



► **Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal***

Introducción

La Recomendación de la OIT sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) plantea la necesidad de que los Estados brinden garantías básicas de seguridad social a su población durante todo el ciclo de vida. Una de estas garantías es la atención de salud esencial con criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Conferencia Internacional del Trabajo, 2012).

La mejora del acceso y la cobertura a la salud requiere de avances profundos en los sistemas de salud. La ampliación del acceso a los servicios de salud integrales y de calidad, la intervención en el financiamiento, el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza y la acción sobre los determinantes sociales de la salud son los ejes definidos a nivel regional para su abordaje (OMS, 2014).

El financiamiento de los sistemas de salud es uno de los elementos clave para avanzar en la mejora del acceso y la cobertura universal de la salud. El diseño del modelo de financiamiento en salud debe contar con características que permitan brindar acceso oportuno y de calidad a la atención médica sin generar dificultades financieras para los individuos y las familias. El modelo de financiamiento comprende desde las fuentes que financian las prestaciones de salud hasta la forma en la que se gestionan y mancomunan los recursos y el uso para la compra de servicios de salud.

En Ecuador, el financiamiento de la salud ha sido históricamente segmentado, con distintas fuentes de ingresos, diferentes instituciones que gestionan los recursos disponibles y varios prestadores que atienden a su población beneficiaria. Los procesos de reforma que se han llevado a cabo en el sistema de salud, han abordado parcialmente las distintas aristas en torno al financiamiento, sin modificar las condiciones históricas de segmentación. Actualmente, alrededor del 40% del gasto en salud es financiado por los hogares de manera directa (OMS, 2020), lo que se constituye en una barrera económica para el acceso a los servicios de salud de manera oportuna.

El objetivo de esta nota informativa es describir la organización del modelo de financiamiento del sistema de salud

en Ecuador, cómo se financian las prestaciones médicas y los mecanismos de asignación de los recursos financieros para cubrir a la población en los distintos esquemas de financiamiento y cobertura.

Estructura del Sistema de Salud de Ecuador

Los cambios constitucionales acaecidos en el Ecuador en el año 2008 marcaron un hito importante en el sistema de salud. La definición de un sistema de salud basado en la inclusión, equidad social, bioética, suficiencia, interculturalidad y con enfoque de género y generacional incluyó elementos transversales para el funcionamiento del sistema. Se incorporó la gratuidad y universalidad de los servicios públicos estatales de salud para todos los niveles de atención. En términos organizativos, se dio paso a la creación de la red pública integral de salud, con la vinculación jurídica, operativa y de complementariedad de las instituciones estatales y de la seguridad social en el campo sanitario. Asimismo, se definió a la autoridad sanitaria nacional, como el ente rector del sistema de salud (Asamblea Constituyente, 2008).

El cumplimiento de los mandatos constitucionales determinó cambios importantes en la organización y funcionamiento del sistema de salud. La conformación de la red pública integral de salud se materializó con la firma de un convenio marco entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad Social de la Policía y las instituciones a cargo de las unidades de salud policial y militar, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior¹ (Red Pública Integral de Salud, 2012). El convenio estableció los mecanismos de articulación entre las instituciones que conforman la red pública.

1. Actualmente corresponde al Ministerio de Gobierno. Los establecimientos de salud policial y militar están bajo responsabilidad de la Policía Nacional y Fuerzas Armadas, mismas que se encuentran bajo la rectoría del Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Defensa, respectivamente.

* La presente nota ha sido elaborada por Ana Cristina Mena, Coordinadora Nacional de Proyecto en Ecuador, y Pablo Casalí, Especialista en Seguridad Social, ambos de la Oficina de la OIT para los Países Andinos.

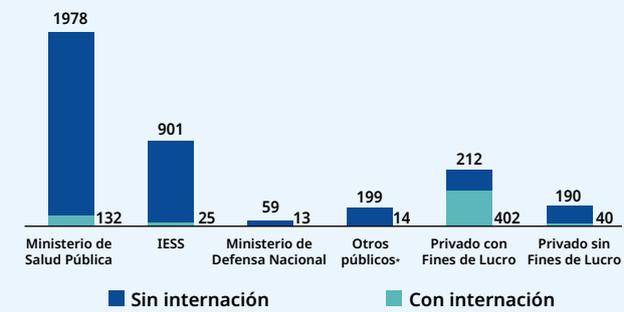
La prestación de servicios se organiza en tres niveles de atención: el primer nivel de atención, la puerta de entrada al sistema y primer contacto con la comunidad, el segundo nivel que comprende la atención ambulatoria especializada y hospitalización, y el tercer nivel, en el que se brindan servicios especializados y de especialidades con resolución de problemas de salud de alta complejidad. Un cuarto nivel de atención se definió para los centros de experimentación clínica de alta especialidad. La prestación se complementa con la atención prehospitalaria y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

