	4.9	38%	62%	71.4	72.8	52	46	4,864
Ecuador	226	3.7	51%	49%	67.4	70.3	40	33	4,969
Grenada	329	6.3	47%	53%	69.1	75.9	27	22	5,190
Santa Lucía	209	4.0	65%	35%	68.9	74.9	27	19	5,191
Costa Rica	539	8.7	77%	23%	74.2	78.9	13	14	6,189
Brasil	426	6.5	49%	51%	63.7	71.7	47	42	6,517
Trinidad y Tobago	303	4.3	58%	42%	68.7	73.4	10	7	7,051
Venezuela	353	4.0	65%	35%	70.9	76.2	22	23	8,788

Notas: Las cifras de gasto y PIB *per cápita* corresponden a 1997; las cifras de indicadores de salud a 1999.

Fuente: OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Ginebra
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

4. Los flujos de financiamiento del sistema de salud

Los recursos descritos muestran canales de tránsito diferentes según el agente que paga por el servicio o el proveedor a que se refiera. La complejidad de estos flujos de financiamiento busca esquematizarse en el siguiente diagrama. Las categorías e instituciones que componen el mismo son los más importantes y su análisis refleja la dinámica del sistema en su conjunto. La representación de los flujos financieros se ha simplificado. El tipo de flecha indica la magnitud relativa de los recursos: la flecha punteada muestra el flujo de recursos cuya magnitud en 1997 era inferior a 10,000 dólares, la intermedia entre 10,000 y 50,000 dólares y la gruesa, más de 50,000 dólares. Hay tres categorías que muestran el tipo de participación en los flujos y resumen los niveles de análisis utilizados, que se representan con colores diferentes según el tipo de fuente de financiamiento de donde provienen y con tonos diferentes según la importancia relativa de la institución de que se trate, para facilitar el seguimiento visual de los recursos (ver el Gráfico 4).

Fuentes de financiamiento Se denominan así a las instancias que aportan los recursos al sistema de salud. Se clasifican de acuerdo al origen de los recursos en: públicas

(guinda), externas (verde) y privadas (azul). Las públicas están representadas por el presupuesto general del estado (que canaliza los impuestos) y la seguridad social (las contribuciones obligatorias). El resto de los recursos públicos canalizan otros impuestos (incluyendo los municipales) y las empresas públicas, que en conjunto representan un monto mucho menor de recursos. La fuente privada de mayor importancia son los hogares que, en este caso, refieren a los recursos que desembolsan directamente para pagar bienes y servicios de salud y esquemas voluntarios públicos y privados de prepago y seguro médico. Aquí figuran también las empresas privadas. En tanto que las fuentes de recursos externos se agrupan como agentes de financiamiento externo, que incluyen tanto a créditos como donaciones de las agencias multilaterales y bilaterales.

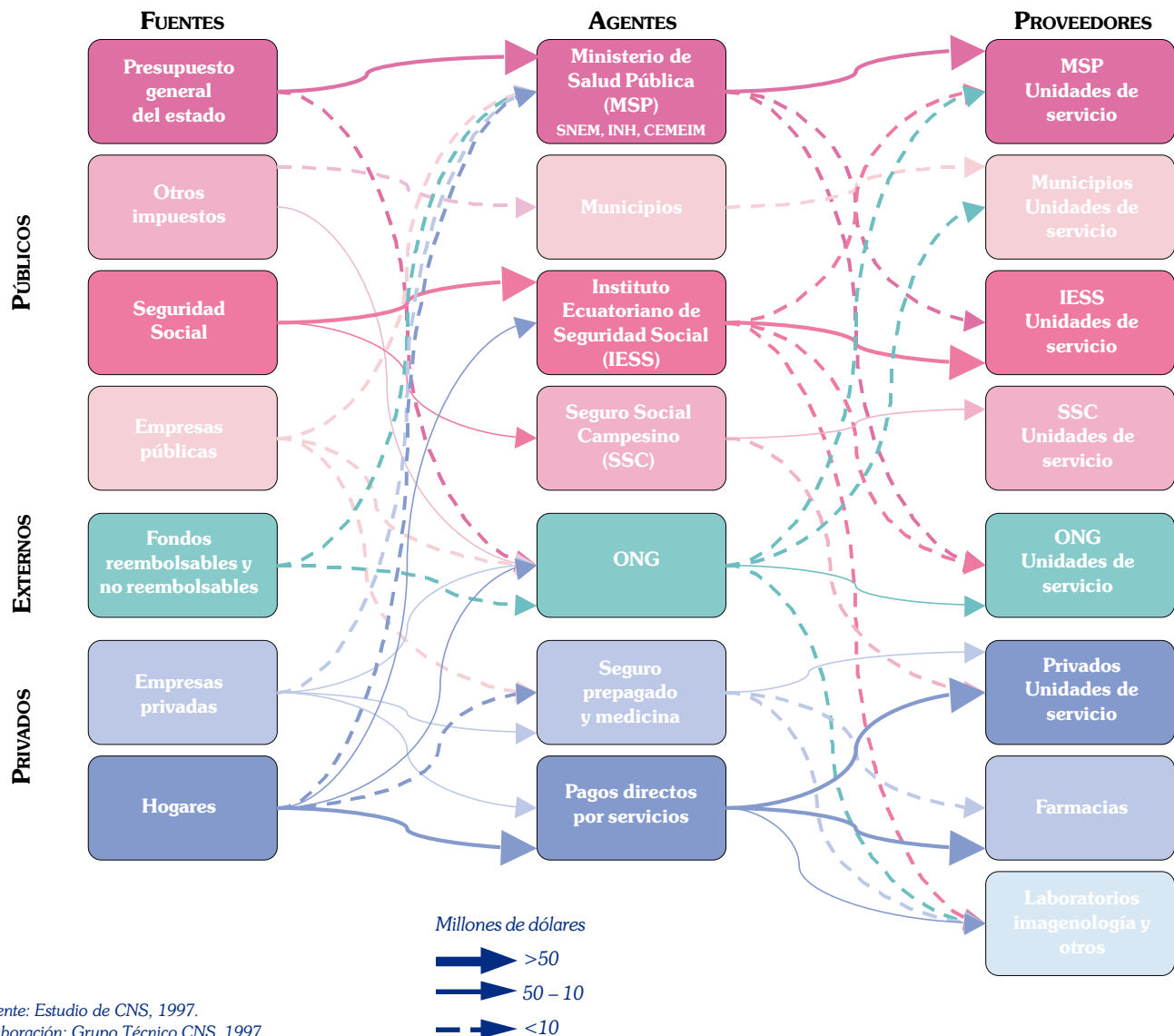
Agentes financieros Los agentes son los receptores y gestores de los recursos provenientes de las fuentes de financiamiento. En Ecuador se identifican dos tipos principales de agentes que desarrollan dicha función: públicos, que incluyen la gestión del MSP y sus entidades adscritas, las instituciones de la seguridad social y las otras instituciones públicas, como los municipios y las empresas; y privados, cuyos agentes representativos

son las empresas de seguro y medicina prepagada y los pagos directos por servicios y bienes. Las organizaciones no gubernamentales ejecutan recursos suministrados en gran medida por la lotería a la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), donaciones de empresas, copagos de hogares y donaciones de las agencias de financiamiento externo.

Proveedores Los proveedores de bienes y servicios de salud públicos corresponden a las unidades del MSP, de los municipios y del IESS y SSC. Los privados comprenden a los proveedores de servicios privados con y sin fines de lucro: clínicas, hospitales y consultorios particulares, así como las farmacias, laboratorios, unidades de imagenología y otros.

GRÁFICO 4.

FLUJOS DE FINANCIAMIENTO, ECUADOR 1997



Fuente: Estudio de CNS, 1997.
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

5. El sistema de salud y sus recursos

La prestación de servicios de salud en el Ecuador la realizan tanto los proveedores públicos (50%) para población no asegurada y asegurada, como los privados (49%) sin fines de lucro y con fines de lucro. Los organismos externos tienen una participación marginal como proveedores de bienes y servicios, pues generalmente se restringen a aportar financiamiento y ofrecer asesoría técnica para la prestación de servicios de salud.

Servicios privados La provisión de servicios es realizada fundamentalmente por el sector privado con fines de lucro (38% del gasto total), sector que responde a la capacidad de pago de los usuarios y que en nuestro país representa alternativas muy heterogéneas de atención en las que el pago de bolsillo es la modalidad más frecuente. Dentro de este grupo merece destacarse por su monto a las farmacias, un importante proveedor en el sistema cuyos productos se dirigen directamente a los hogares. Es importante también relevar el papel de la medicina tradicional que en el caso de Ecuador tiene raíces profundas pero poco analizadas, y su uso y gasto responde a aspectos sociales y culturales. De la encuesta de condiciones de vida se desprende que el 3% de los gastos en salud de los

hogares se dirigen a la compra de medicamentos naturistas y hierbas.

En el sector privado lucrativo la capacidad de pago determina la cobertura y el mercado decide los precios. Este mercado es imperfecto por factores tales como la información asimétrica, que impide el establecimiento de precios que incentiven el gasto eficiente, y la regulación del mercado busca garantizar el acceso de la población a los servicios y su calidad.

Los proveedores privados sin fines de lucro se han expandido progresivamente debido a su importante capacidad para captar recursos en forma diversificada, tanto nacionales como de organismos externos, de empresas y hogares, y ejecutan 11% del gasto. De este total cerca de las tres cuartas partes corresponde a la provisión de servicios de la JBG y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), mientras que 23% pertenece a las otras ONG.

Servicios públicos Los servicios directos de los proveedores públicos para población no asegurada implican 26% del gasto. En este grupo destaca el MSP (97%). Su presupuesto incluye el de organismos públicos que forman parte del MSP como son el SNEM, que cubre funciones exclusivamente en las

zonas del país afectadas por la malaria, como son las provincias de la costa y el oriente y las zonas subtropicales de las provincias de la sierra; el INH, que tiene como finalidad el diagnóstico e investigación relacionada con la patología humana y animal, la producción de biológicos para uso humano y constituye la red nacional de laboratorios de salud pública; y el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM), cuya función cubría la administración de medicamentos genéricos e insumos médicos y boticas populares, desapareció en 1999 al ser integrado a la estructura del MSP. Parte de los proveedores públicos incluyen a las universidades cuya función se orienta exclusivamente a la atención ambulatoria de sus educandos y empleados y finalmente los servicios de los municipios que para el presente estudio contó con información de Quito, Guayaquil, Ambato, Otavalo y Bolívar.

Por otro lado, en los proveedores de población asegurada (25%) el mayor porcentaje corresponde al IESS y el SSC (92%). Si bien existen dos conceptos que rigen ambas funciones, de seguridad social y de solidaridad social, respectivamente, aunque la contabilidad de los recursos se realiza de manera separada, se alcanzan economías de escala que representan transferencias de la seguridad social hacia la solidaridad social básicamente en los servicios hospitalarios. Las coberturas de ambos núcleos quedan por esta razón traslapadas sin que se haya logrado el acceso a los registros que plenamente diferencien ambos grupos de usuario y los gastos en salud correspondientes (ver el Cuadro 2).

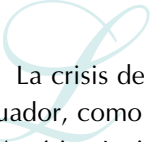
CUADRO 2.**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN PROVEEDORES, ECUADOR 1997**

PROVEEDORES	GASTO TOTAL (EN DÓLARES)	%
Públicos para población no asegurada		
Ministerio de Salud Pública	176,319,480	23.8
SNEM	3,581,697	0.5
INH	5,128,434	0.7
CEMEIM	766,579	0.1
Municipio de Quito	631,131	0.1
Municipio de Guayaquil	1,087,732	0.1
Otros municipios	284,169	0.0
Patronato San José	2,804,253	0.4
Universidades	437,991	0.1
Subtotal	191,041,467	25.8
Públicos para población asegurada		
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	153,534,414	20.8
Seguro Social Campesino	14,118,102	1.9
ISSFA	22,127	0.0
Fuerzas Armadas	7,715,813	1.0
Policía Nacional	6,400,995	0.9
Subtotal	181,791,452	24.6
Total públicos	372,832,919	50.4
Privados sin fines de lucro		
Junta de Beneficencia de Guayaquil	33,411,841	4.5
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	23,698,931	3.2
Instituto Nacional del Niño y la Familia	1,813,028	0.2
Cruz Roja Ecuatoriana	3,538,428	0.5
Otras organizaciones no gubernamentales	19,129,321.0	2.6
Subtotal	81,591,550	11.0
Privados con fines de lucro		
Dispensarios propios de las empresas	6,076,556	0.8
Hospitales y clínicas privadas	46,255,364	6.3
Consultorios privados	73,774,018	10.0
Laboratorios e imagenología	25,476,781	3.4
Farmacias	120,152,705	16.2
Medicina prepagada	10,617,842	1.4
Subtotal	282,353,265	38.2
Total privados	363,944,815	49.2
Organismos externos	2,806,223	0.4
Total	739,583,957	100.0

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

6. Las fuentes alternativas de financiamiento



La crisis de la deuda puso a Ecuador, como a tantos otros países de la América Latina y el Caribe, ante el dilema de obtener recursos para la salud, diversificando fuentes y modalidades de financiamiento. Los ingresos del gobierno central (medidos a valores constantes) han tenido un comportamiento irregular en la década analizada (1987-1997). En efecto, para el año 1990 cae el crecimiento y en 1991 y 1993 hay decremento. Después de 1995 nuevamente el crecimiento de los ingresos es mínimo. Este comportamiento obedece a las repercusiones de los programas de ajuste operados en el país a raíz de la crisis económica de los años ochenta y que generaron reducciones significativas en los niveles de gasto público a efectos de suplir las necesidades cada vez más apremiantes de la población. La crisis se ha explicado en gran medida por la fluctuación en el precio del petróleo, las consecuencias ambientales de fenómenos como El Niño, la agudización de los conflictos sociales y, la repercusión de la liberación

financiera de la economía ecuatoriana. Todo esto tuvo como efecto una crisis no superada aún, y que se ha tornado en una de las más severas por sus repercusiones económicas, sociales y políticas.

El gasto público anual en Ecuador ha crecido muy lentamente entre el inicio y el final del periodo analizado. Así, en 1987 el gasto ascendía a 1,176 millones de dólares en valores constantes de 1980, 10 años después, en 1997 no habían logrado duplicarse, no obstante los incrementos importantes en 1994, 1995 y 1997. Durante este periodo se realizan pagos efectuados por servicio de la deuda interna y externa que absorben una parte considerable de los gastos efectuados en el país. El alto pago de amortizaciones e intereses de la deuda (alrededor del 37% del Presupuesto en 1995 y del 45% en 1997) refleja una racionalidad inducida por los compromisos adquiridos para su pago y el relativo abandono de la prioridad de resolver las necesidades sociales del país (ver el Cuadro 3).

CUADRO 3.**INGRESOS Y GASTOS DEL GOBIERNO CENTRAL, ECUADOR 1987-1997**
(DÓLARES DE 1980)

AÑO	INGRESOS	INCREMENTO	GASTOS	INCREMENTO	PAGO DE LA DEUDA % ¹	GASTOS EN SALUD Y DESARROLLO COMUNAL % ¹
	MILLONES DE DÓLARES CONSTANTES	PORCENTUAL DEL INGRESO	MILLONES DE DÓLARES CONSTANTES	PORCENTUAL DE LOS GASTOS		
1987	755	—	1,176	—	34.5	7.0
1988	870	13.2	996	-18.0	28.3	8.5
1989	1,025	15.1	1,065	6.5	33.9	7.0
1990	1,079	5.1	1,124	5.2	36.8	7.0
1991	1,011	-6.8	1,092	-3.0	32.7	5.6
1992	1,146	11.8	1,136	3.9	33.2	6.5
1993	1,140	-0.5	1,145	0.8	24.7	4.7
1994	1,171	2.7	1,311	12.7	26.7	5.1
1995	1,351	13.3	1,850	29.2	41.9	4.6
1996	1,383	2.3	1,838	-0.6	36.6	3.4
1997	1,384	0.1	2,157	14.8	45.2	4.2

¹ En relación a los Egresos del Presupuesto General del Estado

Fuente: Banco Central del Ecuador, Información Estadística Mensual, números 1748, 1765, octubre 1997/1999

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

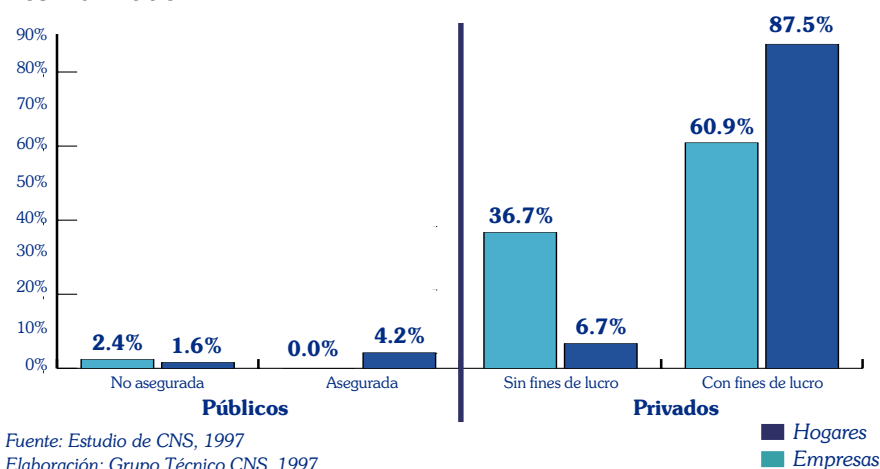
Sin duda las limitaciones de recursos públicos para el gasto social y de la salud específicamente, han propiciado la diversificación de los gastos en salud, principalmente hacia los privados. La operación de estas estrategias debieran ser monitoreadas y evaluadas para buscar opciones que reduzcan los efectos negativos en el sistema en términos de equidad, acceso y solidaridad, entre otros aspectos.

