

Poder, Política y Salud Pública: Un Análisis del Financiamiento y la Gobernanza del Sistema de Salud en Ecuador

Sección I: La Arquitectura del Sistema de Salud de Ecuador

Capítulo 1: Un Paisaje Fragmentado: La Estructura y Gobernanza del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ecuador se define por una fragmentación y segmentación profundas e institucionalizadas. Esta configuración, lejos de ser un mero desafío organizativo, constituye el principal determinante de las fallas en la implementación de políticas, la asignación ineficiente de recursos y las inequidades persistentes en el acceso y la calidad de la atención sanitaria. La segmentación se manifiesta como la "coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión" [1]. Esta estructura es el producto de las "características históricas, políticas, económicas y culturales" [1] del país, que han dado forma a un panorama sanitario complejo y descoordinado, un rasgo común en los sistemas de salud de América Latina.

El mapa de actores del SNS ecuatoriano revela esta división. Por un lado, el Ministerio de Salud Pública (MSP) actúa como el proveedor principal para la población sin seguro de salud, financiado principalmente a través de impuestos generales. Paralelamente, el sistema de seguridad social, que incluye al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) para trabajadores del sector formal, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), opera con sus propias fuentes de financiamiento basadas en contribuciones obligatorias de empleadores y empleados. A estos se suma un sector privado que atiende a quienes pueden pagar de su bolsillo o a través de seguros privados.

La respuesta política oficial a esta fragmentación ha sido la creación de la Red

Pública Integral de Salud (RPIS), un mecanismo diseñado para mejorar la articulación y coordinación entre los diferentes subsistemas públicos. Sin embargo, la evidencia demuestra que, a pesar de la existencia de estos mecanismos formales, la estructura institucional subyacente "impide la implementación de las redes integradas de prestación de servicios" [1]. Este fracaso puede analizarse a través del marco de la gobernanza y las relaciones de agente-principal. En este modelo, los diferentes subsistemas (los principales) poseen objetivos e incentivos divergentes y, a menudo, contrapuestos. Sus proveedores (los agentes) responden a estos incentivos institucionales en lugar de a metas sistémicas, lo que perpetúa la falta de coordinación y la ineficiencia.

La persistencia de esta fragmentación, a pesar de los repetidos intentos de reforma, sugiere que no se trata de una condición pasiva o de una simple falla técnica. Al examinar el fracaso de políticas de coordinación como la RPIS, se hace evidente que la fragmentación es, en realidad, un equilibrio político estable. La estructura del sistema, descrita como un "financiamiento bicéfalo" —un sistema basado en impuestos (MSP) y otro basado en contribuciones (IESS)— [2], crea dos centros de poder con autonomía financiera y bases políticas distintas. Entidades poderosas y financieramente autónomas, en particular el IESS, carecen de incentivos estructurales para ceder poder, recursos o autonomía a un organismo coordinador, especialmente a un MSP que perciben como fiscalmente más débil.

Por lo tanto, la fragmentación no es un problema *a ser resuelto* dentro de la arquitectura actual; es la arquitectura misma. Representa un equilibrio negociado que sirve a los intereses arraigados de los principales actores institucionales, como las burocracias y los sindicatos del sector público. Esto implica una conclusión fundamental para la política sanitaria: una reforma significativa no se logrará a través de mecanismos de coordinación mejor diseñados. Requiere una renegociación política fundamental del diseño central del sistema, un desafío que va más allá de la gestión técnica y se adentra en el núcleo de la economía política del Estado ecuatoriano.

Capítulo 2: El Contexto Macrofinanciero y Demográfico

El sector de la salud en Ecuador opera bajo la presión concurrente de un entorno fiscal restrictivo y una transición demográfica acelerada hacia una población de mayor edad y, por ende, más costosa en términos de atención sanitaria. Este contexto

no solo magnifica las consecuencias de la ineficiencia sistémica, sino que también convierte la búsqueda de modelos de financiamiento sostenibles en una prioridad nacional urgente. La pandemia de COVID-19 actuó como un catalizador, recordando que "no es posible alcanzar el desarrollo sin abordar primero los desafíos de la salud" [3] y evidenciando la fragilidad del progreso social y económico ante las crisis sanitarias [4].

Desde una perspectiva económica, Ecuador presenta un desafío estructural. Con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita que en 2017 se situaba en 6,273 USD, muy por debajo del promedio regional de 9,163 USD, la capacidad del país para financiar un sistema de salud universal y de alta calidad es limitada [2]. Aunque el gasto público en salud alcanzó el 5.28% del PIB en 2021 [5], este se encuentra en un marco de severas restricciones fiscales. El análisis de las finanzas públicas revela una tendencia preocupante: la participación del Presupuesto General del Estado (PGE) como porcentaje del PIB ha disminuido progresivamente, pasando del 34.1% en 2016 al 31.4% proyectado para 2019 [2]. Esta contracción, sumada a la existencia de déficits fiscales significativos, limita directamente los recursos disponibles para el MSP, la principal entidad financiada con impuestos.