El funcionamiento del sistema nacional de salud está guiado por el Modelo de Atención Integral de Salud, que comprende un conjunto de políticas, estrategias e instrumentos orientados a incorporar el enfoque familiar, comunitario e intercultural en el sistema. Incluye la estrategia de Atención Primaria Renovada en el sistema de salud y se enmarca en la satisfacción de las necesidades de salud de los individuos, familia y comunidad (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Las instituciones de la red pública de salud son los mayores proveedores de servicios de salud en el país. El 80% de los establecimientos de salud son públicos. Los centros de salud, centros especializados y establecimientos sin internación corresponden a la mayor parte de prestadores, siendo en su mayoría parte del Ministerio de Salud Pública. Los prestadores privados concentran su prestación en hospitales de distinto nivel de complejidad, con una mayor participación de las instituciones con fines de lucro (Gráfico 1).

La población ecuatoriana cuenta con cobertura pública de salud, ya sea de un asegurador público o del Ministerio de

► Gráfico 1: Número de establecimientos de salud por entidad. Año 2018



*Incluye otros ministerios, municipios, consejos provinciales y otros

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Salud Pública. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) brinda cobertura de salud a afiliados sean estos los trabajadores en relación de dependencia o autónomos, y sus dependientes menores de 18 años y cónyuge, trabajadores no remunerados del hogar y afiliados voluntarios, así como a los jubilados. A través del Seguro Social Campesino, el IESS cubre a la población rural y pescadores artesanales y sus familias. Los regímenes especiales de seguridad social militar y policial cubren a militares y policías en servicio activo y pasivo y sus dependientes conforme a la normativa vigente. El Ministerio de Salud Pública brinda cobertura de salud a la población sin afiliación y/o derecho de cobertura de los regímenes de seguridad social.

► Tabla 1: Indicadores de salud y de financiamiento de la salud en América Latina

	Población (miles)	Gasto en salud (2018)			Indicadores de salud (último año disponible)					
		Gasto total en salud (millones PPP)	Gasto total en salud % PIB	Gasto Per cápita en salud (PPP)	Esperanza de vida al nacer	Razón de mortalidad materna reportada (100000 nv)	Tasa de mortalidad infantil reportada (1000 nv)	Tasa de mortalidad neonatal reportada (1000 nv)	Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100000 hab.	x Niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento
Argentina	44 361	88 263	9,6	1 990	76,9	33,7	9,7	6,5	5,9	
Bolivia	11 353	5 632	6,3	496	69,8	160,0	24,0	15,0		
Brasil	209 469	320 660	9,5	1 531	75,9	64,4	14,0	9,6	6,1	
Chile	18 729	43 183	9,1	2 306	79,9	9,0	7,0	5,2	4,6	1,8
Colombia	49 661	57 379	7,6	1 155	74,7	53,7	17,1	7,0	6,3	12,7
Ecuador	17 084	16 312	8,1	955	76,8	39,7	9,1	5,2	5,5	23,9
Paraguay	6 956	6 506	6,7	935	73,3	86,4	13,7	9,5	6,6	5,6
Perú	31 989	24 524	5,2	767	75,5	69,8	15,0	10,0	6,1	13,1
Uruguay	3 449	7 482	9,2	2 169	77,8	18,6	6,5	4,3	5,6	10,7
Venezuela	28 887	11 078	3,6	384	74,9	82,1	15,2	11,1		

PPP: Paridad de poder adquisitivo
Nv: Nacidos vivos

Fuente: Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

El perfil epidemiológico de la población se caracteriza por la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. Entre las principales causas de mortalidad figuran enfermedades isquémicas del corazón, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades hipertensivas, pero también influenza y neumonía. Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el Ecuador en materia de salud, más allá de la pandemia del COVID19, es la desnutrición crónica en niños menores de 5 años y la mortalidad materna, por lo que han sido consideradas como prioridades gubernamentales. De manera comparada con países de América Latina, el estado de salud de la población ecuatoriana muestra indicadores de mortalidad general, infantil y neonatal con una mejor posición relativa respecto al promedio de la región, pero con resultados más desfavorables en comparación con países de mayor desarrollo económico como Argentina, Chile o Uruguay. Por el contrario, factores de riesgo como la malnutrición infantil ubican a Ecuador entre los países con peores resultados en la región, con uno de los porcentajes más altos de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento (Tabla 1).