6.1 Fuentes privadas del gasto en salud

Las fuentes financieras privadas del sistema de salud en el Ecuador lo constituyen las empresas y los hogares (46% del gasto en salud en 1997), llegando a representar el monto de sus aportes el 2% del PIB, es decir, más de 341 millones de dólares.

El aporte de las empresas privadas se canaliza principalmente a los agentes privados con fines de lucro y dentro de este grupo los recursos van principalmente a las empresas de medicina prepagada y seguros privados, y finalmente, a los proveedores de bienes de salud que son las clínicas y hospitales privados. Estos ramos están en proceso de cambio y crecimiento. Del total de aportes de empresas privadas, el 37% se dirige a los agentes privados sin fines de lucro, y, al interior de éstos, el 34% se orienta a la JBG. Entre las empresas más importantes figuran la Lotería y Lotto e Inversiones, que según nuestra metodología se constituyen empresas privadas de finalidad pública por utilizar sus recursos en actividades de bienestar social (ver el Gráfico 5). La mayor parte de los gastos de hogares se canalizan a los agentes privados con fines de lucro y en una mínima proporción, a los agentes públicos.

GRÁFICO 5.

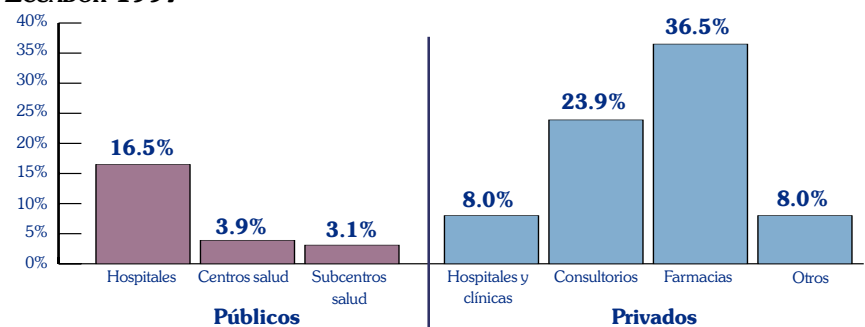
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PRIVADO EN SALUD SEGÚN PROVEEDOR, ECUADOR 1997

6.2 Gastos directos de los hogares

La mayor parte de los recursos de las empresas como fuente serán luego canalizados hacia el pago de los servicios, en tanto que el mayor monto del gasto de los hogares se canaliza directamente por ellos en la compra de bienes y servicios de salud a los proveedores. Los hogares realizan pagos directos en forma de gastos de bolsillo básicamente a los servicios privados lucrativos en los que se incluyen las

farmacias, las cuales, por sí mismas captan más de la tercera parte de estos pagos. Una porción menor (7%), se destina a la compra de servicios a entidades sin fines de lucro como son las ONG, y el resto se distribuye en el sector público. Entre los proveedores privados el mayor gasto se dirige a consultorios (servicios ambulatorios) y sólo en una pequeña proporción a los hospitales. Dentro de los servicios públicos la mayor proporción del gasto directo de los hogares se dirige a los hospitales (ver el Gráfico 6).

GRÁFICO 6.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE LOS HOGARES EN SALUD POR PROVEEDOR, ECUADOR 1997

Otros: Atención en casa o domicilio, en el lugar de trabajo del paciente o en el domicilio del médico (siempre que no se trate de un consultorio).

Fuente: INEC, Encuesta de Condiciones de Vida, 1998
Elaboración: INEC, CNS, 1997

El gasto de los hogares por tipo de atención, muestra un comportamiento similar al observado en las instituciones proveedoras de servicios, pues es fundamentalmente curativo (88%) (ver el Gráfico 7). Cabe recordar que en general, la atención preventiva es gratuita en el MSP.

GRÁFICO 7.

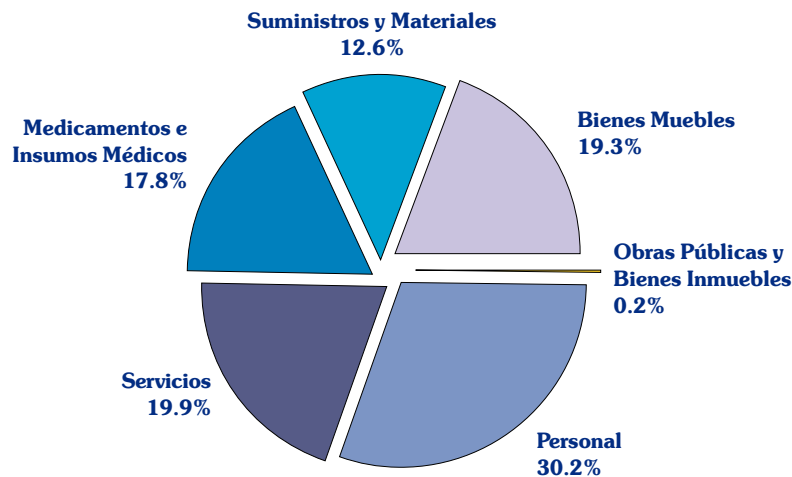
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE LOS HOGARES EN SALUD, SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN, ECUADOR 1997



Fuente: INEC, ECV, 1998
Elaboración: INEC, CNS, 1997

GRÁFICO 8.

DISTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS DE EMPRESAS Y HOGARES AL MSP* POR TIPO DE GASTO, ECUADOR 1997



* Incluye INH y CEMEIM

Fuente: Estudio CNS, 1997
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

6.3 Copagos de los hogares y empresas al MSP

La recuperación de costos por parte de los hogares, o copagos de los usuarios cada vez que hacen uso de los servicios en el MSP y sus entidades adscritas, básicamente responde al establecimiento de modelos autonómicos de gestión. En nuestro país no terminan de sustentarse y han enfrentado muchos problemas operativos de aplicación, especialmente en cuanto a la utilización y destino de los recursos captados, además de la identificación e integración de la población objetivo.

El aporte de los hogares y empresas por servicios al MSP y sus entidades adscritas, representa 3% del total de su gasto. Durante el año 1997 el monto total de copagos al MSP y al INH fue de 4 millones de dólares. El destino de estos recursos fue principalmente el pago de personal (30%), alrededor del 20% para servicios, bienes muebles y medicamentos e insumos médicos respectivamente (ver el Gráfico 8). El resto se dirigió al pago de otros suministros y materiales.

6.4 Pago por servicios entre proveedores

A pesar de que en los últimos años el pago por servicios entre instituciones del sistema ha venido incrementándose. Los registros disponibles muestran que el porcentaje es muy bajo con relación a los gastos totales en salud (2%). Las otras ONG pagan servicios a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro (3%). Tanto el MSP, el IESS como el ISSFA corresponden a las instituciones con un mayor monto de pago por servicios. En realidad, dichos pagos representan una

proporción muy baja de su gasto total, (ver el Cuadro 4), excepto en el caso del ISSFA, que funciona a partir de pagar a las unidades de las FF.AA.

Al dar seguimiento al pago de servicios del MSP e IESS por tipo de proveedor, se encuentran diferencias evidentes. Mientras que el MSP destina sus fondos fundamentalmente a las instituciones privadas sin fines de lucro, como la Cruz Roja y SOLCA, el IESS los dirige a las instituciones privadas con fines de lucro, hospitales y clínicas, laboratorios e imagenología (ver el Cuadro 5). Esta diferencia puede asociarse al hecho de que el MSP busca complementar su cobertura básica a través de servicios de instituciones bajo convenios de colaboración y con transferencias de recursos establecidos para el mediano plazo. El IESS por su parte, procura complementar sus servicios a través de la búsqueda de tecnología de mayor complejidad que únicamente se encuentra disponible en el sector privado, o asegurar el acceso a servicios cuando su capacidad es insuficiente.

CUADRO 4.**PAGO POR SERVICIOS, POR TIPO DE INSTITUCIÓN, ECUADOR 1997**

INSTITUCIÓN	DÓLARES	% DEL GASTO TOTAL DE LA INSTITUCIÓN
MSP	1,517,037	0.9
IESS	5,501,924	3.5
Seguro Social Campesino	173,574	1.2
Otros Municipios	2,501	2.5
Patronato San José	29,019	1.0
Universidades	1,928	0.4
ISSFA	7,626,737	99.7
Otras ONG	562,235	3.0
Total	15,414,956	2.1

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

6.5 Recursos externos

El papel de los recursos externos en el financiamiento de los servicios es muy importante, ya que si bien no son muy cuantiosos en monto, el destino que tienen es estratégico, pues se orientan tanto a actividades preventivas, como a la investigación y la capacitación del personal de los servicios. Los recursos externos para salud que ingresan al país representan aproximadamente 3% del total del gasto en salud y se dirigen fundamentalmente al sector

CUADRO 5.**DISTRIBUCIÓN DE LOS PAGOS POR SERVICIOS DEL MSP E IESS, POR TIPO DE PROVEEDOR, ECUADOR 1997**

(EN PORCENTAJE)

PROVEEDORES	MSP	IESS
Públicos	24.8	1.7
Privados sin fines de lucro	75.2	1.3
Privados con fines de lucro	—	97.0
Total	100.0	100.0

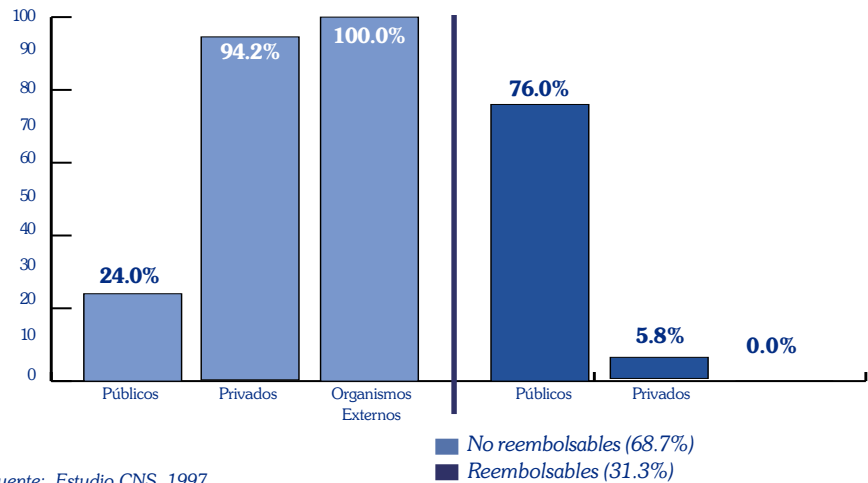
Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

gubernamental como fondos reembolsables en la medida que son recuperables y deben ser restituidos a su país de origen. De acuerdo con la información disponible, el 31% corresponde a esta clase de fondos, de los cuales más del 92% son utilizados por el MSP y el resto lo captan ONG que prestan servicios de salud a la población (ver el Gráfico 9).

El 69% de los fondos externos son recursos no reembolsables o donaciones, que son no recuperables o no deben ser restituidos a su país de origen, y son canalizados principalmente (62%) al sector privado sin fines de lucro. Los organismos de financiamiento externo ejercen directamente el 22% de los recursos no reembolsables, mientras que el 13% lo opera el MSP, y el resto corresponde a

GRÁFICO 9.

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS EXTERNOS, SEGÚN TIPO Y AGENTE RECEPTOR, ECUADOR 1997


Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

CUADRO 6.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL FINANCIAMIENTO EXTERNO SEGÚN AGENTES Y TIPO, ECUADOR 1997

PROVEEDORES	REEMBOLSABLES	NO REEMBOLSABLES	TOTAL
MSP	76.0	24.0	100.0
Otros públicos	—	100.0	100.0
Privados con fines de lucro	5.8	94.2	100.0
Organismos externos	—	100.0	100.0
Total	31.4	68.6	100.0

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

otras entidades públicas. Esto es, 76% de los recursos que recibe el Ministerio son recursos reembolsables, en tanto que 94% de los recursos que reciben las ONG son no reembolsables (ver el Cuadro 6).

Uno de los proyectos más importantes que el MSP realiza y con el mayor monto de financiamiento externo, con recursos reembolsables que provienen fundamentalmente del Banco Mundial, es el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de Servicios Básicos de Salud del Ecuador (FASBASE).

7. La descentralización

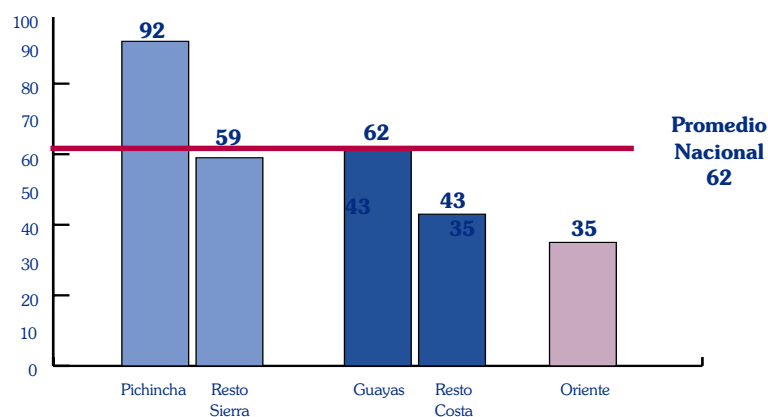
La gestión centralizada ha conducido a diversos problemas que incluyen la distribución irregular de recursos entre las regiones, con respecto de su población, sus necesidades de salud y sus capacidades gerenciales. La descentralización se visualiza como un proceso básico para revertir estas tendencias. Los problemas a resolver son múltiples, pero se busca que cada una de las regiones recupere progresivamente sus responsabilidades y derechos, lo que requiere del conocimiento específico de su situación y características. Las CNS resultan un instrumento básico en este contexto, para apoyar a la gerencia local, permitir el seguimiento en términos comparativos con las otras regiones del país, y a través de ello, facilitar también el aprendizaje colectivo de las regiones, que resulta indispensable ante la desigualdad de habilidades gerenciales dentro del país.

La disparidad de recursos entre las regiones se evidencia con respecto a la población de cada una de ellas. El gasto en salud promedio *per cápita* en Ecuador corresponde a 62 dólares para el año 1997, existiendo diferencias entre ellas, que oscilan entre 92 dólares en Pichincha y 35 dólares en Oriente. Esta realidad plantea retos de optimización de recursos y de una mejor y más justa asignación de los mismos, racionalizando el gasto de las

provincias y dentro de ellas, y en los espacios rurales y urbanos (ver el Gráfico 10).

GRÁFICO 10.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO *PER CÁPITA* EN SALUD POR REGIÓN, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)



Fuente: Estudio CNS, 1997
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

7.1 Gasto público y privado por región

Existe una correspondencia en general, de la concentración de los recursos con la población y de los servicios. Sin embargo, en Pichincha la proporción del gasto supera la proporción de la población: 19% de la población concentra 29% del gasto, en tanto que en otras regiones la proporción de la población supera a la proporción del gasto: en el resto de la costa 23% de la población concentra 16% del gasto y en Oriente 5% de la

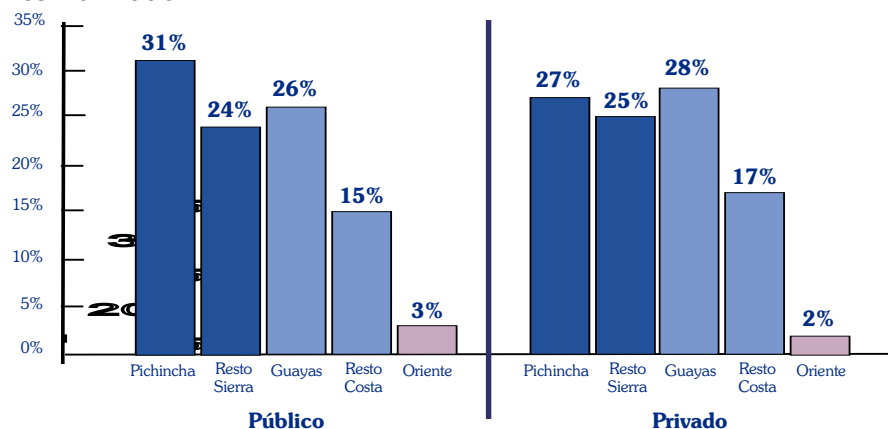
población concentra 2.5% del gasto. La diferencia en la distribución del gasto público y privado es mínima y en general se marca un predominio discreto del gasto público en Pichincha y en el Oriente, con un mayor gasto privado en el resto de la costa y Guayas. Más de la mitad (55%) del total del gasto de las instituciones públicas es realizado en la región Sierra, el 31% es ejecutado en la provincia de Pichincha. Mientras que una cuarta parte del gasto total se efectúa en la provincia del Guayas. Del resto, el 15% en otras provincias de la Costa y 3% en el Oriente. Cabe señalar que en las provincias de Pichincha y Guayas se encuentran casi la totalidad de hospitales de tercer nivel en donde los gastos son mayores tanto a nivel público como privado. Asimismo, sus hospitales son de referencia regional y nacional y brindan servicios a la población tanto de su región como a la que busca sus servicios procedentes de otras regiones, lo que distorsiona esta distribución. Avanzar en la estimación de CNS regionales permitirá no solamente apoyar la gestión descentralizada, sino establecer la equidad incluso en

presencia de situaciones complejas, como el traslape de cobertura interinstitucional y geográfica.

El gasto privado corresponde al realizado por entidades no gubernamentales como los hogares y empresas e instituciones cuyas fuentes de ingresos son privadas. Su distribución nacional muestra que en la Sierra se ejecuta el mayor gasto (52%), mientras que 46% en la Costa y 2% en el Oriente. Entre las provincias, Guayas tiene el mayor gasto, de 103 millones de dólares en el año 1997. Las instituciones proveedoras privadas sin fines de lucro en la Sierra tienen un gasto de 25.6 millones de dólares, cifra que representa menos de la mitad que lo desembolsado en la Costa (55 millones). Una de las instituciones sin fines de lucro con mayor gasto es la JBG que maneja un total aproximado de 33 millones de dólares (61% de los gastos no lucrativos). Otra institución importante es la SOLCA con 14 millones. La mayoría del gasto de otras ONG se efectúa en la Sierra, 2.4 veces más que en la Costa y cerca de 20 veces más que en el Oriente (ver el Gráfico 11).