Simultáneamente, el país enfrenta una presión demográfica ineludible. Los datos demográficos para la década 2010-2020 muestran una tasa de decrecimiento en el grupo de niños y adolescentes y, al mismo tiempo, una tasa de crecimiento sostenida en la proporción de adultos mayores. Este fenómeno indica que la "ventana de oportunidad demográfica" —el período en que la población en edad de trabajar es mayor que la población dependiente— se está cerrando rápidamente [2]. Este cambio estructural en la pirámide poblacional anticipa un aumento exponencial en la demanda de servicios para enfermedades crónicas y cuidados complejos, lo que ejercerá una presión inmensa y creciente sobre los presupuestos de salud en las próximas décadas.

Dentro de este panorama de restricciones fiscales y presiones demográficas, se observa una dinámica financiera sutil pero de gran importancia: el desplazamiento silencioso de la carga financiera hacia los hogares. Un análisis detallado de los presupuestos revela una aparente contradicción: mientras la participación del PGE (financiado por impuestos) en la economía se contrae, el presupuesto total de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que incluye al IESS, ha crecido como porcentaje del PIB [2]. La única explicación para esta divergencia es que el crecimiento del gasto público en salud no proviene de las arcas fiscales, sino de la otra gran fuente de financiamiento público: las contribuciones a la seguridad social pagadas por los

trabajadores del sector formal y sus empleadores.

Los datos confirman esta deducción. La brecha entre el presupuesto total de la RPIS y el presupuesto específico del MSP se ha ampliado constantemente, pasando de 2.01 puntos porcentuales en 2016 a 2.44 en 2019 [2]. Esto demuestra que el Estado, para manejar sus restricciones fiscales, ha dependido cada vez más del financiamiento que proviene de los hogares a través de la seguridad social. Esta estrategia, aunque políticamente conveniente a corto plazo, es regresiva y poco transparente. Socava la protección financiera, como lo demuestra el elevado gasto de bolsillo, que en 2021 representaba el 30.62% del gasto total en salud [5], y exacerba el desequilibrio de poder entre un IESS financiado por contribuciones crecientes y un MSP dependiente de un presupuesto fiscal estancado.

Sección II: La Economía Política del Gasto en Salud

Capítulo 3: Rastreando el Flujo de Fondos: Fuentes, Asignación y Protección Financiera

El flujo de fondos dentro del sistema de salud ecuatoriano está marcado por una alta dependencia de las contribuciones de los hogares, una asignación de recursos entre los factores de producción que plantea serias dudas sobre su eficiencia y una estructura de gobernanza que carece de la capacidad para ejercer un control financiero efectivo y una compra estratégica de servicios. La comprensión de estos flujos es esencial para diagnosticar las debilidades del sistema y proponer reformas viables.

Las fuentes de financiamiento del sistema son diversas, pero se concentran en dos actores principales: el Gobierno y los hogares. Según estimaciones de la OMS para 2016, el Gobierno aportaba aproximadamente el 51% del financiamiento total, mientras que los hogares contribuían con el 49% restante [2]. Esta división casi equitativa es engañosa, ya que una parte significativa de la contribución de los hogares se canaliza a través de pagos directos o de bolsillo. En 2021, este gasto de bolsillo representó un alarmante 30.62% del gasto total en salud [5], una cifra que

indica una protección financiera deficiente y constituye una barrera de acceso fundamental para los sectores más vulnerables de la población. Esta alta dependencia de los pagos directos es reconocida globalmente como el mayor obstáculo para alcanzar la cobertura universal de salud [6].

La asignación de estos fondos, una vez recaudados, revela las prioridades y las ineficiencias del sistema. Un análisis detallado del gasto público en salud, basado en los "factores de producción", muestra cómo se distribuyen los recursos entre el personal, los medicamentos, los insumos médicos y otros servicios [7]. El gasto en recursos humanos es, con diferencia, la partida más importante, lo que se analizará en detalle en el siguiente capítulo. Un aspecto crucial en la asignación de fondos es el doble rol del MSP. Su presupuesto no se destina únicamente a la prestación de servicios para la población no asegurada. Una parte significativa se dedica a financiar su función como autoridad rectora del sector (aproximadamente el 8%) y a sostener programas nacionales de salud pública (4%) que benefician a toda la población, como las inmunizaciones y el control de enfermedades transmisibles [2]. Esta realidad subraya el riesgo sistémico que conllevan los recortes al presupuesto del MSP, ya que no solo afectan la atención individual, sino también la provisión de bienes públicos esenciales para la salud colectiva.

Quizás la debilidad más profunda en la gestión de los flujos financieros es la gobernanza. El sistema carece de una "instancia con un rol especializado específico de control financiero" sobre las múltiples entidades que manejan recursos para la salud [2]. Este vacío de supervisión permite que cada subsistema opere con una lógica propia, sin una coordinación efectiva y sin rendición de cuentas sobre la eficiencia del gasto. Esta falta de control centralizado es un caldo de cultivo para la duplicación de esfuerzos, el desperdicio de recursos y la posible corrupción. La complejidad de estos flujos y la fragmentación de la gobernanza se pueden visualizar en la siguiente tabla, que esquematiza el ecosistema financiero de la salud en Ecuador.