Modelo de financiamiento del sistema de salud

El modelo de financiamiento en salud comprende tres etapas claramente definidas (OMS, 2010): la recaudación de ingresos con los que se financia la atención sanitaria, la gestión de los recursos agrupados en fondos, y la gestión de compra y pago de los servicios de salud. Las fuentes que generalmente financian las atenciones sanitarias son las contribuciones del gobierno mediante la recaudación de impuestos, las cotizaciones de empleadores y trabajadores en la seguridad social, las fuentes externas provenientes de la cooperación, y los hogares que financian de manera directa la atención en salud. La participación que cada una de estas fuentes tiene en el sector sanitario depende de las características de los sistemas de salud, de su organización, de los arreglos financieros existentes y de las condiciones propias de cada país.

Fuentes de ingresos para el sector salud y gestión de los recursos

En Ecuador, coexisten en el Sistema Nacional de Salud distintas instituciones financiadoras de servicios de salud que dan cobertura a su población beneficiaria con recursos que provienen de múltiples fuentes. Estas características revelan la existencia de un sistema segmentado, en el que además conviven distintos prestadores de servicios con diferentes mecanismos de financiamiento (Molina Guzmán, 2019; Villacrés & Mena, 2017). Los recursos del presupuesto general del Estado, las cotizaciones de trabajadores y empleadores a la seguridad social obligatoria y a los regímenes especiales policial y militar, el gasto directo de los hogares y los recursos externos de la cooperación son las fuentes de ingresos que financian el sistema de salud ecuatoriano.

Los ingresos para el financiamiento de la salud que provienen del presupuesto general del Estado, con recursos de la

recaudación de impuestos, se destinan principalmente al Ministerio de Salud Pública para financiar las prestaciones de la población que no cuenta con afiliación y/o cobertura de la seguridad social. En algunos casos, los municipios también brindan servicios de salud a la población, cuyo financiamiento proviene del presupuesto general del Estado a través de las asignaciones que se realizan a los gobiernos autónomos descentralizados; esta asignación no es directa para prestaciones de salud y su distribución corresponde a las definiciones de cada gobierno local en el marco del modelo de equidad territorial establecido en el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD).

Del presupuesto del gobierno central, se destinan también recursos financieros a la Policía Nacional y a las Fuerzas Armadas, instituciones que cuentan con unidades de salud que atienden al personal policial y militar, respectivamente. Asimismo, de acuerdo con la Ley de Seguridad Social, el Estado financia las prestaciones de salud de los jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de las personas con discapacidad, de las jefas de hogar y el tratamiento de enfermedades catastróficas mediante una contribución financiera obligatoria.

Finalmente, existen recursos recaudados a través del Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito SPPAT, adscrito al Ministerio de Transporte y Obras Públicas, que tiene por objetivo garantizar la atención médica a las víctimas de accidentes de tránsito. Los recursos generados por la tasa del SPPAT se gestionan a través del Presupuesto General del Estado.

Las contribuciones a la seguridad social de empleadores y trabajadores se destinan a cubrir las prestaciones de salud definidas por norma a los beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social. En el caso de los trabajadores del sector privado, empleados bancarios y de los gobiernos descentralizados, la tasa de aportación patronal para el seguro de salud es del 5.16%, al igual que en el caso de los empleados públicos en donde además existe un aporte de los trabajadores del 2% (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2015, 2016, 2020). Los fondos del seguro general obligatorio destinados a salud son gestionados por el Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

En Ecuador, existen regímenes especiales de seguridad social para el personal policial y militar. Los ingresos del fondo de enfermedad y maternidad de la seguridad social de las Fuerzas Armadas provienen de las cotizaciones del 3,35% del personal militar activo y 5,85% del aporte patronal; para el caso del seguro de enfermedad y maternidad de la Policía Nacional el aporte personal es del 2,5% y el patronal del 3%². Estas tasas de aportación se mantienen vigentes desde mayo de 2021 una vez que la Corte Constitucional declaró la inconstitucionalidad de las modificaciones al financiamiento realizadas mediante

2. Las tasas de aportación de ambos regímenes se modificaron con la sentencia de la Corte Constitucional No.83-16-IN/21 del 10 de marzo de 2021 que declara inconstitucional los artículos relacionados al financiamiento contenidos en la Ley de Fortalecimiento a los Regímenes Especiales de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