GRÁFICO 11.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO POR REGIÓN, ECUADOR 1997



Fuente: Estudio de CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

7.2 Gasto público *per cápita* nacional, por provincia y región (MSP – IESS)

El gasto público en salud, en particular por población cubierta muestra amplias diferencias en las regiones. El caso de las dos instituciones con mayor gasto y cobertura del sistema de salud es ilustrativo: mientras en el IESS el gasto *per cápita* es de 145 dólares, en el MSP representa apenas 33 dólares. El del IESS cubre oficialmente a un número mucho menor de personas, alrededor de 9% de la población y representa poco más del 20% del gasto total, en tanto que el MSP concentra casi 24% del gasto total pero se estima que 45% es la población cubierta efectivamente por el MSP, aunque legalmente cualquier ecuatoriano tiene derecho a utilizar sus servicios. Asimismo, el IESS atiende hospitalariamente a una fracción importante de la población cubierta por el SSC. Aunque el monto del gasto para esta situación no está bien determinado.

Existe una relación aproximada de cuatro veces mayor el gasto *per cápita* en el IESS con respecto al MSP a nivel nacional. Sin embargo, al interior del IESS las diferencias son notorias entre las provincias. En Loja, por ejemplo, el gasto *per cápita* es de 252 dólares, mientras que en provincias como Zamora o Napo en el Oriente, se registran gastos promedio de 17 y 8 dólares *per cápita* afiliada respectivamente.

Esta distribución dentro del MSP, fluctúa entre los 19 dólares *per cápita* en la provincia de Los Ríos hasta 51 dólares en Morona Santiago. La excepción es la provincia de Galápagos que tiene un promedio mayor, de 133 dólares *per cápita*.

La brecha entre las regiones puede percibirse en forma más dramática cuando se toma también un indicador sensible del contexto social, como es la pobreza. Para el caso del IESS la relación es inversa: mientras mayor es la proporción de población en la pobreza, menos se gasta en salud. En efecto, el mayor porcentaje de pobreza se encuentra en el Oriente (77%), donde el gasto *per cápita* es el más bajo (34 dólares) y se incrementa alrededor de cinco veces en las otras regiones, conforme la proporción de población pobre disminuye.

La situación anterior es opuesta al comparar el gasto *per cápita* en el MSP. Los *per cápita* de las regiones Sierra y Oriente son similares, mientras el de la Costa es menor, y es en esta región donde se encuentra el menor porcentaje de pobreza. Si bien, el monto de recursos a distribuir es proporcionalmente menor, su distribución se asocia directamente a la pobreza en las regiones (ver el Cuadro 7).

CUADRO 7.**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA POR INSTITUCIÓN Y PROVINCIA, ECUADOR 1997**

PROVINCIA	MSP ¹ (DÓLARES)	IESS ² (DÓLARES)	% DE LA POBLACIÓN EN POBREZA ³
Azuay	31.9 (16)	170.5 (3)	47.7 (17)
Bolívar	46.5 (4)	43.6 (19)	70.2 (4)
Cañar	55.3 (2)	65.0 (17)	63.4 (9)
Carchi	37.1 (12)	53.1 (18)	63.6 (8)
Cotopaxi	35.5 (13)	110.9 (10)	69.2 (5)
Chimborazo	37.6 (11)	184.4 (2)	64.0 (7)
Imbabura	40.3 (9)	130.4 (9)	58.6 (12)
Loja	46.0 (6)	252.4 (1)	67.4 (6)
Pichincha	41.4 (8)	148.5 (5)	45.1 (18)
Tungurahua	29.7 (18)	96.4 (11)	51.6 (15)
Total Sierra	39.7	148.8	60.1
El Oro	35.5 (13)	139.9 (7)	38.3 (19)
Esmeraldas	35.0 (15)	90.4 (12)	58.2 (13)
Guayas	23.3 (20)	158.3 (4)	51.2 (16)
Los Ríos	18.8 (21)	77.0 (14)	60.3 (11)
Manabí	31.0 (17)	148.0 (6)	57.1 (14)
Total Costa	26.2	150.1	53.0
Morona Santiago	50.8 (3)	88.3 (13)	77.2 (3)
Napo	39.6 (10)	16.9 (20)	83.7 (1)
Pastaza	46.4 (5)	138.9 (8)	62.6 (10)
Zamora	44.2 (7)	7.8 (21)	78.0 (2)
Sucumbíos	26.7 (19)	67.3 (16)	8.4 (20)
Total Oriente	40.8	34.2	77.1
Galápagos	133.2 (1)	72.1 (15)	—
Total Nacional	33.1	145.0	54.7

¹ Con relación al 45% de la población total

² Con relación a la población afiliada

³ Cifras de 1996

Nota: las cifras en paréntesis muestran el orden del monto en la columna.

Fuentes: Estudio CNS, 1997; Secretaría Técnica del Frente Social "Geografía de la Pobreza"

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

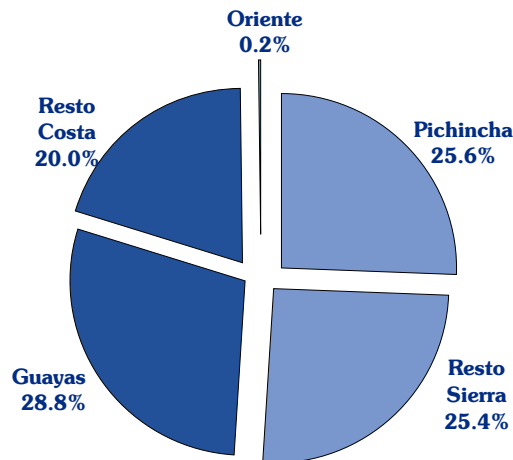
7.3 Copagos al MSP por región

El total de copagos que el MSP recibió (sin el CEMEIM) asciende a 4 millones de dólares, la mayor proporción corresponde a la región Sierra con el 51% (ver el Gráfico 12). Entre las provincias, las que más aportaron a este sistema fueron Guayas y Pichincha con el 29% y 26% respectivamente; la participación del resto de provincias es menor y más o

menos similar. La mayor parte del gasto del INH (85%) es realizado en la provincia del Guayas, y es también en esta provincia que se ejecutan los mayores pagos por el uso de servicios que presta esta institución. Las provincias de Pichincha y Guayas, se encuentran entre las cinco provincias con la menor proporción de población pobre en el país, y son las que concentran la mayor proporción de población del país.

GRÁFICO 12.

DISTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS* POR REGIÓN, MSP, ECUADOR 1997



* Se excluye el CEMEIM

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

7.4 Gastos curativos y preventivos por región

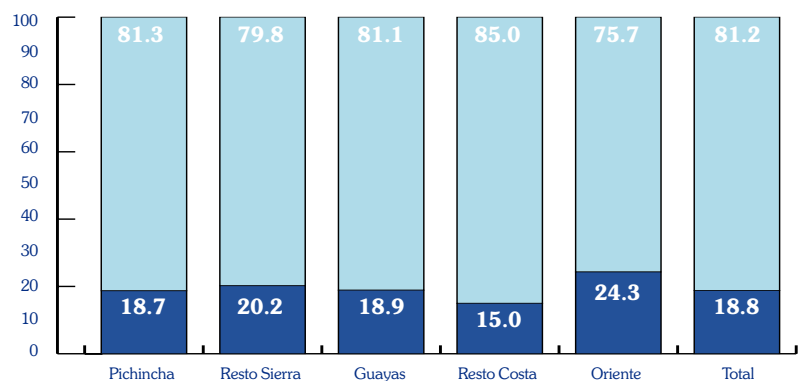
En el país, la mayor parte de los gastos se realizan en atención curativa. Este comportamiento se conserva en las regiones, excepto en el Oriente, que presenta una distribución ligeramente diferente, como resultado de un grupo de proyectos especiales que desarrollan el MSP y varias ONG (ver el Gráfico 13). Cabe recordar que la responsabilidad de las acciones preventivas corresponde fundamentalmente al MSP y que estas se complementan en coordinación con las ONG.

Dado que es el MSP el que realiza el menor gasto *per cápita*, pero que en materia de actividades preventivas su responsabilidad cubre a la totalidad de la población del país, resulta básico proponer su incremento para ser dirigido hacia acciones preventivas y de modo general, en las actividades de salud pública, en particular asociadas a

la patología que causa la mayor cantidad de daños a la salud (ver secciones 8.2, 9.2.2 y 9.3.1) por ser la vía de incidir y reducir los gastos en acciones curativas en el corto, mediano y largo plazo.

GRÁFICO 13.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR TIPO DE ATENCIÓN SEGÚN REGIÓN, ECUADOR 1997



Fuente: Estudio de CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

■ Preventivo
■ Curativo

7.5 Gasto por región según indicadores de salud

Sin duda, la concentración de unidades y recursos conlleva a una concentración del gasto por una parte, ya que existen tanto salarios como insumos a cubrir, pero al mismo tiempo, la presencia de estos recursos usualmente se asocia a una concentración de acciones o actividades. Ello hace que la distribución sea paralela en estos indicadores. Sin embargo, no resulta tan evidente esta asociación con la distribución de todas las acciones preventivas y curativas, ni con los indicadores de salud (ver el Cuadro 8). Las consultas de morbilidad acompañan a la distribución del gasto, pero ni las acciones de salud, ni los recursos acompañan la distribución de los daños a la salud.

El gasto en salud se concentra en la sierra ecuatoriana en prácticamente todas las instituciones del sistema de salud, así como las unidades operativas y sus acciones: 51 y 52 de cada 100 consultas de morbilidad y preventivas respectivamente (según nuestra clasificación Pichincha y Resto Sierra). Sin embargo, es en esta provincia y región que se presentan también las tasas más altas de mortalidad infantil y mortalidad materna. Ya que ahí coinciden en realizarse los gastos *per cápita* superiores, surge la necesidad de un análisis sobre la asignación y la utilización de los recursos para asegurar que se dirijan a resolver las principales causas de enfermedad y mortalidad a través de las intervenciones más efectivas.

CUADRO 8.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA POR REGIÓN SEGÚN INDICADORES DE SALUD, ECUADOR 1997

REGIÓN	GASTO PER CÁPITA (DÓLARES)	CONSULTAS		No. UNIDADES OPERATIVAS	TMI ¹	TMM ²	MÉDICOS ³
		MORBI-LIDAD	PREVEN-TIVAS				
Pichincha	92	28%	24%	635	122.0	19.6	19.6
Resto. Sierra	59	23%	28%	1269	142.8	13.2	13.2
Guayas	62	26%	26%	505	40.0	13.4	13.4
Resto Costa	42	18%	18%	769	76.4	9.3	9.3
Oriente	35	5%	4%	271	113.0	8.3	8.3

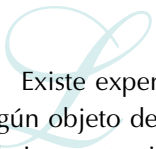
¹ Tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos

² Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos

³ Tasa por 10,000 habitantes

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Hospitalarias, Anuario de Recursos y Actividades, Anuario de Nacimientos y Defunciones, 1997
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

8. La eficiencia



Existe experiencia en dar informes según objeto de gasto y aproximaciones relativamente similares en la mayor parte de las entidades de venta y producción de bienes y servicios de la salud, tanto públicos como privados. Hasta ahora sin embargo, ha sido limitado su uso para analizar dichos gastos y comparar los resultados en la búsqueda de alternativas eficientes de organización y uso de recursos. A través de la metodología de CNS existe la posibilidad de iniciar un estudio distributivo de los recursos para la discusión en términos de equidad y de eficiencia. En esta sección se describen algunos elementos de la asignación y uso de los recursos y el beneficio relativo y potencial que pueden generar.

8.1 Gastos ambulatorios y hospitalarios

La perspectiva general del sistema y sus componentes lleva a considerar si la canalización de recursos en las funciones de la salud es la idónea. “Idónea” supone que la oferta corresponde a las necesidades; ya que si hay cualquier racionamiento, las demandas de mayor gravedad y mayor susceptibilidad de mejorar la salud tendrán prioridad. Inicialmente deberán asignarse recursos a los servicios más apropiados y si es factible, se

seleccionarán los de menor costo. Esto es, la asignación responderá a los objetivos del sistema de asegurar la equidad, la efectividad, y luego la eficiencia y el empoderamiento de la atención de la salud por la población y por los propios trabajadores del sistema. Una primera perspectiva se obtiene al establecer si los gastos se realizan en atención de la salud ambulatoria u hospitalaria. De inicio se sabe que la atención hospitalaria tiene un mayor costo promedio e implica en general mayor complejidad de los procedimientos médicos. La siguiente tabla muestra que el gasto se concentra en los servicios hospitalarios. Ellos ocurren fundamentalmente en los servicios públicos y dentro de ellos en una proporción muy similar en los servicios para la población asegurada y no asegurada (ver el Cuadro 9). La atención ambulatoria corresponde fundamentalmente a gastos privados lucrativos, incluyendo las farmacias, seguidas por las instituciones públicas.

El MSP es la institución pública con el mayor número de unidades proveedoras de servicios, incluyendo las unidades hospitalarias, donde prácticamente se duplica el gasto ambulatorio. En otras instituciones públicas, como los servicios de salud de municipios y el Patronato San José (Quito), el comportamiento del gasto es

CUADRO 9.**DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS POR AGENTE, ECUADOR 1997**
(EN PORCENTAJE)

AGENTES	AMBULATORIO	HOSPITALARIO	OTROS ¹	TOTAL
Públicos para población no asegurada	8.4	16.5	0.8	25.7
Públicos para población asegurada	9.3	16.1	—	25.3
Privados sin fines de lucro	2.9	8.0	—	10.9
Privado con fines de lucro	14.1	5.6	17.7	37.4
Organismos externos	—	—	0.6	0.6
Total	34.7	46.2	19.1	100.0

¹ Incluye: INH, CEMEIM, ISSFA, Organismos externos, medicina prepagada, no disponible seguros privados, laboratorios, imagenología, farmacias

Fuente: Estudio de CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

muy similar. Entre los proveedores para población asegurada, el IESS también dedica la mayor proporción a la atención hospitalaria (67%). El caso extremo son las unidades de la Policía Nacional, con 90% del gasto hospitalario y tan sólo el 10% restante ambulatorio.

La división de tareas y coberturas también se evidencia en los servicios privados sin fines de lucro. Tanto la JBG como SOLCA son instituciones que realizan su gasto básicamente en sus unidades hospitalarias, mientras que esta tendencia se revierte en otras ONG donde la mayor proporción es dirigida a las unidades ambulatorias.

Los servicios privados con fines de lucro por otro lado canalizan el gasto principalmente hacia actividades ambulatorias, aunque dentro de ellas fundamentalmente corresponde a las farmacias, que se agrupó en "Otros" junto con los laboratorios, las unidades de imagenología y las unidades gestoras de recursos.

8.2 Gasto por tipo de atención y nivel

El sistema de salud del Ecuador realiza su mayor gasto en el primer nivel de atención (34%) que esta constituido por las unidades ambulatorias y el hospital cantonal, seguido por el tercer nivel (26%) en el que se encuentran los hospitales de especialidad y especializados de referencia nacional. Alrededor del 20% se gasta tanto en el segundo nivel como en las farmacias, por los proveedores privados con fines de lucro. Un mayor nivel de análisis implica la discriminación de la complejidad de la patología a tratar, asociada a los niveles de atención. Una causa de ineficiencia frecuente es que cierto nivel de patología no corresponde al nivel de manejo en el que se ofrece el servicio. Para el caso de Ecuador no se dispone todavía de todo el detalle de información para realizar esta valoración pero se espera desarrollar la información requerida de modo más riguroso más adelante.

Al analizar la distribución de los gastos en atención de salud por niveles para 1997 se encuentra que, en todos

los niveles de atención, los porcentajes del gasto en atención curativa son superiores a los de la preventiva. Los proveedores privados con fines de lucro presentan las más grandes diferencias.

Discutir este hallazgo no es fácil. Hasta la fecha no existe un criterio normativo sobre el monto idóneo de gasto preventivo en salud ni con respecto de los gastos curativos sino un cálculo ex-post de costo efectividad; se deberían favorecer las intervenciones preventivas cada vez que el costo por caso evitado es menor que el costo del tratamiento. Sin embargo, la medición de los beneficios es, en la práctica, todavía un arte difícil. Por otra parte, los gastos preventivos con frecuencia reciben subsidios y donaciones externas que distorsionan su medición cuando no se logran imputar como gastos correspondientes. Además, su costo unitario es menor en promedio que en los servicios curativos, lo que en conjunto, hasta cierto punto, explica la discrepancia en esta proporción.

Aun así, la elevada proporción de gastos curativos sugiere que en Ecuador potencialmente existe un sesgo hacia este tipo de atención. Con frecuencia se argumenta que deben ser resueltas las necesidades actuales, sin considerar que sólo a través del gasto preventivo se acotan las necesidades futuras en el futuro de gastos curativos excesivamente costosos. Si bien las intervenciones preventivas se catalogan como altamente costo-efectivas, con frecuencia los sistemas de salud no dedican la prioridad a estas acciones. De acuerdo con las cifras obtenidas en el estudio, la proporción del gasto preventivo por el MSP se incrementa según se reduce el nivel de atención de

los servicios. Esto implica una mayor cobertura de acciones preventivas en el primer nivel entre la población atendida por el MSP. El sistema busca lograr la mayor eficiencia, apoyándose en el primer nivel de atención que cubre a la mayor proporción de la población con las acciones preventivas.

Una situación opuesta parece ocurrir en la seguridad social, donde los centros de menor complejidad tienen un gasto menor atención preventiva (ver el Cuadro 10). Una de las razones es legal: las directrices del IESS imponen que el gasto sea dirigido prioritariamente a solucionar las enfermedades y las incapacidades, lo que deja pocos recursos a las intervenciones preventivas, salvo en los programas para los cuales los costos de la detección tienen un beneficio evidente, como es la reducción de la mortalidad prematura. Resultaría altamente útil a nivel institucional un análisis con mayor detalle de dichos servicios. De ser corroborada esta proporción, la reversión de esta tendencia y la determinación de la asignación de recursos a los programas preventivos asociados a la patología más frecuente serán parte de las recomendaciones a valorar.