Tabla 3.1: Flujos de Financiamiento de la Salud en Ecuador (Estimación c. 2021)

Fuentes de Financiamiento	Agentes de Financiamiento	Proveedores de Servicios	Factores de Producción
Gobierno (Impuestos)	Ministerio de Salud Pública (MSP)	Hospitales y Centros de Salud Públicos	Recursos Humanos (Salarios)

<i>Flujo hacia</i>	<i>Derivación a</i>		
Hogares (Contribuciones)	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL)	Instalaciones de la Seguridad Social	Medicamentos
<i>Flujo hacia</i>	<i>Derivación a</i>		
Hogares (Gasto de Bolsillo)	Aseguradoras Privadas	Proveedores Privados (Clínicas, Farmacias, Consultorios)	Insumos y Dispositivos Médicos
<i>Flujo directo a</i>			
Cooperación Internacional			Inversión de Capital y Otros

Nota: Esta tabla es una representación esquemática para ilustrar las relaciones complejas del sistema. Los flujos indican las principales vías de financiamiento y prestación de servicios. Datos basados en el análisis de [5], [2], [2] y [7].

Esta visualización hace evidente la estructura "bicéfala" del sistema, con dos grandes flujos públicos paralelos que se originan en fuentes distintas (impuestos y contribuciones) y financian redes de proveedores separadas. También resalta la magnitud del gasto de bolsillo como un flujo directo y significativo desde los hogares hacia los proveedores privados, eludiendo los mecanismos de mancomunación de riesgos y protección financiera. Esta arquitectura es la causa fundamental de las ineficiencias y las inequidades que caracterizan al sector.

Capítulo 4: La Paradoja del Capital Humano: Inversión e Ineficiencia en el Gasto en Talento Humano

A pesar de que los recursos humanos constituyen la mayor partida del gasto público en salud en Ecuador, el retorno de esta masiva inversión se ve severamente limitado por ineficiencias estructurales, una asignación de personal que responde a lógicas políticas más que técnicas y profundas disparidades entre los subsistemas del MSP y la seguridad social. Esta situación conforma una paradoja: un alto gasto que no se traduce en una productividad y una distribución óptimas del personal sanitario.

La escala de la inversión es innegable. Solo el Ministerio de Salud Pública destinó en

2018 alrededor de 1,700 millones de USD a su personal, lo que representó aproximadamente el 60% de su presupuesto ejecutado [2]. El talento humano es reconocido como el factor clave en la producción de servicios de salud [7]. Sin embargo, la eficiencia de este gasto ha sido históricamente una caja negra. El principal aporte de estudios recientes, como el realizado por el Banco Mundial, ha sido vincular por primera vez los datos de gasto en nómina con los datos de producción de servicios, permitiendo el cálculo de indicadores de productividad a nivel de establecimiento de salud [7]. Estos análisis proporcionan la base empírica para cuestionar si el país está obteniendo el máximo valor de su principal inversión en salud.

El motor de la ineficiencia es la disparidad generada por la propia estructura del sistema. El "financiamiento bicéfalo" crea un mercado laboral sanitario fragmentado y competitivo, en lugar de uno colaborativo y sistémico. El subsistema de la seguridad social, particularmente el IESS, al contar con mayores recursos provenientes de las contribuciones, ofrece salarios y condiciones laborales más atractivas. Esto genera un mercado distorsionado y una fuga de talento desde el MSP hacia la seguridad social, dificultando que el ministerio, que atiende a la población más vulnerable, pueda retener al personal más calificado [2]. Esta competencia socava cualquier intento de una política nacional de recursos humanos coherente.

Además de las disparidades salariales, existen profundos desequilibrios en la distribución del personal. Los análisis de la nómina revelan importantes inequidades en la asignación de personal, tanto geográficas como por tipo de contrato (por ejemplo, nombramientos permanentes bajo la Ley Orgánica de Servicio Público - LOSEP, frente a contratos temporales). La distribución del personal y la modalidad de contratación a menudo no se correlacionan con los indicadores de pobreza o las necesidades de salud de las provincias, sino que parecen responder a otros factores [7]. Esta asignación, que no sigue una lógica de salud pública, sugiere que otras fuerzas están en juego.

La persistencia de estas irracionalidades en la distribución y remuneración del personal sanitario apunta a una causa más profunda que la simple mala gestión técnica. Cuando la contratación y asignación de personal no siguen criterios de necesidad o eficiencia, es plausible que respondan a lógicas de clientelismo político. En muchos sistemas políticos, el empleo en el sector público es una herramienta para construir bases de apoyo y distribuir favores. El enorme y fragmentado presupuesto de recursos humanos en salud, sin una política unificada y técnica que rij a todos los subsistemas, crea un entorno propicio para que estas prácticas clientelares persistan. Cada subsistema poderoso puede gestionar su nómina como un feudo, utilizando los

puestos de trabajo como una forma de moneda política.

Esta dinámica tiene una implicación crítica para la reforma: los intentos de "optimizar" la fuerza laboral a través de medios puramente técnicos, como la implementación de nuevas fórmulas de asignación de personal o la estandarización de salarios, enfrentarán una inmensa resistencia política. Tales reformas amenazan redes de patrocinio establecidas y alteran equilibrios de poder consolidados. Por lo tanto, una verdadera reforma del capital humano en salud requiere no solo mejores herramientas de gestión, sino un esfuerzo político concertado para despolitizar la administración de los recursos humanos, una de las tareas más arduas en la reforma del sector público.