► **Tabla 2: Principales características de los subsistemas públicos de salud**

	Ministerio de Salud Pública	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Seguridad social militar	Seguridad social policial
Institución financiadora	MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL
Institución prestadora de servicios de salud	MSP	IESS	Fuerzas Armadas	Policía Nacional
Fuente de financiamiento	Impuestos	<p>Tasas de aporte al seguro de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sector privado: aporte patronal 5,16% - Sector público: aporte patronal 3,16% y aporte personal 2% - Trabajadores temporales de la industria azucarera: aporte patronal 10,32% - Sin relación de dependencia: 5,16% - Extensión de la cobertura: entre 3,41% y 4,15% <p>Tasas de aporte al Seguro Social Campesino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajadores públicos, privados, del servicio exterior, y autónomos: 0,7% - Trabajadores temporales de la industria azucarera: 1,4% - Aporte mensual familia: 2,6% de la base referencial de aportaciones equivalente al 22,5% del salario básico. <p>Contribuciones del Estado Contribuciones de seguros públicos y privados</p>	<p>Tasas de aportes del afiliado activo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aporte individual: 3,35% - Aporte patronal: 5,85% - Aporte del Ministerio de Defensa para prestaciones de aspirantes y conscriptos: 2% del sueldo de un soldado en servicio activo 	<p>Tasas de aportes del afiliado activo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aporte individual: 2,5% - Aporte patronal: 3% - Aporte del Ministerio del Interior para prestaciones de aspirantes: 2% del sueldo de un policía en servicio activo
Beneficiarios	Personas sin afiliación registrada y/o derecho de cobertura de la seguridad social.	<p>Seguro de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afiliados activos y dependientes - Pensionista y dependientes - Pensionistas de viudez <p>Seguro social campesino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afiliado y dependientes, afiliados a organización campesina 	<ul style="list-style-type: none"> - Militares en servicio activo - Pensionistas - Aspirantes a oficiales, a tropa y conscriptos - Dependientes (cónyuge e hijos menores de 18 años, o mayores de edad con incapacidad) 	<ul style="list-style-type: none"> - Miembros policiales en servicio activo - Pensionistas - Aspirantes a oficiales y a policías - Dependientes (cónyuge, hijos menores de 18 años, o mayores de edad con incapacidad)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de lo establecido por Ley de Seguridad Social, Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional y su reglamento, Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y su reglamento, Ley de Fortalecimiento Seguridad Social Fuerzas Armadas y Policía. Sentencia de la Corte Constitucional No. 83-16-IN/21.

la Ley de Fortalecimiento de los Regímenes de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional en 2017.

Los individuos y hogares también financian prestaciones de salud, ya sea de manera directa mediante el pago por servicios de salud a instituciones privadas con y sin fines de lucro, o mediante el pago de seguros de salud o planes de medicina prepagada.

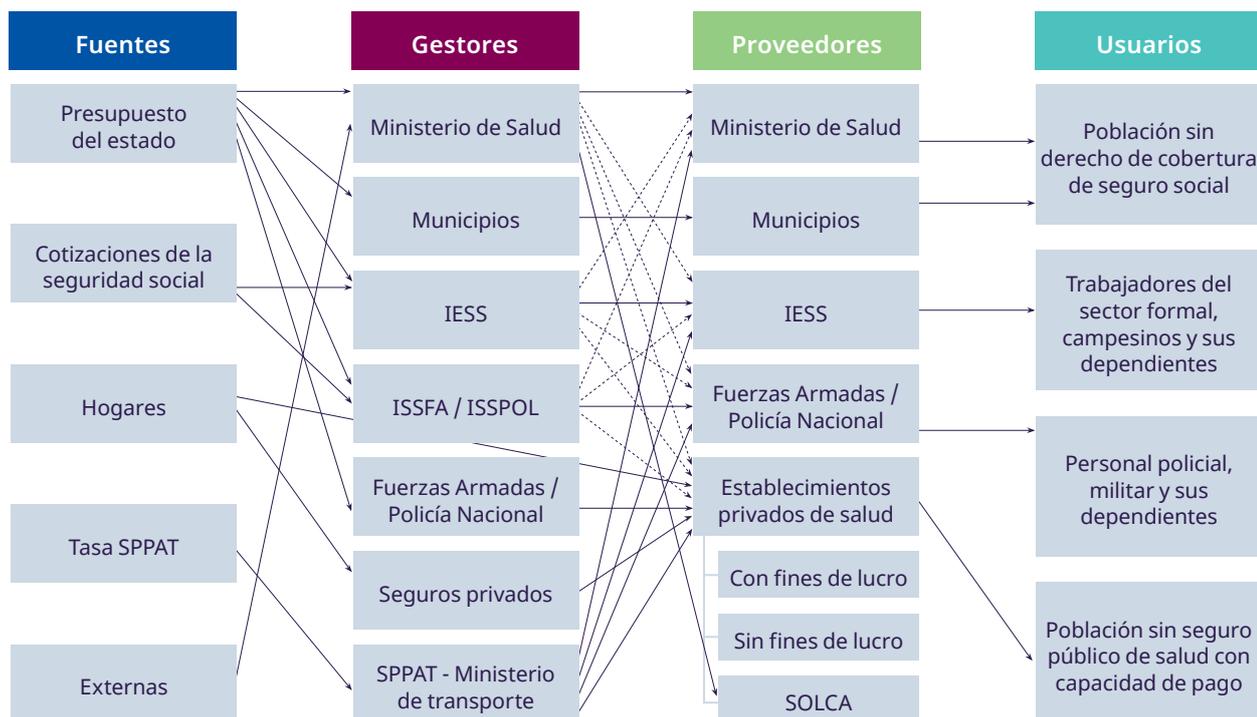
Gestión de recursos financieros y compra de prestaciones de salud