Los servicios privados tienen un gasto eminentemente curativo. Sin embargo entre las instituciones sin fines de lucro, el preventivo es relativamente constante en los niveles de atención primero y tercero.

8.3 Distribución por tipo de gasto

No todas las actividades que realizan los sistemas de salud se dirigen a la población como servicios finales. Una parte de sus acciones y por

CUADRO 10.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO EN ATENCIÓN SEGÚN PROVEEDOR Y NIVEL, ECUADOR 1997

PROVEEDORES DE SERVICIOS	PRIMER		SEGUNDO		TERCER	
	PREVENTIVA (%)	CURATIVA (%)	PREVENTIVA (%)	CURATIVA (%)	PREVENTIVA (%)	CURATIVA (%)
Ministerio de Salud Pública	11.2	22.5	6.6	30.6	3.2	14.6
IESS	1.9	9.8	10.1	33.3	11.1	36.6
Policía Nacional	—	0.2	0.5	3.2	—	—
Total públicas	14.0	32.8	17.3	68.7	14.4	51.3
Privadas sin fines de lucro	4.4	4.0	0.7	3.7	3.9	20.0
Privadas con fines de lucro	0.7	43.8	0.1	9.5	0.1	10.4
Total privadas	5.1	47.9	0.6	13.4	4.0	30.4
Organismos externos	0.2	—	—	—	—	—
Total	19.3	80.7	17.9	82.1	18.3	81.7

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

lo tanto del consumo de recursos se dirige a la inteligencia de los propios sistemas y a su reforzamiento institucional. En Ecuador, del total de gastos en salud, el 70% se destina a la atención, siendo estos porcentajes más altos en las instituciones públicas, dentro de las cuales corresponde a casi la totalidad de su gasto las que atienden a la población asegurada.

Sin duda la especialización influye en la distribución de estos gastos. Por ejemplo, en el caso de la comercialización de medicamentos, para las farmacias representa el 91% del total de gastos por el carácter comercial de su gestión, lo que eleva la proporción total dentro de su ubicación como proveedor privado, con fines de lucro.

Entre los gastos que son realizados prácticamente por todas las instituciones del sistema, se encuentra la administración, que por razones de registro se agrupa con las políticas de salud. Este cubre cerca del 12% del gasto total y tanto las instituciones públicas para no asegurados como las privadas sin fines de lucro son las que

muestran una mayor proporción (ver el Cuadro 11). La capacitación e investigación recibe una parte mínima de los recursos, lo que implica que el fortalecimiento institucional y la inteligencia del sistema hasta ahora han sido poco atendidos. En valores absolutos, sumadas la capacitación y la investigación existe una diferencia entre el gasto privado y público por estos conceptos, en ambos casos muy bajo (3.4 dólares vs 2.7 dólares respectivamente).

8.3.1 Gastos en inmunizaciones

Debido a la decreciente disponibilidad de recursos por parte del MSP, y dado que los gastos de los hogares responden a un comportamiento de mercado (como es dirigirse principalmente a servicios curativos y ser cubiertos según la capacidad de pago), una de las responsabilidades del MSP es asegurar la cobertura total de servicios preventivos y de salud pública, así como promover una buena práctica de atención por la población y ofrecer servicios a quienes no pueden pagarlos.

CUADRO 11.

GASTOS EN SALUD SEGÚN ACTIVIDAD Y ATENCIÓN POR TIPO DE PROVEEDOR, ECUADOR 1997

PROVEEDORES DE SERVICIOS	ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD (%)	CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN (%)	COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (%)	ATENCIÓN (%)	TOTAL
Públicos para población no asegurada	18.8	1.4	0.7	79.1	100.0
Públicos para población asegurada	8.0	0.1	0.8	91.1	100.0
Total públicos	13.6	0.8	0.8	85.0	100.0
Privados sin fines de lucro	14.0	1.5	10.8	73.7	100.0
Privados con fines de lucro	9.1	0.8	40.8	49.4	100.0
Total privados	10.2	0.9	34.1	54.8	100.0
Total	11.7	0.8	17.2	70.2	100.0

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

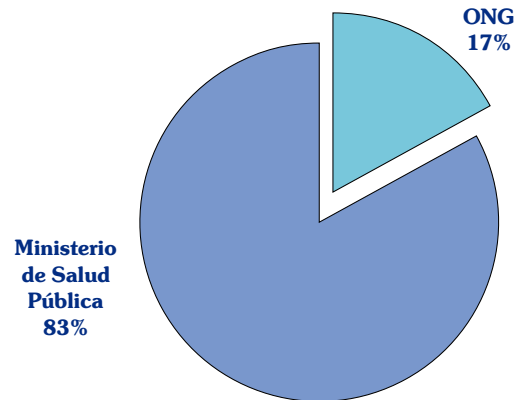
Para ello realiza acciones orientadas a grupos de población y/o problemas de salud específicos.

Los gastos según tipo y programa pueden llevar a análisis valiosos cuando se logra un desglose detallado por institución. Esta no es la situación frecuente en Ecuador, pero el análisis invita a que progresivamente se encuentren las vías para alcanzar estos niveles de información. Dentro de los gastos considerados altamente costo-efectivos figuran las inmunizaciones, acciones que coadyuvan a la prevención específica de un grupo de padecimientos, principalmente infantiles y que se agrupan en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Su distribución debiera cubrir a la totalidad de la población infantil del país dentro de los grupos de población blanco dondequiera que radiquen y a través de cualquier institución.

El MSP es el responsable de realizar acciones para evitar enfermedades prevenibles por vacunación dirigidas a grupos vulnerables, como los menores

de 5 años, y especialmente a los menores de 1 año, con el esquema básico para las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil prevenibles por vacunación (BCG, DPT antipoliomielítica y antisarampionosa), a embarazadas y mujeres en edad fértil (antitetánica). Durante 1997, el país alcanzó altas coberturas de inmunización en el grupo de menores de un año para cada una de las vacunas: alrededor del 100% para BCG, 76% DPT, 77% antipoliomielítica y 75% antisarampionosa.

Este programa en nuestro país es desarrollado fundamentalmente por el MSP, que ejecutó alrededor de 393 mil dólares que representan el 83% del total del gasto en programas de vacunación en el ámbito nacional. Estas acciones representan un monto poco relevante pero estratégico en el gasto del sector privado. De hecho, el 17% restante corresponde a gastos realizados por ONG que son las únicas instituciones privadas que desempeñan esta actividad con apoyo financiero internacional (ver el Gráfico 14).

GRÁFICO 14.**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN INMUNIZACIONES SEGÚN PROVEEDORES, ECUADOR 1997**

Fuente: Estudio CNS, 1997
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

8.3.2 Gastos en prevención de malaria por provincia

Existen programas de cobertura restringida no sólo por la edad de la población como es el caso de las vacunaciones, sino por las condiciones ambientales donde radican. Las mayores tasas de incidencia de la malaria se encuentran en las regiones Costa y Oriente cuyas condiciones geográficas y climáticas tienen características especiales y es en esas provincias donde se efectúan los mayores gastos para combatirlas. Según la Dirección Nacional de Epidemiología del MSP, la provincia de Sucumbíos registra la mayor tasa, 2,004 por cada 100,000 habitantes, y el segundo mayor número absoluto de casos, mientras que la provincia de Esmeraldas tiene una tasa de 1,270 por 100,000 habitantes y un número de 4,593 ocurrencias, que se constituye en el más alto del país.

El gasto total del SNEM para el año 1997 asciende a cerca de 3.6 millones de dólares. La población de las

regiones en riesgo epidemiológico a esta enfermedad se encuentran en zonas donde las acciones son complejas, especialmente en el Oriente, por su extensión y su población dispersa. Estos factores no solamente dificultan las intervenciones, sino que elevan el costo de cubrir dicha zona y de estudiar y ajustar los servicios al comportamiento de la población.

En algunas provincias pertenecientes a la región Sierra también se presentan casos, pero en menor proporción que en las otras regiones, a excepción de las provincias de Loja y Cañar, donde la incidencia es elevada. Se debe aclarar que Loja maneja sus propios recursos, mientras que al resto de provincias que registran casos pero no tienen gastos directos (Cañar, Morona, Napo Zamora) las asiste la provincia de Guayas, razón por la que concentra el mayor monto de gasto y en cuyo territorio se asienta la sede de la institución (ver el Cuadro 12).

CUADRO 12.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN MALARIA POR PROVINCIA Y TASA DE INCIDENCIA, ECUADOR 1997

PROVINCIA	GASTO EN DÓLARES	NÚMERO DE CASOS	INCIDENCIA X 100,000
Azuay	—	—	—
Bolívar	—	5 (14)	2.8 (14)
Carchi	—	—	—
Cañar	—	276 (10)	131.2 (7)
Chimborazo	—	2 (16)	0.5 (16)
Cotopaxi	—	5 (14)	2.8 (14)
El Oro	128,043 (7)	544 (9)	99.9 (9)
Esmeraldas	523,308 (2)	4,593 (1)	1,270.1 (2)
Galápagos	—	—	—
Guayas	2,052,678 (1)	1,246 (5)	40.5 (11)
Imbabura	—	—	—
Loja	83,507 (8)	256 (11)	61.2 (10)
Los Ríos	192,622 (3)	2,343 (3)	371.7 (5)
Manabí	186,398 (4)	1,370 (4)	113.1 (8)
Morona	—	240 (12)	180.0 (6)
Napo	—	927 (6)	633.3 (4)
Pastaza	69,589 (9)	716 (8)	1,248.7 (3)
Pichincha	176,313 (5)	733 (7)	31.9 (12)
Sucumbíos	169,240 (6)	2,575 (2)	2,003.7 (1)
Tungurahua	—	—	—
Zamora	—	9 (13)	9.5 (13)
Total	3,581,368	16,530	138.5

Nota: Las cifras en paréntesis muestran el orden del monto en la columna.

Fuente: Estudio CNS, 1997, MSP, Dirección Nacional de Epidemiología
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

El gasto promedio por caso reportado es de 217 dólares. Sin embargo, la correspondencia de los gastos y los casos registrados no siempre es clara. El estudio de los gastos, su distribución y el seguimiento de los factores que distorsionan potencialmente la asignación de recursos, contribuiría a analizar la asignación de recursos en este programa.

8.4 Gastos en recursos humanos e inversión

La operación de las instituciones conduce al consumo de los recursos con diversos perfiles de gasto. Selectivamente se presenta a continuación el análisis del principal recurso del sistema, el humano y comparativamente la proporción de

recursos que concentra según los perfiles de actividad. La inversión por su parte corresponde a uno de los gastos con mayor deterioro durante las épocas de crisis del sistema. Su análisis, por el contrario, refleja la situación de bonanza-restricción con que operan los servicios.

El mayor nivel de gasto en el sector público (76%), se destina al pago de remuneraciones y salarios, las instituciones privadas sin fines de lucro dirigen cerca del 40% a este concepto, mientras que el sector privado con fines de lucro le destina únicamente la cuarta parte de su gasto (ver el Gráfico 15). Ello puede asociarse a que el flujo de gasto de las farmacias se canaliza no al pago de su personal sino al de los medicamentos.

La muy baja proporción de gasto en inversión por el contrario, muestra la escasa canalización de recursos hacia adquisiciones de bienes inmuebles, construcciones para el desarrollo de labores sanitarias y equipamiento mayor. Tanto en el caso de las instituciones públicas como privadas, los gastos de inversión son muy bajos, lo que sugiere que se requiere revisar para todos los

integrantes del sistema de salud su perfil de inversión, mejoramiento y adecuación de infraestructura y de equipamiento. Cuando la eficiencia de asignación de recursos no es la idónea, pueden aceptarse propuestas que no se ajustan a los criterios deseables considerando la situación presente críticamente y bajo una perspectiva de planeación.

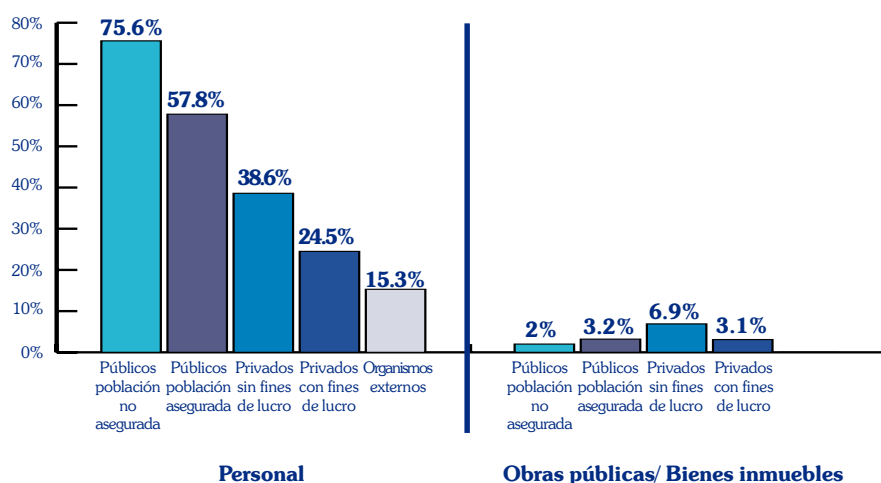
8.5 Gastos de los hogares en fármacos por sector

El insumo individual de mayor consumo en el sistema son los fármacos. Hasta ahora los presupuestos impiden un análisis suficientemente detallado en este concepto porque, con frecuencia, los reportes incluyen los consumos dentro de instalaciones públicas y privadas que se reciben en el transcurso de un servicio ambulatorio u hospitalario. Sin embargo, se conoce el gasto directo de los hogares en farmacias, así como los registros de la propia industria. El gasto anual de los hogares en fármacos, con respecto al desembolso directo total en salud (o gastos de bolsillo) fue del 61% en 1995, y para 1997 se redujo a 53%, lo que significa una disminución del 15% del nivel anterior en 2 años. La disminución es tanto en valores absolutos como relativos, y refleja, en ausencia de medidas estructurales, la contracción de la demanda como un impacto de la crisis.

Durante 1997, el mayor gasto en fármacos lo realizaron los hogares que no tienen ningún tipo de seguro (72%) (ver el Gráfico 16). Entre la población asegurada, quienes dirigieron una mayor proporción de gasto directo en medicamentos son los asegurados del IESS (16%).

GRÁFICO 15.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN PERSONAL E INVERSIÓN SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR, ECUADOR 1997

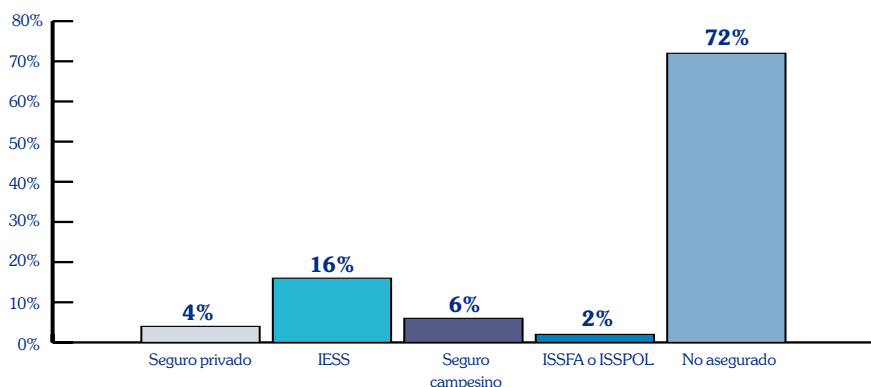


Fuente: Estudio de CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

GRÁFICO 16.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DIRECTO ANUAL EN FÁRMACOS DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA INSTITUCIÓN ASEGURADORA QUE LA CUBRE, ECUADOR 1997



Fuente: INEC - ECV, 1998

Elaboración: INEC - ECV, 1998

8.6 Recursos externos por tipo de gasto

Los recursos externos han contribuido con una parte importante del gasto en funciones estratégicas del sistema. Cerca de dos terceras partes de los fondos externos son utilizados en la atención preventiva; la tercera parte restante se dirige a actividades de apoyo y fortalecimiento institucional: gastos administrativos, de capacitación e investigación (ver el Cuadro 13).

efectividad, y (c) la manera concreta en que se operan dichas intervenciones. La valoración del gasto de recursos según insumo representa el inicio de la estimación de la eficiencia, que permite asociar los indicadores de gasto con los indicadores de necesidades, de desempeño y de los productos y resultados en salud. Quizas estas conclusiones se habían ya alcanzado a través de los varios análisis de

CUADRO 13.

RECURSOS EXTERNOS SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN, ECUADOR 1997

(EN PORCENTAJE)

PROVEEDORES	PREVENTIVA	CURATIVA	RESTO	TOTAL
Públicos	34.3	1.2	4.4	39.8
Privados sin fines de lucro	22.1	12.5	10.5	45.1
Organismos externos	—	—	15.1	15.1
Total	56.4	13.6	30.0	100.0

Fuente: Estudio CNS, 1997

Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

Las instituciones públicas concentran los gastos en acciones preventivas en tanto que las instituciones privadas sin fines de lucro tienen un perfil homogéneamente distribuido entre las distintas categorías de gasto. Los organismos externos gestionan una parte de los recursos directamente para realizar acciones de administración, capacitación e investigación y proporcionando recursos en especie.

La eficiencia del gasto en salud se establece a través de valoraciones diversas como son: (a) en qué medida los recursos se dirigen a resolver las necesidades prioritarias en salud dentro del país, (b) en qué medida las intervenciones concretas operadas para solucionar esos problemas son las mejores en términos de su costo-

financiamiento. Sin embargo, gracias a las CNS se pueden ponderar en su importancia y la estandarización de las estimaciones permitirá comparar mejor el seguimiento de las medidas que resulten de este reporte.