Capítulo 5: El Alto Costo de la Innovación: Gasto Farmacéutico y Presiones Tecnológicas

La creciente participación presupuestaria de los medicamentos y dispositivos médicos, impulsada en gran medida por la introducción de tecnologías innovadoras de alto costo, está generando una tensión financiera aguda en el sistema de salud ecuatoriano. Esta presión crea un dilema de suma cero que amenaza la sostenibilidad de programas de salud pública esenciales y exacerba las inequidades dentro de un sistema ya fiscalmente restringido.

El gasto en tecnologías sanitarias ha experimentado un crecimiento notable, alterando la composición tradicional del presupuesto de salud. En 2018, el gasto del MSP en medicamentos (5.3%) y dispositivos médicos (8.5%) representó un combinado del 13.8% de su presupuesto ejecutado [2]. Este aumento, inédito en décadas anteriores, refleja una tendencia global, pero sus consecuencias son particularmente graves en un contexto de recursos limitados. La primacía histórica del gasto en talento humano está cediendo terreno a la necesidad de contar con capacidades diagnósticas y farmacológicas avanzadas.

El conflicto central que surge de esta dinámica es la tensión entre financiar los medicamentos esenciales para la mayoría de la población, listados en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), y absorber el costo exorbitante de nuevas tecnologías de alto impacto financiero. Estas últimas suelen estar destinadas al tratamiento de enfermedades raras, catastróficas o ciertos tipos de cáncer, que afectan a un número reducido de pacientes [2]. La decisión de financiar estos

tratamientos no es meramente técnica; es una fuente constante de tensión política, impulsada por la demanda de grupos de pacientes, médicos prescriptores y la industria farmacéutica.

Este conflicto debe enmarcarse en un análisis de costo de oportunidad. En un sistema con un presupuesto finito, cada dólar gastado en un medicamento de alto costo y, a veces, de eficacia marginal, es un dólar que no se invierte en intervenciones de alto impacto para la salud colectiva, como vacunas, antibióticos esenciales, control de vectores o atención primaria. La incorporación indiscriminada de estas nuevas tecnologías puede "reducir el presupuesto en medicamentos restante", lo que podría impedir la compra de otros fármacos esenciales o forzar recortes en programas de salud pública vitales para el control de enfermedades como el VIH, la tuberculosis o la malaria [2]. Este escenario pone en riesgo la sostenibilidad de todo el sistema sanitario y el principio de equidad, al priorizar las necesidades de unos pocos sobre el bienestar de la mayoría.

La gestión de esta presión tecnológica revela una falla crítica en la gobernanza del sistema de salud ecuatoriano. Los sistemas de salud avanzados abordan este dilema a través de organismos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS o HTA por sus siglas en inglés). Estas entidades, que operan con independencia técnica, evalúan la evidencia sobre la eficacia, seguridad y costo-efectividad de las nuevas tecnologías para emitir recomendaciones basadas en evidencia que guíen las decisiones de financiamiento. Este proceso proporciona una barrera técnica y transparente contra las presiones políticas y comerciales.

El análisis del sistema ecuatoriano muestra que las decisiones de financiamiento de medicamentos de alto costo recaen sobre los administradores de recursos, quienes operan bajo una intensa presión política y sin el respaldo de un proceso de ETS formal e institucionalizado [2]. Esta ausencia es una debilidad de gobernanza fundamental. Significa que las decisiones sobre qué tecnologías financiar son probablemente ad-hoc, poco transparentes y altamente susceptibles a la influencia de grupos de interés. Esto no solo conduce a un gasto ineficiente e inequitativo, sino que también socava la legitimidad y la racionalidad de las decisiones de asignación de recursos. La institucionalización de un proceso de ETS robusto y transparente no es un lujo técnico, sino un requisito indispensable para la gestión sostenible y equitativa del gasto farmacéutico en Ecuador.

Sección III: Caminos hacia un Sistema más Resiliente

Capítulo 6: Las Dinámicas de la Implementación: Cómo el Poder Moldea los Flujos Financieros de la Salud en Ecuador

Introducción

El financiamiento de la salud, circunscrito mayormente a servicios de salud, es un tema que empieza a visualizarse como un problema para Ecuador, a medida que incrementa la población, el porcentaje de población adulta-mayor empieza a crecer a tasas más elevadas que la de niños y jóvenes, y las tecnologías sanitarias —como medicamentos o dispositivos médicos— se comercializan a precios exorbitantes, elementos todos que implican un fuerte impacto financiero para cualquier presupuesto existente. Coadyuva también a esta situación, el reconocimiento constitucional del acceso a servicios de salud como un derecho humano de segunda generación y con ello que el Gobierno tenga obligación de contribuir de manera importante en la sostenibilidad financiera del sistema de salud, para garantizar el acceso universal y gratuito a servicios de salud para la población que habita en Ecuador.