La red pública de salud cuenta con varios fondos que gestionan los recursos financieros. El Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, las instituciones de seguridad social de la Policía Nacional y

las Fuerzas Armadas son organizaciones financiadoras de salud que aglutinan los recursos disponibles para atender a su población beneficiaria.

El Ministerio de Salud Pública, responsable de la administración de la mayor parte de los recursos del presupuesto general del Estado destinado a la salud, financia las prestaciones brindadas en la amplia red de establecimientos de salud con los que cuenta a nivel nacional y en otros prestadores por derivación de pacientes. Los recursos se asignan a los prestadores de salud de su red con base en un presupuesto histórico de manera directa, como en el caso de los hospitales, o a través de oficinas administrativas desconcentradas, en el caso de los centros de salud y algunos hospitales básicos. Los criterios de asignación presupuestaria no son explícitos, aunque la Constitución

► Ilustración 1: Modelo de financiamiento del Sistema de Salud de Ecuador



→ Flujo de recursos financieros

- - - → Pagos realizados a prestadores por atenciones dadas a beneficiarios de institución financiadora. Relacionamiento de la red pública de salud

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
 ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
 ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

MSP: Ministerio de Salud Pública
 SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
 SPPAT: Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Ley de Seguridad Social, Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional y su reglamento, Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y su reglamento, Acuerdo Ministerio 091-2017 MSP

señala, en referencia al financiamiento público en salud, que “los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud” (Asamblea Constituyente, 2008).

Los recursos gestionados por la seguridad social a través del IESS se destinan al Seguro General de Salud Individual y Familiar y al Seguro Social Campesino, conforme al marco legal vigente. En el primer caso, se financian las prestaciones dadas por 101 unidades médicas de la red del IESS, así como a prestadores externos de la red pública o privada de salud. El Seguro Social Campesino, como un régimen especial del seguro universal obligatorio que atiende a la población rural, campesinos y pescadores, financia la atención en sus dispensarios médicos y en los servicios complementarios brindados por la red de establecimientos del IESS.

El ISSFA, institución aseguradora del personal militar y sus dependientes, destina recursos a financiar las prestaciones de salud brindadas por los establecimientos de salud de Fuerzas Armadas y prestadores externos. Similar situación sucede con el ISSPOL, cuyos recursos financian los establecimientos de salud de la Policía Nacional y externos.

En 2012, con la firma del convenio entre las instituciones públicas que financian y prestan servicios de salud, se operacionalizó el funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). La conformación de la RPIS, además de

responder al mandato constitucional, dio paso a la generación de espacios de coordinación y articulación de la red. En ese contexto, se definieron los mecanismos de relacionamiento entre las instituciones que conforman la RPIS. Desde el ámbito del financiamiento, se generó un mecanismo de pago entre las instituciones públicas de salud cuando se brinda atención a la población beneficiaria de otro subsistema público. El mecanismo de pago se aplica también a los establecimientos de la red privada complementaria, cuando estos brindan servicios de salud a los beneficiarios de los subsistemas públicos. Para ello, se crearon normas de relacionamiento e instrumentos como el tarifario de prestaciones que homologan el procedimiento y las tarifas para todas las instituciones (Ministerio de Salud Pública, 2014, 2017). El mecanismo de pago utilizado para este relacionamiento corresponde a un pago por prestación (*fee-for service*).