Los resultados de las CNS —la mayor parte de ellos, esperados— pueden discutirse en Ecuador, en particular, para evitar el desperdicio de recursos, y orientarlos de acuerdo con las patologías que causan la mayor proporción de daños —en morbilidad y mortalidad— considerando cubrir a los grupos de población y de edad correspondientes. Ello incluiría elevar la asignación en programas preventivos, y distribuirla entre las regiones según la población a cubrir, especialmente en instituciones como el IESS.

9. La equidad

La salud ha sido elevada a rango de derecho humano universal y se reconoce como una vía para las oportunidades económicas, de vida y sociales. Por ello, un principio básico de todo sistema de salud es el logro de la equidad. Existen varios conceptos de equidad, pero básicamente implica la igualdad de oportunidades, en la condición de salud de los individuos y grupos sociales, y en la cobertura, la protección y recuperación de la salud a través de la atención de la salud. Esto es, la homogeneidad en la protección y efectividad de los servicios. En términos del financiamiento esto se observa a través de indicadores tales como la distribución de la carga financiera y de las barreras financieras de acceso entre los grupos sociales.

La mayor carga financiera del sistema de salud en Ecuador se establece a través del pago directo de los hogares para la compra de bienes y servicios de salud. Para analizar la carga financiera según grupos sociales, a partir de su nivel de ingreso se han conformado cinco grupos homogéneos o quintiles. La distribución del gasto entre estos quintiles permite una primera aproximación a la equidad. El gasto establece directa e indirectamente varios criterios básicos. Un primer aspecto a considerar es la ausencia o el gasto reducido, que expresa la falta de

cobertura del sistema o el no uso de servicios, incluso en presencia de una necesidad percibida de atención. En ambos casos, el menor uso se presenta en los grupos de menor ingreso. Esto ocurre principalmente por las barreras económicas y educacionales existentes entre ellos. Es así, que, en los casos donde existe un mayor nivel de escolaridad, la utilización de los recursos se realiza con mayor medida en atención preventiva y antes de presentarse niveles de gravedad de los padecimientos. No obstante, hay una mayor necesidad de atención de la salud cuando el ingreso es menor y cuando las condiciones de vida son inadecuadas.

A medida que el nivel de ingreso se eleva, los hogares realizan un mayor desembolso en servicios de salud. La mayor proporción del gasto total en salud se concentra en el quintil de mayores ingresos. Esto explica cómo el mercado es regido por las necesidades de estos grupos, aún cuando la mayor parte de la población responde a otro perfil de gastos en salud. Esto es, hay un gasto diferenciado según el nivel de ingreso de los hogares. Por ejemplo, el monto total del gasto en servicios públicos es el doble en los hogares de menor ingreso que en los de mayor ingreso. Estos gastos además se concentran en los hospitales en todos los niveles de ingreso.

El gasto en los hogares con mayor ingreso se dirige hacia los servicios privados en general, y en particular a la atención ambulatoria. La atención más costosa, que es la hospitalaria, se realiza fundamentalmente en los servicios públicos también. Esto se demuestra porque el gasto en hospitales públicos se eleva a medida que el nivel de ingreso es superior (ver el Cuadro 14). Ello conduce a que la población con capacidad de pago recibe servicios subsidiados, alterando el resultado de las medidas de equidad de que dispone el sistema. Los gastos en farmacias son el principal motivo de gasto en todos los quintiles, excepto en el de mayor ingreso.

Hay varios aspectos que llaman la atención. En primer término, el quintil de menor ingreso muestra un mayor gasto en atención privada, incluso eliminando el de farmacias, que es el mayor individualmente. Eso implica que en este grupo, el mayor monto se produce en atención ambulatoria privada, seguida de la hospitalización

pública. El gasto en atención ambulatoria pública (sumando los servicios pagados en centros de salud y subcentros de salud conjuntamente) es superior pero muy cercano al de atención ambulatoria privada. En el grupo de mayor ingreso, el perfil de gasto es similar excepto que el de atención ambulatoria privada es muy superior al del gasto en atención ambulatoria pública. Una primera conclusión a la que llevan estos datos es que, aún en los grupos de bajo ingreso, el sector privado de servicios ocupa un lugar importante en la satisfacción de las necesidades de atención y capta la proporción mayor de su gasto en salud. Si se agregan los gastos en farmacias, esta condición es aun mucho más clara. Estas observaciones y conclusiones se corroboran a lo largo del estudio al analizar las diferentes cifras e indicadores. El gasto en que han incurrido los hogares en salud según quintiles de ingreso, en todos ellos casi se triplica el gasto privado con respecto al público.

CUADRO 14.

**GASTO ANUAL EN SALUD DE LOS HOGARES POR QUINTILES DE INGRESO
SEGÚN PROVEEDORES, ECUADOR 1997 (EN MILES DE DÓLARES)**

Año	TOTAL	QUINTILES DE INGRESO				
		PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	QUINTO
Total	240,888	31,345	30,661	38,703	55,323	84,856
Público	56,582	7,833	7,437	8,390	11,432	21,490
Hospitales	39,650	4,979	5,112	6,409	9,298	13,851
Centro de salud	9,485	1,136	1,140	1,212	1,683	4,315
Subcentro de salud	7,447	1,718	1,185	770	451	3,323
Privado	184,306	23,512	23,224	30,313	43,891	63,366
Hospital y clínica	19,269	2,370	1,082	1,925	1,830	12,062
Consultorio	57,685	7,523	6,404	6,889	12,181	24,687
Botica o farmacia	87,965	10,749	13,284	19,038	27,224	17,670
Otros ¹	19,387	2,870	2,453	2,461	2,656	8,948

¹ Comprende atención en casa o domicilio, en el lugar de trabajo del paciente o en el domicilio del médico (siempre que no se trate de un consultorio).

Fuente: INEC - ECV, 1998

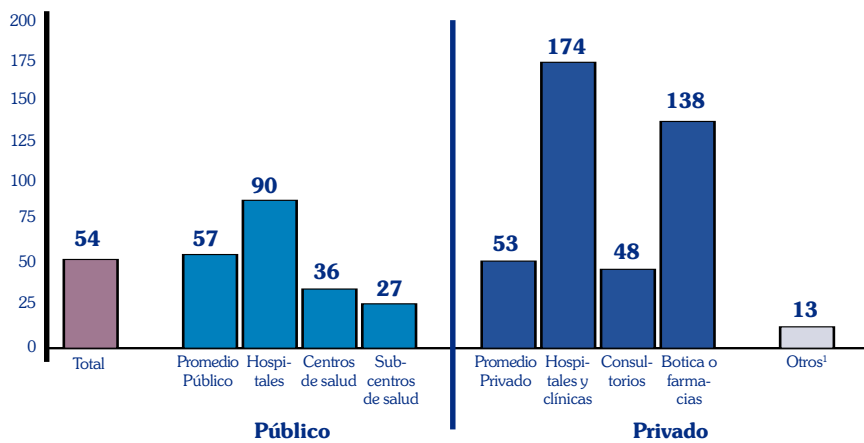
Elaboración: INEC - CNS, 1997

El análisis del gasto promedio *per cápita* como pago directo de la atención recibida, en el sector público fue de 57 dólares, debido al mayor uso de servicios hospitalarios, con mayor costo. En el sector privado, que se dirige principalmente a servicios ambulatorios, fue de 53 dólares (ver el Gráfico 17). Al interior del tipo de atención se reflejan diferencias importantes. El mayor gasto promedio corresponde a la hospitalización.

diferencia existente al interior de cada uno de los quintiles de ingreso, consistentemente la participación en el mercado así como el gasto promedio se eleva con los niveles de ingreso. La diferencia en el monto total del gasto es mayor entre los distintos estratos de bienestar o condiciones de vida que entre los niveles promedio por quintil, lo que sugiere la existencia de diferentes perfiles de utilización de los servicios de salud entre ellos.

GRÁFICO 17.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LOS HOGARES SEGÚN PROVEEDORES, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)



¹Comprende atención en casa o domicilio, en el lugar de trabajo del paciente o en el domicilio del médico (siempre que no se trate de un consultorio)

Fuentes: INEC – ECV, 1998
Elaboración: INEC – CNS, 1997

9.1 Gasto de los hogares en salud según servicios básicos de la vivienda

En general, el gasto en salud de los hogares y la disponibilidad de servicios básicos en la vivienda están en relación directa con los ingresos, es decir, los grupos con mejores condiciones de vida realizan gastos en salud más altos. Estas diferencias se presentan no sólo entre los quintiles de ingreso sino al interior de cada uno de ellos, conforme la calidad de vida se modifica. El Cuadro 15 muestra la

Por ejemplo, en relación con el abastecimiento de agua por la red pública, se observa que existe una brecha mayor en el gasto entre el primer quintil y el último (22 vs 77 respectivamente) que en los hogares que disponen de otro tipo de abastecimiento de agua (río, vertiente, acequia o agua lluvia) (5 vs 3 respectivamente). Este mismo comportamiento se encuentra para el resto de servicios básicos, con excepción de la disponibilidad del servicio eléctrico que es similar en todos los quintiles.

CUADRO 15.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TOTAL Y PROMEDIO DE LOS HOGARES EN SALUD POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA, ECUADOR 1997 (PROMEDIO: US DÓLARES. TOTAL: MILLONES DE US DÓLARES)

TIPO DE SERVICIO BÁSICO	QUINTILES DE INGRESO											
	TOTAL		PRIMER		SEGUNDO		TERCER		CUARTO		QUINTO	
	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO	TOTAL	PROMEDIO
Sistema de abastecimiento de agua												
Red pública	199	132	22	99	22	86	30	86	46	137	77	213
Carro repartidor	10	119	1	85	1	84	2	84	2	98	4	234
Pozo	11	88	3	82	4	93	2	93	2	104	1	85
Otros ¹	21	81	5	66	4	53	5	53	5	120	3	168
Servicios sanitarios												
Excusado y alcantarillado	139	163	9	117	10	98	17	98	34	162	66	219
Excusado y pozo séptico	49	126	7	147	7	82	9	82	11	106	16	212
Excusado y pozo ciego	22	79	6	96	5	64	5	64	5	99	2	103
Letrina	14	75	3	54	4	83	3	83	3	116	1	136
No disponible	17	—	6	—	5	—	4	—	3	—	1	—
Sistema de eliminación de la basura												
Carro recolector	164	152	13	145	15	95	22	95	41	148	70	211
Otros ²	77	86	18	69	15	70	17	70	14	100	15	194
Disponibilidad de servicio eléctrico												
Si dispone	233	126	28	94	29	83	37	83	54	133	85	208
No dispone	8	66	3	61	2	56	2	56	2	100	0.2	76
Disponibilidad de servicio telefónico												
Si dispone	105	210	4	192	4	142	10	142	23	177	60	241
No dispone	136	92	27	83	27	76	28	76	33	112	25	155
Disponibilidad de servicio de ducha												
Si dispone	151	171	10	152	11	109	18	109	34	149	74	229
No dispone	90	83	21	75	20	70	20	70	21	111	11	127

¹ Incluye río/vertiente o acequia, agua lluvia

² Incluye la tiran a la calle/quebrada/río/lote/ por incineración o entierro y otras

Fuente: INEC - ECV, 1998

Elaboración: INEC - CNS, 1997

9.2 Gasto promedio de hogares según aseguramiento

El financiamiento del sistema de salud reposa en diferentes mecanismos de canalización de recursos. El gasto público que capta impuestos dirige una parte de ellos a través de los presupuestos general, municipal o provincial. La equidad de este mecanismo es mayor conforme los servicios logran una mayor

cobertura poblacional, en particular para los grupos de menor capacidad de pago. Otra modalidad de captación y canalización de los recursos es a través de las contribuciones a la seguridad social cuyos servicios tienen una cobertura restringida tanto por tipo de trabajador como por miembro de la familia. Este sistema amerita un análisis específico en materia de transferencias de recursos a través del sistema de atención del

Seguro Social Campesino.

Otra modalidad de flujo de recursos es a través de la compra de seguro médico privado y esquemas de prepago desde los hogares y empresas a proveedores privados generalmente con fines de lucro. El pago directo de los hogares representa una modalidad en la que el consumo en salud compite con otros satisfactores, algunos de supervivencia básica. Por ello, según la disponibilidad de recursos del hogar, los gastos en salud se realizan en función de la presión que exista por adquirir otros satisfactores, y en condiciones de extrema carencia de recursos o de tratamientos costosos, puede llegarse al endeudamiento y a los llamados gastos catastróficos que empobrecen a las familias como resultado del pago de la atención. No solamente los hogares que disponen de un seguro tienen la oportunidad de realizar pagos periódicos y proporcionales a su ingreso, lo que reduce su riesgo financiero ante los eventos de enfermedad, sino también, los gastos adicionales que deben realizar son mucho menores que los de la población no asegurada. La mayor parte de la población ecuatoriana (78%) carece de cobertura de la seguridad social, y es ella quien realiza

también la mayor proporción (73%) del gasto directo de los hogares en salud.

Un análisis realizado por la OMS (OMS 2000), sugieren que los países con mayor ingreso tienden a realizar gastos a través de esquemas de prepago, esto es, de seguros, ya sean sociales o privados. En cambio, en los países de menor ingreso el gasto en salud directo de los hogares (de bolsillo) representa una proporción del gasto total en salud mayor. Esto expone a los hogares a realizar gastos catastróficos. En comparación con las cifras mundiales, de acuerdo con el estudio de este OMS, los países agrupados según su PIB por habitante, cuando son pobres, o de bajo ingreso, tienen un gasto privado mayor (ver el Cuadro 16). Ecuador se ubica en la tercera columna (30-39% de gasto directo en salud, con ingreso *per cápita* entre 1.000 y 9.999 DÓLARES) dentro de un grupo de 23 países de ingreso medio por habitante donde el comportamiento es menos homogéneo. Sin embargo, en Ecuador, se corrobora el hecho de que la cobertura de la seguridad social y los esquemas privados de prepago son reducidos, incluso la cobertura de seguridad social

CUADRO 16.

**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DIRECTO ANUAL EN SALUD DE LOS HOGARES
COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD, 1997 (NÚMERO DE PAÍSES)**

INGRESO POR PERSONA (DÓLARES)	<20 %	20 -29 %	30 -39 %	40 -49 %	50 -59 %	60 % Y MÁS	TOTAL
Menos de 1,000	7	10	9	7	11	19	63
1,000-9,999	16	18	23	15	8	8	88
10,000 y más	19	7	4	5	0	2	37
Total	42	35	36	27	19	29	188

Fuente: OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Cuadro 5.1, pp 96.
Elaboración: Grupo Técnico CNS, 1997

en los hogares de bajo ingreso. Estos gastan también una elevada proporción en los servicios de salud privados.

El gasto promedio de la población asegurada es mayor que el de la no asegurada (ver el Cuadro 17). Al interior de los quintiles de ingreso, los gastos promedio de los hogares sin aseguramiento son mayores, a excepción del último quintil, donde los

asegurados mantienen un promedio mayor en un 53%: por disponer de mayores ingresos destinan mayores recursos para el cuidado de su salud.

En el análisis de los gastos en salud realizados por los hogares que cuentan con algún tipo de aseguramiento se observa que dichos recursos son canalizados principalmente (31%) hacia las boticas y farmacias, seguido por el gasto en consultorios (17%). Por otro lado, la población asegurada muestra un perfil diferente: aportan el 27% del gasto total en salud, y el mayor desembolso lo efectuaron en los consultorios (7%) (ver el Gráfico 18), en los hospitales (7%) y en las boticas o farmacias (6%). Ello obedece, entre otras cosas, a que los asegurados tienen derecho a ser atendidos en hospitales del Seguro Social y otros seguros particulares, donde el gasto directo de la atención es complementario a los prepagos realizados, y con frecuencia reciben los medicamentos simultáneamente en la consulta u hospitalización. Por lo tanto, el estar asegurado permite realizar menores desembolsos directos.

El gasto *per cápita* es mayor en los asegurados (25 dólares) que en los no asegurados (19 dólares) (ver el Gráfico 19). El impacto en el mercado se realiza también por este grupo de población, no obstante que en ella se encuentra apenas la cuarta parte de la población. Existen varias anotaciones importantes, por ejemplo, que los asegurados tienen un mayor incentivo de pedir atención, mientras que los no asegurados posponen la demanda, posiblemente asociado a que ellos pueden no tener la capacidad de pago suficiente para cubrir el costo de la receta. Por otra parte, es factible que los asegurados

CUADRO 17.