El financiamiento sin embargo, se transforma en un real problema cuando su alcance y comportamiento no es fácilmente aprehensible y por tanto manejable, lo cual en el país ocurre por tres razones principales: 1) Existencia de múltiples agentes, cuya incidencia financiera no es clara, asequible, confiable ni homologada (oferta) e inexistencia de una base nominalizada país para atención médica (demanda), lo cual dificulta captar el alcance del sector en referencia al PIB. 2) Desinterés por parte de los agentes financieros por transparentar su financiamiento, lo cual genera incertidumbre sobre la cobertura y alcance real del financiamiento en salud del país. 3) Inexistencia de una instancia con un rol especializado específico de control financiero de las diferentes instancias que manejan recursos para adquirir la provisión de servicios de salud.

El objetivo del estudio consiste en explorar la importancia y alcance que tienen las

actividades, recursos y productos de salud, así como las necesidades de financiamiento para sostener el Sistema Nacional de Salud, así como también el establecimiento de cifras de los agregados con una visión sistémica, detectando problemas estructurales y abordando aspectos concretos sobre la estructura del talento humano y del impacto económico que conlleva la dotación de medicamentos de alto costo.

El presente estudio se trata de un análisis descriptivo de carácter sectorial, para lo cual se realizó una revisión documental de registros administrativos, informes y encuestas de carácter nacional e internacional, sobre el sector salud en el último lustro. Adicionalmente se procesaron bases de datos sectoriales en ámbitos demográficos, económicos, financieros, distributivos-remunerativos y presupuestarios, con una representación a nivel nacional y en casos específicos, institucional.

Este artículo inicia con una revisión de la literatura académica sobre el financiamiento en la salud, generando un contexto teórico en el que inscribe el análisis funcional del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano.

El estudio explora la importancia y alcance financiero que tienen las actividades y productos de salud en la economía ecuatoriana en la actualidad, para lo cual se analiza información demográfica y económica sobre el gasto en salud. Comparando la economía ecuatoriana con el resto de países de la región, se estima el valor per cápita invertido en salud y se contrasta el resultado financiero de Ecuador versus el de los países latinoamericanos.

Posteriormente, se identifica el alcance y peso que tienen las actividades de salud en la economía ecuatoriana, para lo cual se analiza la composición del financiamiento profundizando sobre el rol de los principales actores financiadores de los servicios de salud y definiendo los roles institucionales asumidos en las dimensiones del financiamiento.

En la siguiente sección se analiza la oferta y cobertura de los diferentes subsistemas, evidenciando que la gran cobertura pública prácticamente ha llegado a la universalidad. Sin embargo, llama la atención que el rol financiador del Gobierno tiende a cambiar su dinámica creciente, enfatizándose un mayor protagonismo de los hogares en la financiación de la salud, sobre todo a través de su contribución a aseguramientos públicos.

Finalmente, se analiza la incidencia económica global de componentes como el

talento humano y medicamentos, que son claves dentro del financiamiento del sector salud.

Referentes teóricos

Los estudios sobre financiamiento en salud, aunque limitados en número, presentan distintas dimensiones para su análisis. Estos van desde una visión eminentemente descriptiva sobre la organización y composición de los sistemas, los grupos poblacionales cubiertos por cada subsistema, las prestaciones y características del acceso efectivo, las fuentes de financiamiento, el valor y mecanismos de transferencia; hasta la minucia del gasto efectuado y su impacto en las diferentes economías.

En el “Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño en los sistemas de salud” [2] se establece a un sistema de salud como “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”, teniendo tres principales objetivos: (i) mejorar la salud de la población; (ii) responder a las expectativas de las personas; (iii) brindar protección financiera contra los costos de enfermedad. Con ello, el análisis de los mecanismos de aseguramiento y protección financiera en salud resultan centrales y se establecen como una línea deseable de investigación [2]. Por ello la producción de datos sobre este particular se empieza a generar de fuentes estandarizadas de datos para lograr la comparación de los sistemas de salud entre países y su caracterización bajo similares parámetros. Publicaciones de este tipo se encuentran en los denominados perfiles sanitarios que OPS produce para países de la Región, Ecuador incluido.

Posteriormente en el primer lustro de los noventa, el desarrollo de la literatura refiere a la organización y financiamiento de los sistemas de salud. Los indicadores sirven como fuente de información para la elaboración de matrices comparativas entre grupos. Dentro de este bloque, el análisis sistémico de los modelos de salud en América Latina, provee resultados comparados sobre gasto en salud y su composición entre subsectores [2]. A decir de Maceira, fundamentalmente estos estudios permitieron abrir el debate metodológico sobre factores relevantes para la determinación de la incidencia del gasto público sobre el total de las erogaciones en salud, el peso relativo de las instituciones de seguridad social y el papel desempeñado por el gasto de bolsillo [2]. En dicho período y paralelamente, se habría iniciado también el desarrollo de una línea de trabajo desde la microeconomía,

vinculada con organización, incentivos institucionales y desempeño relativo de los sistemas de salud, con estudios comparados a nivel regional latinoamericano.

La emergencia de encuestas de similar formato en varios países, así como los estudios de Cuentas Nacionales en Salud, abren a inicios del 2000 varias líneas de trabajo que analizan fundamentalmente el comportamiento del gasto en salud de las familias y el impacto progresivo o regresivo del mismo dentro del ingreso familiar y de la economía en su conjunto. Aquí se brinda las bases para establecer mecanismos de protección social de las familias ante shocks de salud. Es importante resaltar que a partir de esto y hasta la actualidad se empiezan a diseñar metodologías e indicadores de medición uniforme entre países, y de donde surgen conceptos tales como umbrales de pobreza y gasto empobrecedor, entre otros [2].