El relacionamiento entre las instituciones públicas de salud determina que los fondos disponibles en un determinado financiador puedan destinarse a la compra de servicios de salud de un prestador público o privado. En ese sentido, los flujos de recursos financieros de un gestor, por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública, se destinan no solo a su red de establecimientos sino a los hospitales y centros de salud de otras instituciones como el IESS, la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas que han brindado atención de salud a su población beneficiaria. Para que este

► Ilustración 2: Características del relacionamiento de las instituciones públicas de salud

	Casos de derivación	Principales características	
Derivación - Prestadores de salud envían a usuarios/pacientes a un prestador externo - Se realiza por falta de capacidad resolutive o accesibilidad geográfica limitada	Programada	- Para hospitalización, realización de exámenes, procedimientos ambulatorios, interconsulta o consulta especializada.	Reconocimiento económico - Pago condicionado a proceso de auditoría de la calidad de la facturación - Valoración en base a Tarifario de Prestaciones - Prelación de pago normada - Coberturas compartidas normadas
	Por emergencia	- Derivación, atención pre hospitalaria o auto derivación - Notificación posterior a institución financiadora/aseguradora	
	Auto derivación	- Paciente acude al servicio sin proceso de derivación - Para RPIS: se reconoce autoderivación a consulta externa o emergencia, sean o no emergentes - Para red privada: se reconocen emergencias definidas en la norma	
	Diálisis y trasplante	Condiciones específicas	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del Acuerdo Ministerial 091-2017 Ministerio de Salud. Norma técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria y su reconocimiento económico.

flujo financiero exista, se requiere del cumplimiento de las normas de relacionamiento y derivación de pacientes definidas por la Autoridad Sanitaria (Ilustración 2).

La atención integral del cáncer en Ecuador cuenta con un financiamiento específico que proviene de la contribución del 0,5% de las operaciones de crédito. Una parte de estos recursos se destinan al financiamiento de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, que recibe una asignación histórica del Estado para la atención oncológica. Estos recursos se gestionan a través del Ministerio de Salud Pública (Asamblea Nacional, 2014).

Los servicios de las instituciones privadas de salud cuentan con el financiamiento directo de los hogares con capacidad de pago, de las aseguradoras privadas, y de las instituciones públicas con las que mantienen convenios para la atención de su población beneficiaria.

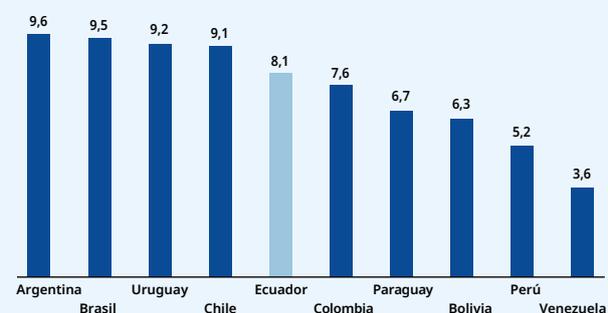
La estructura del modelo de financiamiento de la salud en Ecuador, con diversas fuentes de ingresos, distintas instituciones que gestionan los recursos disponibles y con distintos prestadores que atienden a una población beneficiaria definida por norma, configuran un sistema de salud segmentado. Los procesos de reforma del sistema de salud que se han llevado a cabo en el país no han intervenido en el modelo de financiamiento, y se han mantenido las condiciones históricas de segmentación. Los instrumentos definidos para el relacionamiento entre las instituciones públicas de salud, incluido el pago de prestaciones dadas a beneficiarios de otros subsistemas, abordan parcialmente el financiamiento de la salud, particularmente en el componente de pago de prestaciones.

Situación actual del financiamiento de salud en Ecuador

La composición del financiamiento en Ecuador refleja rasgos estructurales con una alta participación del gasto

de los hogares e insuficiente financiamiento público. Los cambios llevados a cabo en los últimos años en torno a la organización del sistema, ampliación de la oferta y mayor inversión pública no han modificado sustancialmente la estructura del gasto en salud. En el año 2018, el gasto en salud representó el 8,14% del producto interno bruto, esto es USD 8820 millones, con un crecimiento de 2,3 puntos porcentuales en los últimos 10 años. El nivel de gasto en salud es superior al promedio de la región de las Américas que alcanza el 7,1% del PIB (OMS, 2020). El gasto público en salud representa el 4,3% del PIB, porcentaje que está por debajo de la recomendación de la OPS del 6% del PIB, condición necesaria para avanzar hacia la cobertura universal en salud (OMS, 2014).