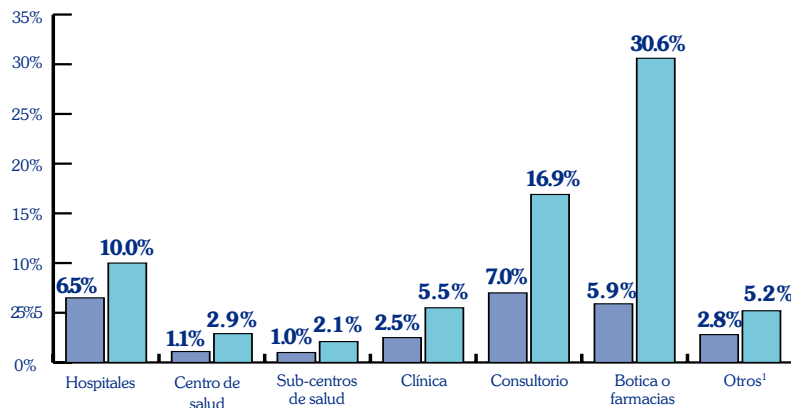
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD DE LOS HOGARES POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)

Año	TOTAL	QUINTILES DE INGRESO				
		PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	QUINTO
Total	54.20	45.38	37.27	41.04	53.93	88.22
Asegurados	66.49	43.23	41.03	35.97	50.55	114.78
No asegurados	50.79	45.78	36.38	42.21	54.79	75.22

Fuente: INEC - ECV, 1998
Elaboración: INEC - CNS, 1997

GRÁFICO 18.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO ANUAL DE LOS HOGARES EN SALUD POR CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGÚN PROVEEDORES, ECUADOR 1997

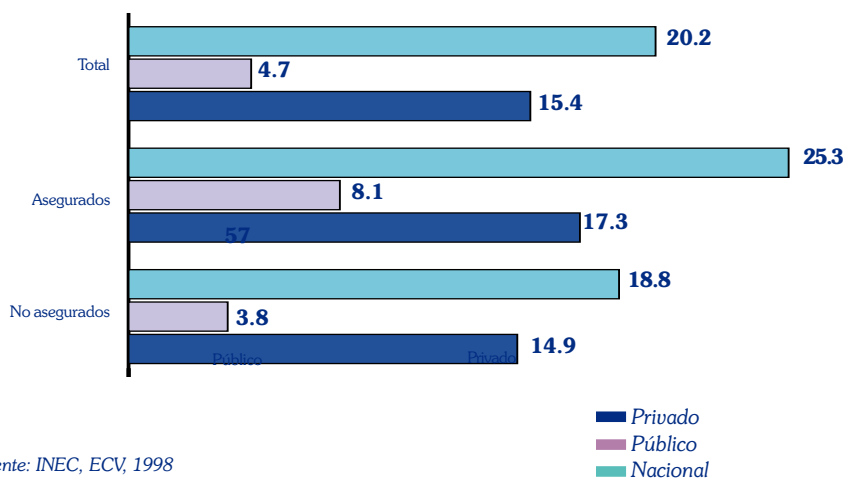


¹ Comprende atención en casa o domicilio, en el lugar de trabajo del paciente o en el domicilio del médico (siempre que no se trate de un consultorio)

Fuente: INEC - ECV, 1998
Elaboración: INEC - CNS, 1997

GRÁFICO 19.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DIRECTO PER CÁPITA EN SALUD POR CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO Y SEGÚN PROVEEDOR, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)



Fuente: INEC, ECV, 1998
Elaboración: INEC, CNS, 1997

tengan un nivel de educación superior al promedio de los no asegurados, lo que se traduce en un uso de servicios más temprano y con un rango mayor de servicios.

9.2.1 Gasto anual per cápita en salud en el Ecuador por áreas urbana y rural

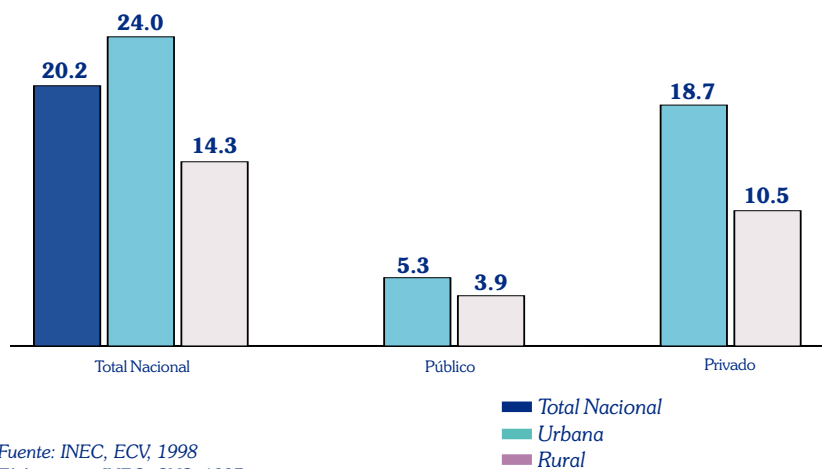
El gasto directo per cápita anual en salud promedio durante 1997 fue de 20 dólares, éste también se concentra en el área urbana (24 dólares), mientras que en el área rural es 46% menor (14 dólares) (ver el Gráfico 20). La población rural acude a servicios de salud del sector público donde los costos son menores así como a las unidades del SSC que realiza transferencias a través de sus prestaciones, aun no cuantificadas en este reporte. El gasto per cápita más bajo se registra en el sector público con niveles que fluctúan entre cuatro y cinco dólares anuales.

9.2.2 Gasto en salud según años de vida saludable perdidos

Es factible lograr una primera

GRÁFICO 20.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DIRECTO PER CÁPITA EN SALUD POR ÁREAS Y SEGÚN PROVEEDOR, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)



Fuente: INEC, ECV, 1998
Elaboración: INEC, CNS, 1997

aproximación al análisis complementario del gasto en salud con indicadores de enfermedad y muerte como son los años de vida saludable (AVISA) perdidos por grupos de enfermedad y área geográfica. El perfil epidemiológico de Ecuador muestra un alto nivel de patología prevenible, cuyo manejo por los servicios de salud puede contribuir a elevar la calidad de

vida y la esperanza de vida al nacer. Actualmente se observa que el mayor gasto en salud por AVISA en el país, se ubica en el grupo III de "Lesiones accidentales e intencionales"; seguido del grupo I de "enfermedades transmisibles" y, por último, el grupo II de "enfermedades no transmisibles" (ver el Cuadro 18).

Aunque en el Ecuador la pérdida de años de vida saludable es menor en el grupo III que representa el 24% del total, su gasto es mayor, lo que pudiera estar asociado a que estas patologías son más caras en su manejo. Se debe considerar que, en este grupo las enfermedades causadas por lesiones tienen una importancia elevada, pues tan sólo los atropellos por vehículos de motor constituyen 6% del peso de la enfermedad a nivel nacional, y concentra el mayor número de pérdidas de años de vida saludable porque se concentra en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes. Las otras dos causas de enfermedad, muerte e incapacidad, importantes en este grupo, son los choques de

vehículos de motor y los homicidios.

En este contexto, las características del gasto que presentan el área urbana y rural son semejantes a las del total nacional. En general, el gasto *per cápita* por AVISA perdidos por lesiones es más elevado que por enfermedades transmisibles y no transmisibles. Este gasto es más elevado en el área rural en el sector público.

Orientando el análisis a los proveedores de servicios de salud dentro del sector privado y público, los gastos en salud por AVISA son superiores en el sector privado tanto a nivel urbano como rural.

9.3 Gasto de los hogares en salud por género del jefe

Durante 1997, cerca del 54% de los jefes de hogar realizaron gastos directos para el cuidado de su salud. Dicho gasto representó el 34% del total de erogaciones para salud realizadas por los hogares. Se puede establecer

CUADRO 18.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DIRECTO *PER CÁPITA* EN SALUD POR PROVEEDORES, SEGÚN AVISA Y GRUPOS DE ENFERMEDAD, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)

AVISA DE GRUPOS DE ENFERMEDAD	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO
Gasto por AVISA a nivel nacional	112.39	26.40	85.99
Grupo I.- Enfermedades transmisibles	332.88	78.19	254.69
Grupo II.- Enfermedades no transmisibles	266.37	62.57	203.80
Grupo III.- Lesiones	467.40	109.79	357.61
Área urbana	117.71	26.06	91.65
Grupo I.- Enfermedades transmisibles	362.08	80.17	281.92
Grupo II.- Enfermedades no transmisibles	281.05	62.23	218.82
Grupo III.- Lesiones	459.64	101.77	357.87
Área rural	100.64	27.14	73.50
Grupo I.- Enfermedades transmisibles	275.52	74.31	201.21
Grupo II.- Enfermedades no transmisibles	234.72	63.30	171.42
Grupo III.- Lesiones	488.71	131.80	356.91

Fuente: CEPAR, PHR – El Peso de la Enfermedad en el Ecuador, Septiembre 1999 INEC – ECV, 1998
Elaboración: INEC – CNS, 1997

que quienes gastan más en salud anualmente, son los jefes del hogar hombres con el 71%, mientras que las jefes mujeres cubren un gasto anual en salud del 29%. Esto se debe principalmente a que la familia ecuatoriana se compone principalmente de jefes de hogar masculinos y que son principalmente ellos quienes reciben ingresos propios: dentro del mercado laboral hay mayor cantidad de hombres prestando sus servicios. En general, la actividad remunerada de la mujer puede ser proporcionalmente inferior a la del hombre por la informalización del trabajo de las mujeres y la discriminación salarial por sexo, entre otros factores. El número de jefes de hogar hombres es casi 3 veces mayor que el de las mujeres y al interior de los quintiles este va aumentando de 2.3 en el primer a 2.8 en el último. Es decir, la proporción de jefes hombres es mayor en los hogares de mayor ingreso.

En el análisis según quintiles de ingreso se encuentra que, a mayores ingresos, los desembolsos destinados a salud también son mayores tanto en los hogares cuyos jefes son hombres como en los que son mujeres a excepción del primer quintil, (ver el Gráfico 21).

Ya que la mujer asume directamente el cuidado y conocimiento en salud, el gasto promedio de los jefes de hogar mujeres es de 92 dólares, superior en 27% al de los hombres (ver el Gráfico 22). Por nivel de instrucción los promedios de las mujeres son casi el doble que el de los hombres, excepto en primaria que es similar en ambos sexos y rompe con el patrón descrito.

9.3.1 Gasto preventivo y curativo por género del usuario

Al analizar el gasto en salud anual

GRÁFICO 21.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD DE LOS JEFES DE HOGAR POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN GÉNERO, ECUADOR 1997

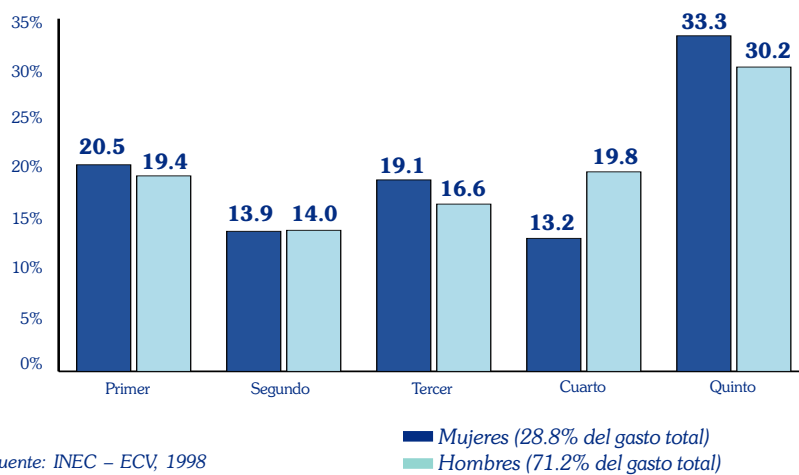
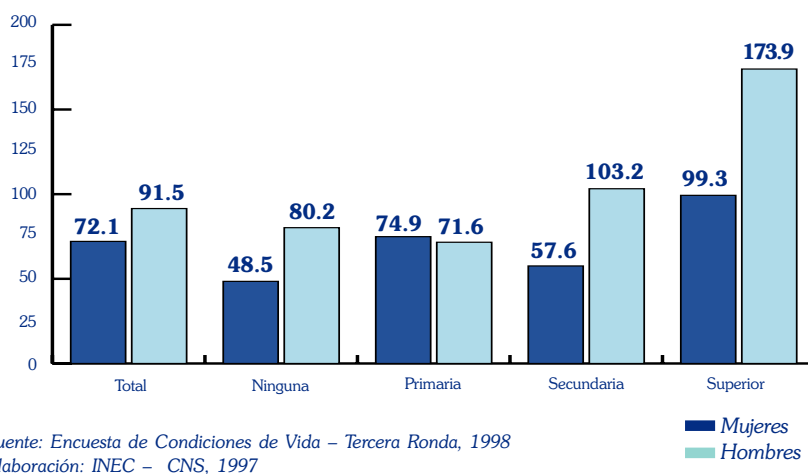


GRÁFICO 22.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROMEDIO ANUAL EN SALUD DE LOS JEFES DE HOGAR POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN GÉNERO, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)



de los hogares por tipo de atención y género del usuario, en el año de 1997 se observa que el gasto en atención curativa (88%) es mayor al gasto en atención preventiva (12%) (ver el Cuadro 19). Desde el punto de vista de género, el gasto efectuado por las mujeres es superior al de los hombres, tanto en salud curativa como en preventiva. Esta misma estructura se

CUADRO 19.**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TOTAL ANUAL EN SALUD DE LOS HOGARES POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN GÉNERO Y TIPO DE ATENCIÓN, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)**

GASTO EN SALUD POR GÉNERO Y POR TIPO	TOTAL	QUINTILES DE INGRESO				
		PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	QUINTO
Total gasto en salud	240,888,026	31,344,888	30,660,620	38,703,299	55,322,836	84,856,383
Gasto en salud hombres	108,491,327	15,893,017	15,006,867	17,211,595	26,820,001	33,559,848
Gasto en salud mujeres	132,396,699	15,451,871	15,653,754	21,491,704	28,502,835	51,296,535
Total gasto en salud curativa	211,832,981	29,688,410	28,648,335	34,882,470	49,206,709	69,407,056
Gasto curativo hombres	94,564,603	15,206,868	13,842,853	15,932,428	23,278,185	26,304,270
Gasto curativo mujeres	117,268,378	14,481,542	14,805,483	18,950,043	25,928,525	43,102,786
Total gasto en salud preventiva	29,055,045	1,656,478	2,012,285	3,820,829	6,116,127	15,449,327
Gasto preventivo hombres	13,926,725	686,149	1,164,014	1,279,168	3,541,816	7,255,578
Gasto preventivo mujeres	15,128,321	970,329	848,271	2,541,661	2,574,311	8,193,749

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida – Tercera Ronda – 1998

Elaboración: INEC – CNS, 1997

refleja a nivel de quintiles de ingreso y cuando se analiza el gasto en detalle: en los tres primeros quintiles más del 90% se destinó a la atención curativa. Se observa que los gastos en salud preventiva, como proporción del gasto total, se presentan en los mayores niveles de ingresos. Esto se debe a que, en general, la gente satisface primero las necesidades curativas que son más urgentes. Si se

comparan los gastos curativos del primero con los del último, estos representan más del doble que en el primer quintil mientras esta misma relación es de nueve veces para la atención preventiva.

El análisis por género del gasto promedio del jefe de los hogares según los servicios preventivos y curativos muestra que el gasto de la mujer es superior al del hombre en promedio y

CUADRO 20.**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PROMEDIO EN SALUD DE LOS HOGARES POR QUINTILES DE INGRESO SEGÚN GÉNERO Y TIPO DE ATENCIÓN, ECUADOR 1997 (EN DÓLARES)**

GASTO EN SALUD POR GÉNERO Y POR TIPO	TOTAL	QUINTILES DE INGRESO				
		PRIMER	SEGUNDO	TERCER	CUARTO	QUINTO
Total gasto en salud	54.20	45.38	37.27	41.04	53.93	88.22
Gasto en salud hombres	51.79	46.72	36.92	39.26	55.97	77.93
Gasto en salud mujeres	56.36	44.09	37.61	42.59	52.15	96.56
Total gasto en salud curativa	53.85	45.58	37.48	42.37	53.87	88.81
Gasto curativo hombres	50.81	47.29	36.46	39.80	55.59	77.18
Gasto curativo mujeres	56.58	43.91	38.49	44.81	52.42	97.79
Total gasto en salud preventiva	56.94	42.11	34.47	31.90	54.40	85.68
Gasto preventivo hombres	59.55	36.78	43.38	33.60	58.53	80.79
Gasto preventivo mujeres	54.74	46.93	26.89	31.11	49.58	90.53

Fuente: INEC – ECV, 1998

Elaboración: INEC – CNS, 1997

como gasto curativo (ver el Cuadro 20). Sin embargo, la principal

10. Conclusiones



En Ecuador, el financiamiento del sistema de salud reposa fundamentalmente en los recursos nacionales, con participación menor de los recursos externos. Sin embargo, más que observar la proporción únicamente, cabe observar que los recursos externos se destinan a la atención preventiva. Dado el papel tan relevante que guardan los pagos directos de los hogares, la coordinación de los proveedores de bienes y servicios públicos y privados es fundamental. Esta es una de las tareas que ha asumido el MSP en el papel de rector del sistema de salud. Esta coordinación únicamente será posible en la medida en que exista una mayor claridad, transparencia y consenso institucional. Resulta muy oportuno por lo tanto coincidir en el interés de generar información que facilite esta tarea, como son las CNS. La presentación de estos resultados va a complementarse con su difusión y aplicación en la toma de decisiones, que podrá ser propiciada por el MSP pero en el que seguramente también existirá un aprendizaje y colaboración colectiva.

El financiamiento y gasto del sector salud ha sufrido transformaciones cualitativas y cuantitativas, producto de los cambios introducidos por un nuevo orden económico internacional y la crisis interna, que trajo consigo un

deterioro de las condiciones de salud de la población, de los servicios, un incremento acelerado de los costos y los consiguientes problemas de financiamiento para la atención de la salud. El gasto en salud con relación al PIB para los años 1995 y 1997 fue de 5% y 4% respectivamente, disminuye cerca del 20% en dos años, que en dólares se traduce aproximadamente a 77 millones. Esto nos indica que, a pesar del incremento nominal en valores absolutos, en el financiamiento de los gastos en salud en el sistema no se ha logrado mantener el nivel de gasto en beneficio social y, por lo tanto, la búsqueda de elementos para asegurar que se alcance el máximo beneficio de estos recursos es impostergable.

Durante 1997, la mayor parte de los recursos del sistema (51%) provino de los impuestos y de las contribuciones de la seguridad social. Esta última corresponde al principal origen de los recursos: en total 177 millones de dólares, especialmente al IESS/SSC (92%). Una intervención que eleve su eficiencia y equidad resultará en un impacto proporcionalmente muy importante en el país. Es entonces imperativo complementar los análisis que apoyen su reestructuración enmarcada en la ampliación de la cobertura del servicio y en el refinanciamiento del sistema.