Durante los años 2000 —y Ecuador no escapa de esta tónica— emerge en los países latinoamericanos un cuerpo de literatura en sistemas comparados de salud asociado con reformas, que contemplan temáticas variadas vinculadas con evaluaciones puntuales de reformas financieras, tendencias en reformas y ejes tradicionales (separación de funciones, descentralización, entre otros); y la economía política de los cambios en sistemas de salud [2]. En este contexto se vuelve importante el rol del Estado en la salud y la definición sistémica bajo la cual se organizan los sistemas. Temas centrales como la articulación del financiamiento, la dilución del riesgo de los gastos en salud, la segmentación/ fragmentación de los sistemas, la gobernanza y mecanismos de pago acordes a una distribución eficiente y equitativa; empiezan a ser la tónica de los análisis [2].

Los años 2000 también marcarán la emergencia de investigaciones bajo marcos organizativos funcionales para las reformas, y no por grupos sociales, para asegurar los derechos a la población, emergen trabajos académicos como el de Londoño y Frenk que ponen la tónica hasta el presente [2]. A fines de la década en 2008 Kutzin realiza una publicación en la cual sintetiza a las funciones del sistema de salud en: generación de recursos (recaudación), acopio (pooling de riesgo), distribución y compra, y entrega de los servicios; transformando a objetivos intermedios —de las políticas en salud— a la calidad, la equidad en la utilización de recursos, eficiencia, transparencia y responsabilidad (accountability) [2]. Por lo cual al evaluar el desempeño sistémico deja de lado aquellas que reflejan de mejor manera el estatus de salud, la satisfacción del ciudadano y la protección contra el riesgo financiero [2].

Para el caso de Ecuador entre los principales análisis se cuenta con la descripción del sistema de salud de Ecuador, donde los autores hacen una descripción de las condiciones de salud en el país y se adentran en las características funcionales del

sistema, incluyendo los aspectos de financiamiento [2].

En la última década la literatura plantea marcos específicos relacionados con el acceso y cobertura universal de salud [2] y la generación de estrategias específicas como la ampliación del espacio fiscal para la salud [2], bajo un aprendizaje en el cual la discusión no es más cuál sistema impulsar, sino cómo lograr una racionalidad única en las decisiones financieras, para que las diferentes fuentes de ingresos no sean sustitutivas sino complementarias.

Para efectuar este análisis descriptivo y transversal, donde se analiza la política pública en salud y sus resultados para la economía ecuatoriana, partimos del marco teórico creado por Joseph Kutzin (OMS), donde realiza la definición de las dimensiones funcionales del financiamiento, tales como: recaudación, aseguramiento o administración y pago a proveedores; así se organiza el financiamiento desde los diferentes actores y el rol que desempeñan en cada dimensión [2]. Este marco conceptual nos permite reconocer en cada dimensión a quiénes son los actores fundamentales, así desde la dimensión recaudatoria se identifica en dónde se generan los recursos para fondar los servicios de salud, principalmente los hogares y el gobierno, desde la dimensión aseguradora quiénes administran los recursos y desde la provisión, quiénes están captando los recursos y en qué magnitud. Ninguno de estos roles podría ser aprehendido desde una perspectiva cotidiana mucho más cuanto, si bien analíticamente la diferencia es nítida, en los hechos la mayoría de actores en los sistemas sanitarios, conllevan intrínsecamente más de una figura.

Adicionalmente al enfoque funcional mencionado, se toma el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud, donde se establecen las preguntas que definen el alcance del financiamiento y que consideran los conceptos sobre cobertura poblacional, cobertura prestacional, protección financiera y calidad de las prestaciones, que utilizamos en este análisis. Este es clave para formular las preguntas específicas a contestarse en un análisis de esta naturaleza, por lo cual constituye cada una de ellas un referente en el desarrollo de este artículo.

En el análisis se maneja una visión teórica que inscribe el análisis funcional dentro de un marco sistémico, en donde el conjunto de elementos o subsistemas están interrelacionados con el objetivo común de brindar atención de salud a toda la población. Al estar todos los elementos —o subsistemas— relacionados se alcanza el nivel de resultados que esperamos cuando el sistema empieza a funcionar. Deseable alcanzar la cobertura total, en los plazos requeridos, dentro de los presupuestos manejados y de acuerdo a parámetros de riesgo aceptables.

Finalmente, para el análisis del financiamiento de la salud en Ecuador no es posible obviar la teoría del gasto público, en particular cuando se considera a la salud como un bien público y el Estado tiene un rol particular en el suministro y producción de servicios de salud. Sin embargo, en este enfoque subyace todo el análisis anterior que se especifica en una medida o ámbito determinado.