► Gráfico 2: Gasto total en salud en países de América Latina 2018 (% del PIB)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Global Health Database - OMS (OMS, 2020)

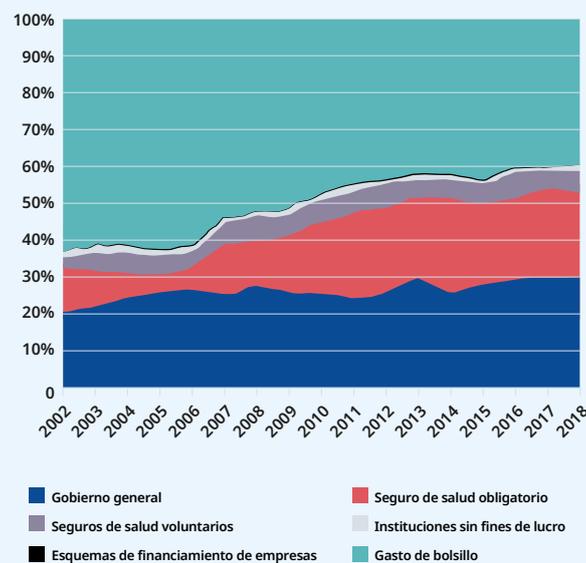
El gasto de bolsillo de los hogares, es decir, el gasto que se realiza de manera directa en el punto de atención, representa el 39,8% del gasto total en salud. En los últimos 10 años, la participación del gasto de los hogares ha presentado una caída de más de 12 puntos porcentuales, que

va de la mano con una mayor participación del gasto de gobierno y de los esquemas de aseguramiento obligatorio (Gráfico 3). Aunque estas cifras reflejan una mayor prioridad del Estado en el financiamiento de la salud, la estructura actual con un alto gasto de los hogares, se constituye en una barrera que limita el acceso a los servicios de salud, particularmente de los grupos más vulnerables.

El gasto de bolsillo de los hogares en salud representa una fuente de financiamiento inequitativa y una limitante para el acceso oportuno a la atención médica. Una proporción del gasto en salud de los hogares se constituye en gasto catastrófico³, es decir, representa una alta proporción del ingreso de los hogares, afectando su capacidad de pago y, en general, la situación económica de las familias. El gasto catastrófico en salud es un problema frecuente en los países de ingresos medios y bajos, y sus efectos se reflejan en el empobrecimiento de los hogares y en las demoras en la búsqueda de atención médica (Xu et al., 2003). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un gasto directo de los hogares por debajo del 20% del gasto total en salud, reduciría la afectación económica a los hogares (OMS, 2010).

En Ecuador, el gasto público en salud, constituido por los recursos de la seguridad social y del presupuesto del Estado ha mantenido una tendencia al alza en los últimos años. La priorización de la salud en el presupuesto público, el aumento de la demanda de servicios de salud, la gratuidad de los servicios públicos, entre otros factores han contribuido a este incremento.

► Gráfico 3: Estructura del gasto en salud por fuente de financiamiento en Ecuador



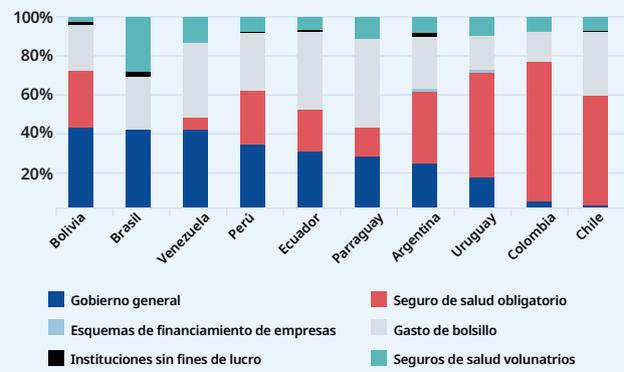
Fuente: Elaboración propia sobre la base de Global Health Expenditure Database - OMS

3. De acuerdo a la OMS, un gasto en salud es considerado catastrófico cuando el gasto directo de los hogares por motivos de salud representa el 40% o más de la capacidad de pago del hogar (Xu & Organización Mundial de la Salud, 2005)

Cuando se analiza la composición del gasto en salud de manera comparada con otros países de América Latina, Ecuador se perfila como uno de los países con más alto gasto de los hogares respecto al gasto total en salud.