En los últimos años la constante reducción de los montos fiscales que el Estado destina a la salud a través del Presupuesto General del Estado (entre los años 1995 y 1997, del 12% en términos absolutos) refleja el apoyo que cada gobierno da a esta actividad. En Ecuador, el sistema de salud compite por los recursos que resultan disponibles después del pago del servicio de la deuda externa. Sin duda, no se trata solamente de falta de recursos, sino de lograr una mejor asignación basada en las necesidades de la población a ser atendida y con la implementación de políticas que respondan a objetivos de mediano y largo plazo.

Como proveedor de servicios, el sistema dirige mayormente recursos a sus hospitales. La organización de los servicios se debe complementar impulsando una mayor capacidad de gestión autónoma de las instituciones y unidades de salud, fortaleciendo las capacidades gerenciales y propendiendo a que la asignación de recursos esté ligada también al rendimiento y resultados de las acciones dirigidas a responder a las necesidades de la población.

Hasta ahora, una parte importante de la colaboración entre los sectores público y privado se ha dado a través de ejemplos como el Ministerio de Salud, actor protagónico de programas especiales de promoción y prevención de la salud a nivel nacional y gratuito y las ONG. Esta colaboración puede realizarse en términos más integrales a través de otros mecanismos financieros de compra de servicios que, actualmente, se está incrementando y que deberá monitorearse para su valoración y mejor conducción.

La tendencia debe ser fortalecer los recursos disponibles para la asistencia sanitaria esencial, particularmente en cuanto a las acciones preventivas y de acceso próximo a la población para evitar el incremento de patología crónica de complejidad y consecuencias costosas en términos de su manejo y de sus efectos en la esperanza de vida. Estas acciones debieran ser complementadas con la activa participación ciudadana a partir de comités e instancias de representación, tanto a nivel nacional como local.

El mayor nivel de gasto se destina al pago de remuneraciones. Por ello, es necesario asegurar la operación de una oportuna política laboral que incentive un máximo de productividad con efectividad y eficiencia, estableciendo incentivos para el personal de salud según su desempeño. A pesar de la importancia de los recursos humanos en el sistema, la inversión dirigida a ellos es casi nula.

La participación directa de los hogares en el financiamiento en salud es fundamental en el sistema. Sin embargo, el perfil de estos gastos está orientado fuertemente a los pagos directos o de bolsillo. Los hogares aún no consideran la alternativa de las posibles ventajas de mancomunar el riesgo al acceder a los servicios ofertados por la medicina prepagada o las coberturas que ofrecen las compañías de seguros. Estos servicios aún poseen un carácter selectivo y así lo demuestra su participación modesta (11%) en el gasto del sector privado.

Dentro de la estructura de gastos de los hogares en salud, el gasto en medicamentos es considerado el más importante, valorados aproximadamente

en 53% de su presupuesto en salud. Esto puede poner en evidencia problemas de automedicación, de “consulta” a la persona que despacha en la farmacia y quién finalmente les receta, lo que responde a motivaciones de índole cultural y económica, así como también puede expresar la falta de cobertura de servicios. Tampoco se debe olvidar que es en las farmacias donde los hogares compran las recetas escritas por unidades públicas y privadas.

Los hogares siguen concentrando su gasto, desde el punto de vista de atención médica y hospitalaria, en los servicios lucrativos de pago directo. En tiempos de crisis económica, las familias destinan cada vez menos de sus ingresos a gastos en salud. En el año 1995 dedicaron el 10%, mientras en 1997 apenas el 8%. En cambio, para alimentación consumen cada vez más, 45% en 1997, frente al 42% en el 1995. Muestra evidente que frente a una situación de crisis que acentúa los niveles de pobreza en el país, los hogares se ven obligados a dar prioridad a sus gastos de subsistencia.

Al analizar los datos por quintiles de ingreso se observa una relación directa entre el ingreso y el gasto; esto es, a mayores ingresos, mayores son los desembolsos en salud. Así, el último quintil, que representa los hogares con los ingresos superiores, registra el desembolso más alto en salud (35%), mientras en el primer quintil los gastos representan la tercera parte (13%). Esto significa que un mayor ingreso les permite mayor acceso a servicios de salud y el uso de tecnología más sofisticada y más cara.

El gasto de los hogares ha venido a profundizar la iniquidad en el sistema, ya que las familias con menores recursos (sumatoria del primer al tercer quintil) realizan mayores gastos en el sector privado que los que tienen altos ingresos (quintil cinco). Estas desigualdades deben obligar a los financiadores del sistema, sobre todo a las fuentes públicas, a una reflexión y a propender a una distribución equitativa de los recursos disponibles hacia los grupos más vulnerables para reducir las brechas existentes.

El gasto medido *per cápita* nacional llega a 62 dólares, que si bien es cierto es superior al gasto en los países latinoamericanos como Bolivia (59 dólares *per cápita*) o Guatemala (41 dólares), pero también es muy inferior al de otros países como Colombia (247 dólares), Perú (149 dólares) o Cuba (131 dólares). La fragmentación del sistema ecuatoriano produce una dispersión de la atención, lo que genera que aproximadamente un 30% de la población ecuatoriana no disponga cobertura de ninguna clase. La situación del MSP es dramática ya que apenas alcanza 43 dólares *per cápita*, con diferencias importantes entre provincias.

Las ONG constituyen una segunda opción dentro del sector privado para que los hogares, especialmente los de menos recursos, puedan contar con servicios de salud. Varias de estas instituciones ofrecen prestaciones de elevada calidad y su accesibilidad, geográfica y económica, es mucho más ventajosa que en los servicios lucrativos. Se observa también que

cuando la fuente de ingreso más importante para determinada institución son los hogares (especialmente las ONG), debido a la poca capacidad de pago de los usuarios, se generan problemas de sustentabilidad cuando se trata de instituciones que cubren a los grupos de menor capacidad de pago.

En Ecuador, el acceso a información de carácter financiero del sector privado aún constituye un obstáculo para cuantificar su participación en el gasto nacional en salud, incluso las correspondientes instancias del sector público no reportan información de este tipo, ni en algunos casos del financiamiento externo que reciben las ONG. Por tanto debiera generarse la coordinación necesaria para que los estudios sobre gastos en salud cuenten con el pleno apoyo de los sectores público y privado, y a la vez, sea el propio sistema el que coadyuve para que la generación de información sea confiable y permita de esta manera mejorar la toma de decisiones en todos los agentes involucrados en el sistema.

El MSP debe fortalecer los procesos avanzados para la institucionalización de las CNS en la medida en que su objetivo es apoyar la toma de decisiones en las políticas de salud. El sistema de salud en nuestro país es plural, dado que participan diversas instituciones tanto públicas como privadas. Por ello, aun cuando el MSP es la entidad que directamente es responsable de la estimación, requiere del apoyo y la colaboración de los demás actores del sistema, y de la institución generadora de estadísticas oficiales del país.

Ya se han realizado análisis de las fortalezas y debilidades del sistema de salud de Ecuador. Este reporte sin embargo, fortalece las conclusiones conocidas y, por primera vez, se analizan con detalle la complejidad del financiamiento dentro de ellas. Con la cooperación de los otros actores del sistema, el MSP espera continuar profundizando y ampliando el análisis de estas investigaciones como una infraestructura indispensable para el estudio de la reasignación de los recursos hacia la mayor eficiencia, efectividad, equidad y capacidad para controlar y conducir la salud de los ecuatorianos.

Anexo

Principales matrices

1. Gasto en salud según fuentes de financiamiento
2. Gasto en salud según agentes a proveedores de servicios
3. Gasto en salud según nivel de atención
4. Gasto en salud según actividad y tipo de atención
5. Gasto en salud según tipo de gasto
6. Gasto en salud según región

1. Gasto en salud según fuentes de financiamiento (en dólares)

MATRIZ 1.

GASTO EN SALUD SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO (EN DÓLARES)

AGENTES O FONDOS	FUENTES					
	PÚBLICAS					
	PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO	IMPUESTOS ESPECÍFICOS	MUNICIPIOS	SEGURIDAD SOCIAL	EMPRESAS PÚBLICAS	TOTAL PÚBLICAS
Públicos población no asegurada						
Ministerio de Salud Pública	167,806,743	—	—	—	—	167,806,743
SNEM	3,227,835	—	—	—	—	3,227,835
INH	3,212,980	—	—	—	—	3,212,980
CEMEIM	443,537	—	—	—	258,510	702,047
Municipio de Quito	—	—	555,270	—	—	555,270
Municipio de Guayaquil	—	—	1,087,732	—	—	1,087,732
Otros municipios	—	—	63,664	—	—	63,664
Patronato San José	—	—	1,383,103	—	—	1,383,103
Universidades	306,413	—	—	—	—	306,413
Subtotal	174,997,508	—	3,089,768	—	258,510	178,345,786
Públicos población asegurada						
IESS	—	—	—	148,255,861	—	148,255,861
SSC	—	—	—	14,229,000	—	14,229,000
ISSFA	—	—	—	7,648,865	—	7,648,865
FF. AA.	—	—	—	—	—	—
ISSPOL	—	—	—	6,400,995	—	6,400,995
Subtotal	—	—	—	176,534,720	—	176,534,720
Total público	174,997,508	—	3,089,768	176,534,720	258,510	354,880,506
Privados sin fines de lucro						
JBG	—	294,683	—	—	—	294,683
SOLCA	3,263	21,649,575	—	—	64,928	21,717,766
INNFA	—	1,277,164	—	—	—	1,277,164
Cruz roja ecuatoriana	—	—	—	—	141,310	141,310
Otras ONG	—	—	36,236	—	2,501	38,737
Subtotal	3,263	23,221,422	36,236	—	208,739	23,469,660
Privados con fines de lucro						
Seguros privados	—	—	—	—	199,099	199,099
Medicina prepagada	—	—	—	—	563,905	563,905
Proveedores de bienes y servicios de salud	—	—	—	—	—	—
Empresas	—	—	—	—	—	—
Subtotal	—	—	—	—	763,004	763,004
Total privado	3,263	23,221,422	36,236	—	971,743	24,232,664
Organismos externos						
Subtotal	—	—	—	—	—	—
Gran total	175,000,770	23,221,422	3,126,004	176,534,720	1,230,253	379,113,170

FUENTES						TOTAL
PRIVADAS			EXTERNAS			
EMPRESAS PRIVADAS	HOGARES	TOTAL PRIVADAS	FONDOS REEMBOLSABLES	FONDOS NO REEMBOLSABLES	TOTAL EXTERNAS	
228,748	2,302,246	2,530,994	5,336,386	613,312	5,949,698	176,287,435
—	—	—	—	—	—	3,227,835
1,818,698	96,756	1,915,454	—	—	—	5,128,434
—	64,533	64,533	—	—	—	766,579
—	—	—	—	36,762	36,762	592,032
—	—	—	—	—	—	1,087,732
—	36,019	36,019	—	—	—	99,682
49,295	1,400,874	1,450,169	—	—	—	2,833,272
—	133,506	133,506	—	—	—	439,919
2,096,741	4,033,935	6,130,675	5,336,386	650,074	5,986,460	190,462,921
—	10,757,968	10,757,968	—	—	—	159,013,828
—	—	—	—	62,677	62,677	14,291,676
—	—	—	—	—	—	7,648,865
—	—	—	—	41,132	41,132	41,132
—	—	—	—	—	—	6,400,995
—	10,757,968	10,757,968	—	103,809	103,809	187,396,496
2,096,741	14,791,902	16,888,643	5,336,386	753,883	6,090,269	377,859,418
29,576,381	3,540,777	33,117,158	—	—	—	33,411,841
135,400	1,839,012	1,974,412	—	—	—	23,692,178
320,137	215,727	535,865	—	—	—	1,813,028
37,194	2,890,792	2,927,986	—	38,626	38,626	3,107,922
1,971,650	8,579,644	10,551,294	482,609	7,822,048	8,304,658	18,894,688
32,040,761	17,065,953	49,106,714	482,609	7,860,675	8,343,284	80,919,658
8,959,442	796,395	9,755,837	—	—	—	9,954,936
25,375,730	2,255,620	27,631,350	—	—	—	28,195,255
12,656,831	219,788,142	232,444,973	—	—	—	232,444,973
6,076,556	—	6,076,556	—	—	—	6,076,556
53,068,559	222,840,157	275,908,716	—	—	—	276,671,720
85,109,320	239,906,110	325,015,430	482,609	7,860,675	8,343,284	357,591,378
—	—	—	—	4,133,161	4,133,161	4,133,161
—	—	—	—	4,133,161	4,133,161	4,133,161
87,206,060	254,698,013	341,904,073	5,818,995	12,747,719	18,566,714	739,583,957

2. Gasto en salud según agentes proveedores de servicios (en dólares)

MATRIZ 2.

GASTO EN SALUD SEGÚN AGENTES PROVEEDORES DE SERVICIOS (EN DÓLARES)

AGENTES O FONDOS	AGENTES PROVEEDORES DE SERVICIOS			
	TOTAL AMBULATORIO	TOTAL HOSPITALARIO	OTROS: INH, CEMEIM, ISSFA, OE, NO DISPONIBLE	TOTAL
Públicos población no asegurada				
Ministerio de Salud Pública	56,731,889	119,555,546	—	176,287,435
SNEM	3,227,835	—	—	3,227,835
INH	—	—	5,128,434	5,128,434
CEMEIM	—	—	766,579	766,579
Municipio de Quito	592,032	—	—	592,032
Municipio de Guayaquil	1,087,732	—	—	1,087,732
Otros municipios	32,350	67,333	—	99,682
Patronato San José	283,327	2,549,945	—	2,833,272
Universidades	439,919	—	—	439,919
Subtotal	62,395,084	122,172,823	5,895,013	190,462,921
Públicos población asegurada				
IESS	53,712,154	105,301,675	—	159,013,828
SSC	14,118,102	173,574	—	14,291,676
ISSFA	—	7,626,737	22,127	7,648,865
FF. AA.	—	—	—	—
ISSPOL	688,051	5,712,944	—	6,400,995
Subtotal	68,518,308	118,814,930	22,127	187,355,364
Total público	130,913,392	240,987,753	5,917,141	377,818,286
Privados sin fines de lucro				
JBG	1,631,539	31,780,302	—	33,411,841
SOLCA	217,952	23,474,226	—	23,692,178
INNFA	1,813,028	—	—	1,813,028
Cruz roja ecuatoriana	3,107,922	—	—	3,107,922
Otras ONG	15,024,974	3,869,714	—	18,894,688
Subtotal	21,795,416	59,124,243	—	80,919,658
Privados con fines de lucro				
Seguros privados	7,109,920	1,797,128	1,047,888	9,954,936
Medicina prepagada	13,136,804	2,590,356	12,468,096	28,195,255
Proveedores de bienes y servicios de salud	77,975,617	37,214,792	117,254,563	232,444,973
Empresas	6,076,556	—	—	6,076,556
Subtotal	104,298,897	41,602,276	130,770,547	276,671,720
Total privado	126,094,312	100,726,519	130,770,547	357,591,378
Organismos externos	1,063,064	215,930	2,806,223	4,085,217
Subtotal	1,063,064	215,930	2,806,223	4,085,217
Gran total	258,070,768	341,930,201	139,493,911	739,494,881

3. Gasto en salud según nivel de atención (en dólares)

MATRIZ 5.
GASTO EN SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN (EN DÓLARES)

INSTITUCIONES PRESTADORAS	NIVELES DE ATENCIÓN					
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCER	FARMACIAS	NO DISPONIBLE	TOTAL
Públicas población no asegurada						
Unidades del MSP	82,062,185	60,640,314	33,616,981	—	—	176,319,480
SNEM	3,581,697	—	—	—	—	3,581,697
INH	5,128,434	—	—	—	—	5,128,434
CEMEIM	331,313	279,177	156,089	—	—	766,579
Unidades del Municipio de Quito	631,131	—	—	—	—	631,131
Unidades del Municipio de Guayaquil	1,087,732	—	—	—	—	1,087,732
Unidades de otros municipios	216,836	67,333	—	—	—	284,169
Unidades del Patronato San José	280,425	2,523,828	—	—	—	2,804,253
Unidades de las universidades	437,991	—	—	—	—	437,991
Subtotal	93,757,744	63,510,652	33,773,071	—	—	191,041,467
Públicas población asegurada						
Unidades del IESS	15,059,940	60,977,875	77,496,599	—	—	153,534,414
Unidades del SSC	14,118,102	—	—	—	—	14,118,102
ISSFA	—	—	22,127	—	—	22,127
Unidades de las FF. AA.	—	—	7,626,737	—	89,076	7,715,813
Unidades de la policía nacional	688,051	5,712,944	—	—	—	6,400,995
Subtotal	29,866,093	66,690,819	85,145,464	—	89,076	181,791,452
Total público	123,623,837	130,201,471	118,918,535	—	89,076	372,832,919
Privadas sin fines de lucro						
Unidades de la JBG	1,631,539	—	31,780,302	—	—	33,411,841
Unidades de SOLCA	224,704	3,278,321	20,195,905	—	—	23,698,931
Unidades del INNFA	1,813,028	—	—	—	—	1,813,028
Cruz roja ecuatoriana	3,538,428	—	—	—	—	3,538,428
Unidades de las ONG	15,432,837	3,473,804	12,767	209,914	—	19,129,317
Subtotal	22,640,536	6,752,126	51,988,974	209,914	—	81,591,545
Privadas con fines de lucro						
Dispens. prop. empresas	6,076,556	—	—	—	—	6,076,556
Hospitales/clínicas privadas	555,064	14,571,693	18,309,353	12,819,253	—	46,255,364
Consultorios privados	67,215,146	—	—	6,558,872	—	73,774,018
Laboratorios e imagenología	25,476,781	—	—	—	—	25,476,781
Farmacias	—	—	—	120,152,705	—	120,152,705
Medicina prepagada	4,395,759	69,062	86,777	6,066,244	—	10,617,842
Subtotal	103,719,305	14,640,756	18,396,130	145,597,074	—	282,353,265
Total privado	126,359,841	21,392,877	70,385,104	145,806,988	—	363,944,810
Organismos externos	2,806,223	—	—	—	—	2,806,223
Subtotal	2,806,223	—	—	—	—	2,806,223
Gran total	252,789,902	151,594,348	189,303,643	145,806,988	89,076	739,583,957

4. Gasto en salud según actividad y tipo de atención (en dólares)

MATRIZ 3.