Crecimiento económico e inversión en salud en la economía ecuatoriana

El crecimiento de la economía ecuatoriana marca el ritmo de los resultados obtenidos en la última década, de esto se deriva un incremento del Producto Interno Bruto, una mayor inversión sanitaria y mejores indicadores en salud; que sin embargo, siguen siendo un desafío en el presente y futuro, como se observa seguidamente.

a. Producto Interno Bruto y Demografía

La población que habita en Ecuador se estima en 17,2 millones de personas. En la década 2010 – 2020 la tendencia demográfica señala una tasa de decrecimiento en el grupo de niños y adolescentes y simultáneamente una tasa de crecimiento sostenida en la proporción de los adultos mayores, evidenciando que la ventana de oportunidad¹ se restringe de manera importante para el país, justo a fines de la década [2].

La riqueza generada en el país durante 2019, por la dinámica de su población, se estima alcanzará un Producto Interno Bruto de USD 113 mil millones de dólares corrientes. Si comparamos cifras con países que tienen similares tamaños poblacionales en América Latina, como Chile y Guatemala, para 2017 la producción ecuatoriana representa respecto del primero alrededor de un tercio del PIB, mientras para el segundo caso, Ecuador observa un mejor desempeño con una producción superior en un 27%.

De todas formas, y aunque ha crecido consistentemente, para 2017 Ecuador con un per cápita de USD 6.273 se encuentra todavía muy por debajo del promedio del PIB per cápita regional de USD 9.163. Se suman a lo anterior proyecciones de crecimiento inexistentes o modestas de alrededor del -0,5% (BM) o 0,7% para el 2019 (FMI), lo

cual de concretarse sin duda dificultará aún más su posicionamiento regional.

Por otro lado, observar comparativamente con países de la región, la ubicación cartesiana de coordenadas formadas por el porcentaje del PIB (X) y logros sanitarios estratégicos obtenidos, como la Razón de Mortalidad Materna (Y), nos permite situarnos en la creciente importancia de la relación óptima entre la riqueza alcanzada por un país y los logros alcanzados en salud. Si tomamos como referencia el promedio regional (287,59) para el año 2017 encontramos que Ecuador, ubicado en el punto (104,40), se encuentra entre los países que tienen un resultado sanitario mejor que la media de 59 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos, con una producción o riqueza bastante menor al promedio regional de 104 a 288 mil millones de dólares. Esto evidencia para Ecuador un resultado sanitario importante en medio de una producción limitada, a la par de una lejanía frente a los referentes Mexicano, Brasileño y por supuesto al canadiense con tan solo seis muertes maternas x 100.000 NV y un PIB de 1,65 mil millones. Importante entender que no siempre una mayor riqueza significa un mejor resultado sanitario, por lo cual el seguimiento a la calidad del gasto es imperativo [2].

En el contexto mencionado, existe la tesis de que invertir en salud marca la diferencia entre países desarrollados y no desarrollados. De hecho, los índices comparativos de la última década han demostrado una asociación positiva directa entre salud y desarrollo. Esto es resultado de al menos dos factores: mejoramiento de las condiciones y capacidades del capital humano y generación de una dinámica económica con ventajas comparativas, concepto que a su vez nos induce a observar el detalle de la inversión financiera en salud del Ecuador [2].

b. Relación entre Economía y Salud

En el contexto mencionado es importante observar que salud representa el 8% del PIB en Ecuador a 2016 [2]. Dicho porcentaje no es menor, ya que las economías desarrolladas se manejan en un rango promedio del 9%.² La producción de riqueza del sector salud se expresa, entre otros aspectos, en que constituye una fuente de empleo directa para al menos 205 mil jefes de familias. Si se estima que por cada empleo directo en salud se generarían 2,04 empleos indirectos adicionales³, estamos hablando de alrededor de 420 mil personas [2], lo cual representa poco más del 5% de la Población Económicamente Activa (PEA) en Ecuador a 2018, y alrededor del

12,5% de la población con empleo adecuado, característico de este sector [2].

Si entendemos a la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; podemos entenderlo fácilmente desde la perspectiva económica como un sector intrínsecamente dinámico debido a la amplitud en el rango de producir bienes y servicios de la más diversa índole que en su mayoría están orientados a restituir el bienestar físico de las personas. Estos abordan ámbitos de infraestructura, equipamiento, medicamentos, biológicos, reactivos, insumos, ropa blanca-uniformes, vehículos, prótesis-férulas, aditamentos para funcionalidad, física, motora, visual, auditiva, bancos de productos biológicos, entre los más comunes, hasta servicios formativos de talento humano diverso, realización de pruebas de laboratorios e imágenes diagnósticas, servicios de rehabilitación, cuidados paliativos, trasplantes, investigación científica en salud; así como contratación o presencia de profesionales para brindar la atención sanitaria tanto de carácter público como privado. Por sus características, las actividades de salud aportan al crecimiento de otros sectores conexos como aquellos importadores y exportadores, industriales, educativos, de la construcción, comerciales, de transporte y aquellos de investigación de alta tecnología. Se estima que entre 2007 y 2014 de cada USD 100 de riqueza generada en el proceso de producción únicamente del servicio de salud, USD 34 fue generado por el sector privado ecuatoriano y 66 por el sector público [2].