Esta situación se mantiene aun considerando las distintas características de organización y financiamiento de los sistemas de salud de la región. Por ejemplo, en Brasil, con un Sistema Único de Salud, la participación del gasto de los hogares bordea el 28%, y, Colombia, con un sistema de aseguramiento universal mantiene uno de los niveles más bajo de gasto de los hogares con una participación del 15% respecto al gasto total en salud (Gráfico 4).

► Gráfico 4: Gasto en salud según esquema de financiamiento en América Latina



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Global Health Database - OMS

Desafíos del sistema de salud y su financiamiento

Los sistemas de salud se enfrentan a retos importantes en torno al financiamiento para lograr acceso universal de la población a los servicios de salud. La disponibilidad de los recursos financieros, la priorización del gasto público para salud, los mecanismos de gestión financiera y el manejo eficiente de los recursos se constituyen en aspectos clave a intervenir para avanzar hacia la cobertura universal en salud.

El sistema de salud ecuatoriano se ha mantenido históricamente segmentado, con distintos esquemas de financiamiento, instituciones aseguradoras y proveedoras de servicios de salud que atienden a poblaciones diferenciadas. Las reformas llevadas a cabo en el país, desde la implementación de la nueva Constitución que determinó la gratuidad y universalidad de los servicios públicos de salud, no han generado cambios en el modelo de financiamiento tendientes a su integración.

Otro desafío importante que aún persiste en el financiamiento de la salud en Ecuador es el elevado gasto de bolsillo de los hogares. El pago directo de los servicios en el punto de atención es una barrera económica para el acceso, es inequitativo y afecta a la población más vulnerable. El gasto de los hogares en salud también puede generar mayores presiones económicas al sistema, pues crea

incentivos para retrasar el acceso a los servicios y con ello complicaciones a la salud y mayores costos de atención.

En los últimos años, el gobierno ecuatoriano ha destinado más recursos financieros al sistema público de salud, sin alcanzar los niveles recomendados para lograr una cobertura universal en salud. Asimismo, el esquema de aseguramiento obligatorio a través del seguro de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social también ha mantenido un importante nivel de gastos en la atención médica. No obstante, la segmentación del financiamiento genera importantes costos de transacción, limitaciones en la coordinación y con ello, ineficiencias propias generadas por la falta de integración del sistema.

Referencias bibliográficas

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Asamblea Nacional. (2014). *Código Orgánico Monetario y Financiero*. Registro Oficial 332. <http://www.pge.gob.ec/documentos/Transparencia/antilavado/REGISTROOFICIAL332.pdf>

Asamblea Nacional. (2016). *Ley de Fortalecimiento Seguridad Social Fuerzas Armadas y Policía*. Registro Oficial 867. <https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/wp-content/uploads/2017/09/Ley-de-Fortalecimiento-Seguridad-Social-Fuerzas-Armadas-y-Polici%CC%81a.pdf>

Casalí, P., Goldschmit, A., y Cetrángolo, O. (2020). Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. OIT, Lima.

Conferencia Internacional del Trabajo. (2012). *Recomendación R2020-Recomendación sobre los pisos de protección social*. Information System on International Labour Standards. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NOR-MLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2015). *Resolución del Consejo Directivo del IESS No. C.D. 501*. <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/C.D.+501>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2016). *Resolución del Consejo Directivo del IESS No. C.D. 515*. <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33703/C.D.+515>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2020). *Boletín Estadístico 14. 2018-2019. Dirección Actuarial, de Investigación y Estadística*. 203.

ISSFA. (s. f.). *Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Aportes de los afiliados*. ISSFA. Recuperado 12 de febrero de 2021, de <https://www.issfa.mil.ec/afiliados/aportes.html>

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Manual del Modelo de Atención en Salud*. <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0033.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamento para la Prestación de Servicios de Salud entre instituciones de la RPIS y RPC, y su reconocimiento económico*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf>

Molina Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 63, 185-205. <https://revistas.flacoandes.edu.ec/iconos/article/view/3070>

World Health Organization. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>

OMS. (2014). *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. 53 Consejo Directivo.

OMS. (2020). *Global Health Expenditure Database*. https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

Red Pública Integral de Salud. (2012). *Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud*. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf>

Villacrés, T., & Mena, A. C. (2017). Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34056>

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet (London, England)*, 362(9378), 111-117. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867110/>

Xu, K., & Organización Mundial de la Salud. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: Metodología (EIP/FER/DP.05.2)*. Article EIP/FER/DP.05.2. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>

Contacto

Organización Internacional del Trabajo
Calle Las Flores 275,
San Isidro Lima - Perú (511) 615 0300
www.ilo.org/ecuador