GASTO EN SALUD SEGÚN ACTIVIDAD Y TIPO DE ATENCIÓN (EN DÓLARES)

INSTITUCIONES PRESTADORAS	ACTIVIDAD				PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
	ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD	CAPACITACIÓN	INVESTIGACIÓN	TOTAL ACTIVIDAD	
Públicas población no asegurada					
Unidades del MSP	32,786,949	438,799	41,684	33,267,432	20,044
SNEM	330,077	305	—	330,382	—
INH	1,925,910	—	2,208,881	4,134,791	732,069
CEMEIM	163,392	—	—	163,392	603,188
Unidades del Municipio de Quito	83,290	24,056	—	107,346	—
Unidades del Municipio de Guayaquil	163,160	6,435	—	169,595	—
Unidades de otros municipios	20,145	1,080	—	21,225	8,504
Unidades del Patronato San José	420,638	1,484	—	422,122	—
Unidades de las universidades	900	625	—	1,526	—
Subtotal	35,894,462	472,784	2,250,565	38,617,811	1,363,805
Públicas población asegurada					
Unidades del IESS	10,363,781	41,843	750	10,406,374	—
Unidades del SSC	2,117,715	6,050	—	2,123,765	1,460,229
ISSFA	19,427	2,700	—	22,127	—
Unidades de las FF. AA.	—	3,229	—	3,229	—
Unidades de la policía nacional	960,149	—	—	960,149	—
Subtotal	13,461,073	53,822	750	13,515,645	1,460,229
Total público	49,355,535	526,606	2,251,315	52,133,456	2,824,034
Privadas sin fines de lucro					
Unidades de la JBG	5,011,776	572	9,311	5,021,66	8,294,365
Unidades de SOLCA	3,554,502	84,162	29,314	3,667,979	—
Unidades del INNFA	271,953	—	—	271,953	—
Cruz roja ecuatoriana	530,764	46,732	—	577,496	—
Unidades de las ONG	1,990,285	948,092	105,623	3,043,999	523,158
Subtotal	11,359,280	1,079,558	144,249	12,583,087	8,817,523
Privadas con fines de lucro					
Dispens. prop. empresas	243,062	50,303	—	293,365	—
Hospitales/clínicas privadas	4,569,890	957,673	880,421	6,407,984	—
Consultorios privados	2,950,961	—	—	2,950,961	—
Laboratorios e imagenología	2,547,678	—	—	2,547,678	—
Farmacias	4,806,108	289,548	—	5,095,656	115,057,049
Medicina prepagada	10,617,842	—	—	10,617,842	—
Subtotal	25,735,541	1,297,524	880,421	27,913,486	115,057,049
Total privado	37,094,822	2,377,082	1,024,669	40,496,573	123,874,572
Organismos externos					
Subtotal	—	—	—	—	—
Gran total	86,450,357	2,903,688	3,275,984	92,630,029	126,698,606

ATENCIÓN					NO DISPONIBLE	TOTAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	OTRAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN	TOTAL PREVENTIVA	CURATIVA	TOTAL ATENCIÓN		
393,245	33,456,649	33,849,893	109,182,110	143,032,004	—	176,319,480
—	3,019,178	3,019,178	232,137	3,251,315	—	3,581,697
—	261,573	261,573	—	261,573	—	5,128,434
—	—	—	—	—	—	766,579
—	523,784	523,784	—	523,784	—	631,131
—	918,137	918,137	—	918,137	—	1,087,732
—	244,320	244,320	10,121	254,441	—	284,169
—	—	—	2,382,131	2,382,131	—	2,804,253
—	111,162	111,162	325,303	436,465	—	437,991
393,245	38,534,804	38,928,049	112,131,802	151,059,851	—	191,041,467
—	33,386,828	33,386,828	109,741,212	143,128,040	—	153,534,414
—	793,080	793,080	9,741,028	10,534,108	—	14,118,102
—	—	—	—	—	—	22,127
—	85,843	85,843	7,626,741	7,712,584	—	7,715,813
—	743,740	743,740	4,697,106	5,440,846	—	6,400,995
—	35,009,491	35,009,491	131,806,087	166,815,578	—	181,791,452
393,245	73,544,295	73,937,539	243,937,889	317,875,429	—	372,832,919
—	4,509,858	4,509,858	15,585,958	20,095,817	—	33,411,841
—	1,899,561	1,899,561	18,131,391	20,030,952	—	23,698,931
—	—	—	1,541,075	1,541,075	—	1,813,028
—	2,960,932	2,960,932	—	2,960,932	—	3,538,428
83,277	6,862,911	6,946,188	8,364,714	15,310,902	251,261	19,129,321
83,277	16,233,262	16,316,539	43,623,139	59,939,678	251,261	81,591,550
—	309,450	309,450	5,473,740	5,783,190	—	6,076,556
—	239,084	239,084	39,608,295	39,847,380	—	46,255,364
—	—	—	70,823,057	70,823,057	—	73,774,018
—	1,146,455	1,146,455	21,782,648	22,929,103	—	25,476,781
—	—	—	—	—	—	120,152,705
—	—	—	—	—	—	10,617,842
—	1,694,990	1,694,990	137,687,740	139,382,730	—	282,353,265
83,277	17,928,252	18,011,529	181,310,879	199,322,409	251,261	363,944,815
—	408,433	408,433	45,218	453,651	2,352,572	2,806,223
—	408,433	408,433	45,218	453,651	2,352,572	2,806,223
476,521	91,880,980	92,357,501	425,293,987	517,651,488	2,603,834	739,583,957

5. Gasto en salud según tipo de gasto (en dólares)

MATRIZ 4.

GASTO EN SALUD SEGÚN TIPO DE GASTO (EN DÓLARES)

INSTITUCIONES PRESTADORAS	TIPO DE GASTO			
	PERSONAL	SERVICIOS	SUMINISTROS Y MATERIALES	
			MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	OTROS SUMINISTROS Y MATERIALES
Públicas población no asegurada				
Unidades del MSP	134,302,915	10,024,112	12,887,062	10,991,213
SNEM	2,637,077	198,177	664,331	82,112
INH	3,717,911	350,324	261,568	235,809
CEMEIM	196,196	54,723	440,995	24,144
Unidades del Municipio de Quito	486,160	35,511	33,701	38,997
Unidades del Municipio de Guayaquil	788,536	143,011	93,094	18,386
Unidades de otros municipios	73,345	30,959	6,554	5,673
Unidades del Patronato San José	1,962,829	103,666	423,752	120,859
Unidades de las universidades	290,620	16,250	61,840	6,256
Subtotal	144,455,589	10,956,732	14,872,897	11,523,449
Públicas población asegurada				
Unidades del IESS	91,104,566	4,996,800	46,466,918	5,501,874
Unidades del SSC	12,016,357	165,126	1,465,617	254,640
ISSFA	19,157	2,126	—	—
Unidades de las FF. AA.	13,480	10,222	—	—
Unidades de la policía nacional	1,985,866	555,576	1,346,580	1,504,638
Subtotal	105,139,427	5,729,851	49,279,115	7,261,152
Total público	249,595,015	16,686,583	64,152,012	18,784,602
Privadas sin fines de lucro				
Unidades de la JBG	14,597,986	2,998,767	9,758,024	3,753,024
Unidades de SOLCA	7,359,661	4,109,116	6,143,340	1,197,512
Unidades del INNFA	1,141,020	295,247	300,978	75,783
Cruz roja ecuatoriana	1,350,108	507,990	1,109,796	121,741
Unidades de las ONG	7,081,120	2,133,108	3,872,222	1,268,113
Subtotal	31,529,894	10,044,228	21,184,359	6,416,174
Privadas con fines de lucro				
Dispens. prop. empresas	4,369,745	742,041	590,357	201,238
Hospitales/clínicas privadas	12,737,045	7,763,542	13,725,690	4,599,282
Consultorios privados	29,450,758	30,801,481	6,558,872	6,962,907
Laboratorios e imagenología	6,513,029	12,874,921	—	6,088,832
Farmacias	11,596,254	10,978,344	93,434,934	287,445
Medicina prepagada	4,409,120	4,737,473	—	164,099
Subtotal	69,075,950	67,897,802	113,309,853	18,303,803
Total privado	100,605,844	77,942,030	134,494,212	24,719,977
Organismos externos	428,971	1,982,802	163,214	126,811
Subtotal	428,971	1,982,802	163,214	126,811
Gran total	350,629,830	96,611,416	198,809,438	43,631,390

TIPO DE GASTO			
BIENES MUEBLES	OBRAS PÚBLICAS Y BIENES INMUEBLES	NO DISPONIBLE	TOTAL
4,482,128	3,416,121	215,930	176,319,480
—	—	—	3,581,697
300,210	262,612	—	5,128,434
50,521	—	—	766,579
—	—	36,762	631,131
44,705	—	—	1,087,732
21,126	4,634	141,879	284,169
115,743	77,404	—	2,804,253
45,458	17,565	—	437,991
5,059,892	3,778,336	394,571	191,041,467
369,430	5,094,825	—	153,534,414
216,362	—	—	14,118,102
845	—	—	22,127
24,242	—	7,667,869	7,715,813
375,957	632,377	—	6,400,995
986,836	5,727,202	7,667,869	181,791,452
6,046,728	9,505,538	8,062,440	372,832,919
1,946,639	357,402	—	33,411,841
1,984,889	2,553,913	350,500	23,698,931
—	—	—	1,813,028
336,147	105,707	6,939	3,538,428
1,367,918	2,627,465	779,375	19,129,321
5,635,593	5,644,487	1,136,814	81,591,550
173,174	—	—	6,076,556
2,856,460	4,573,344	—	46,255,364
—	—	—	73,774,018
—	—	—	25,476,781
1,506,800	3,348,928	—	120,152,705
354,848	952,302	—	10,617,842
4,891,282	8,874,575	—	282,353,265
10,526,875	14,519,062	1,136,814	363,944,815
59,208	—	45,218	2,806,223
59,208	—	45,218	2,806,223
16,632,812	24,024,600	9,244,472	739,583,957

6. Gasto en salud según región (en dólares)

MATRIZ 6.

GASTO EN SALUD SEGÚN REGIÓN (EN DÓLARES)

AGENTES O FONDOS	REGIÓN					
	PICHINCHA	RESTO SIERRA	TOTAL SIERRA	GUAYAS	RESTO COSTA	TOTAL COSTA
Públicos población no asegurada						
Ministerio de Salud Pública	42,785,728	52,161,336	94,947,064	33,508,167	37,624,266	71,132,433
SNEM	176,313	83,507	259,820	2,052,678	1,030,371	3,083,048
INH	520,643	155,322	675,965	4,376,747	73,844	4,450,591
CEMEIM	287,756	171,437	459,194	120,298	146,250	266,548
Municipio de Quito	631,131	—	631,131	—	—	—
Municipio de Guayaquil	—	—	—	1,087,732	—	1,087,732
Otros municipios	—	284,169	284,169	—	—	—
Patronato San José	2,804,253	—	2,804,253	—	—	—
Universidades	304,129	—	304,129	133,862	—	133,862
Subtotal	47,509,954	52,855,771	100,365,725	41,279,483	38,874,730	80,154,213
Públicos población asegurada						
IESS	58,468,147	28,319,790	86,787,937	52,384,217	13,111,674	65,495,891
SSC	1,241,474	6,511,011	7,752,485	1,124,769	4,294,976	5,419,746
ISSFA	11,126	2,006	13,134	6,695	1,028	7,723
FF. AA.	—	—	—	—	—	—
ISSPOL	4,169,931	179,163	4,349,094	1,888,877	125,012	2,013,889
Subtotal	63,890,677	35,011,970	98,902,648	55,404,558	17,532,690	72,937,248
Total público	111,400,631	87,867,741	199,268,373	96,684,041	56,407,420	153,091,461
Privados sin fines de lucro						
JBG	—	—	—	33,411,841	—	33,411,841
SOLCA	5,995,237	3,500,775	9,496,012	14,200,668	2,251	14,202,919
INNFA	755,378	196,117	951,495	489,392	372,142	861,533
Cruz roja ecuatoriana	1,479,988	644,631	2,124,618	607,901	686,770	1,294,671
Otras ONG	7,938,629	4,377,993	12,316,622	4,485,591	1,518,415	6,004,006
Subtotal	16,169,233	8,719,514	24,888,747	53,195,393	2,579,578	55,774,971
Privados con fines de lucro						
Dispens. prop empresas	2,310,679	1,331,234	3,641,913	2,434,643	—	2,434,643
Hospitales y clínicas	26,819,071	4,564,689	31,383,761	9,305,846	4,803,774	14,109,620
Consultorios	16,743,376	24,979,005	41,722,381	12,177,832	18,290,066	30,467,898
Laboratorios e imagenología	5,782,081	8,626,135	14,408,216	4,205,437	6,316,207	10,521,644
Farmacias	27,269,247	40,682,276	67,951,523	19,833,534	29,788,277	49,621,811
Medicina prepagada	4,670,274	2,038,683	6,708,956	2,163,328	1,564,763	3,728,092
Subtotal	83,594,728	82,222,021	165,816,749	50,120,621	60,763,087	110,883,708
Total privado	99,763,961	90,941,535	190,705,496	103,316,014	63,342,665	166,658,679
Organismos externos						
Subtotal	—	408,433	408,433	—	60,821	60,821
Gran total	211,164,592	179,217,710	390,382,302	200,000,056	119,810,906	319,810,962

REGIÓN		TOTAL NACIONAL
ORIENTE	NO DISPONIBLE	
10,239,984	—	176,319,480
238,829	—	3,581,697
1,878	—	5,128,434
40,838	—	766,579
—	—	631,131
—	—	1,087,732
—	—	284,169
—	—	2,804,253
—	—	437,991
10,521,529	—	191,041,467
1,250,586	—	153,534,414
883,196	62,677	14,118,102
1,272	—	22,127
—	7,715,813	7,715,813
38,013	—	6,400,995
2,173,067	7,778,490	181,791,452
12,694,595	7,778,490	372,832,919
—	—	33,411,841
—	—	23,698,931
—	—	1,813,028
119,138	—	3,538,428
808,693	—	19,129,321
927,831	—	81,591,550
—	—	6,076,556
761,983	—	46,255,364
1,583,739	—	73,774,018
546,921	—	25,476,781
2,579,370	—	120,152,705
180,794	—	10,617,842
5,652,808	—	282,353,265
6,580,639	—	363,944,815
—	2,336,969	2,806,223
—	2,336,969	2,806,223
19,275,234	10,115,459	739,583,957

Bibliografía

- BANCO CENTRAL DEL ECUADOR (1999), Información Estadística Mensual 1765, Marzo 1999, Quito, Ecuador.
- CEPAR, PHR. (1999), LOZADA Patricio. AGUINAGA Lenín, El Peso de la Enfermedad en el Ecuador, Quito, Ecuador.
- CEPAR, PHR. (1999), SOTOMAYOR Eduardo, LUCIO Ruth, Ecuador: Informe Final de la Estimación de Cuentas Nacionales de Gastos en Salud 1995, Quito, Ecuador.
- DATANDINA ECUADOR Estructura del Mercado Farmacéutico, Canales de Distribución.
- ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, MSP (1999), Producción de Establecimientos de Salud 1997, Quito, Ecuador.
- ECUADOR, REGISTRO OFICIAL, 16 de Julio 1993, Suplemento 234, Clasificador del Gasto para el Sector Público, Quito, Ecuador
- EDICIONES LEGALES (1995) Régimen de la Seguridad Social del Ecuador, Tomos 1 y 2.
- FUNSALUD (1997), HERNANDEZ Patricia, CRUZ Carlos, ZURITA Beatriz, FRENK Julio, RAMÍREZ Ricardo, ALVAREZ Fernando. El sistema de cuentas nacionales de salud en México. Cuadernos para el análisis y la convergencia no. 15. Economía y Salud. FUNSAUD México D.F.
- HERNANDEZ Patricia, POUILLIER Jean Pierre, BRUGIATTI Miguel (2000), Cuentas Nacionales de Salud en Panamá, Manual del Usuario. MSP/BID. Panamá.
- INEC, Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Tercera Ronda 1998, Quito, Ecuador.
- INEC (1999), Anuario de Estadísticas Hospitalarias 1997, Quito, Ecuador.
- INEC (1999), Recursos y Actividades de Salud 1997, Quito, Ecuador.
- INEC (1999), Nacimientos y Defunciones 1997, Quito Ecuador.
- INEC (1999), Encuesta Anual de Comercio Interno 1997, Quito, Ecuador.
- INEC (1999), Encuesta Anual de Hoteles, Restaurantes y Servicios 1997, Quito, Ecuador.
- INEC (1999), Encuesta Anual de Manufactura y Minería 1997, Quito, Ecuador.
- INEC, Registro Integrado e Informatizado de Empresas y Establecimientos 1993, Quito, Ecuador.
- NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD/OPS (2000), Cuentas Nacionales en Salud 1995-1996, Managua, Nicaragua.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud en el mundo. Ginebra, Suiza.
- OMS (2000), Los Centavos de la Salud, Volúmenes 1-2-3, Ginebra, Suiza.
- PHR/USAID (1999), Cuentas Nacionales de Salud, Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe, Bethesda, Maryland, USA.

SECRETARIA TECNICA DEL FRENTE
SOCIAL, Larrea Carlos y Otros
(1996), La Geografía de la Pobreza
en el Ecuador, Quito, Ecuador.

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
(1999), Boletín Estadístico de
Empresas de Seguros, Quito,
Ecuador.

URUGUAY, MINISTERIO DE SALUD
PUBLICA/BANCO
INTERAMERICANO DE
RECONSTRUCCION Y FOMENTO
(2000), Cuentas Nacionales en Salud
en Uruguay, Montevideo, Uruguay.