Es claro que disminuir el gasto en salud impacta en la reducción de la esperanza de vida de las poblaciones, teniendo como consecuencia una directa disminución de la tasa de crecimiento económico, resultado de la pérdida de productividad de la fuerza de trabajo. Estudios realizados determinan por ejemplo que, como consecuencia de una disminución en la esperanza de vida del 40%, debido a un recorte presupuestario en salud, la tasa de crecimiento económico disminuiría en 1,4 puntos porcentuales por año [2].

Por fortuna una de las razones por las cuales el país ostenta una cifra importante del gasto/inversión en salud respecto al PIB, se debe al hecho de que en Ecuador se ha definido la vigencia de un modelo de salud universal, desde hace por lo menos la última década. En vigor desde el siglo pasado, el modelo fue constitucionalmente refrendado en el año 2008, y ha venido construyéndose bajo la premisa de garantizar el acceso universal en Ecuador en una cuádruple dimensión de totalidad: Todos los habitantes, Todas las prestaciones, Protección financiera y Calidad de la atención. Así en Ecuador todos sus habitantes tienen derecho a acceder a servicios de salud integrales, integrados y continuos⁴ [2].

La Salud es un bien público por excelencia, financiarla significa destinar consistente e inteligentemente recursos económicos para solventar las cuatro dimensiones del sector [2]. Esto implica que un porcentaje creciente de la captación de recursos deberán ser destinados al uso específico de fomentar hábitos saludables, prevenir riesgos que afecten la salud, preservar y curar la salud de la población, proveerle de cuidados paliativos y acompañarla en el buen morir. La literatura científica menciona que uno de los canales de influencia de la salud sobre el crecimiento económico es la reducción de las tasas de mortalidad y enfermedad y por lo tanto, la disminución de la tasa efectiva de depreciación del capital humano se ralentiza, impactando directamente en el crecimiento económico.

Con lo previamente mencionado como fundamentos conceptuales, el gobierno ecuatoriano para 2016 aportó tan solo con aproximadamente el 51% del financiamiento de la salud en el país, cifra que indica que todavía un amplio margen es sustentado por los hogares. Adicionalmente comparado con los países latinoamericanos, queda por debajo de la mayoría de aquellos, en su participación [2].

Para adentrarse a establecer una relación entre economía y salud en Ecuador, dada la presencia fundamental del financiamiento gubernamental, es necesario analizar la participación del Presupuesto General de Estado (PGE) con respecto al Producto Interno Bruto generado. Allí encontramos que este porcentaje va disminuyendo progresivamente y se esperaría para 2019 una participación menor a la de 2016, en alrededor de 2,7%. El déficit estimado para 2019 en USD 3.655 millones, equivalente a 3,2% del PIB, y las necesidades de financiamiento por USD 8.166 millones, aunadas a las expectativas de restricciones económicas en los hogares⁵, fuente principal de los impuestos que financian sobre el 90% de los ingresos del Gobierno Nacional, colocan las finanzas públicas en un momento de limitaciones incuestionables.

Lo anterior puede ser fácil de comprender si se conoce que también en 2018 en Ecuador, y de forma atípica en el mundo, se asume constitucionalmente de forma simultánea, la universalización del sistema de seguridad social en salud también, con lo cual se adquiere la obligatoriedad de financiar también dos modelos de financiamiento universales, desde las fuentes existentes. Ello origina que, adicional a mantener un Sistema Nacional de Salud basado en impuestos (Beveridge), también se mantiene un Sistema de Aseguramiento Universal basado en contribuciones (Bismarckiano). Entre muchas consecuencias esto hace que, por un lado los hogares ecuatorianos aporten para el sistema público de salud, a través de, por ejemplo, el impuesto a la renta o al valor agregado, mientras por otro lado los mismos hogares

aporten a través de contribuciones obligatorias o voluntarias de sus ingresos.

Si observamos el promedio del gasto sanitario público en salud en Ecuador, que para efectos comparativos incluye también la seguridad social pública, este rubro alcanza para 2016 el 4,4% con respecto al PIB. Comparado con el 3,8%, el promedio de la región en dicho año es significativo, aunque se queda corto frente a la recomendación de la OPS/OMS, de destinar al menos un 6% del PIB. Para 2019 se presupuesta en Ecuador que el gasto sanitario público alcanzará el 5,2% con respecto al PIB. Si observamos únicamente el financiamiento del Ministerio de Salud Pública, este llegará solamente el 3,1% del PIB.

En este contexto es importante, en contraste con la desaceleración en la tasa de participación del PGE en relación al PIB, observar que, los presupuestos de los últimos años de los subsistemas públicos de salud han logrado crecer particularmente anclados en los ingresos provenientes externos al fisco. Esto se puede constatar al comparar las proporciones respecto al PIB alcanzadas por los otros subsistemas públicos, que no dependen solamente de recursos fiscales. El financiamiento gubernamental no creció al ritmo del crecimiento de las otras fuentes financiadoras, como las contribuciones personales y patronales, la diferencia entre las proporciones de los presupuestos institucionales respecto al PIB se acentúa pasando de 2,01% en 2016 a 2,44% en 2019, lo que significa una mayor participación de los hogares en el financiamiento global de la salud en Ecuador.

c. Per cápita de Salud en Ecuador

El promedio regional invertido por persona en salud asciende en 2016 a USD 606,88. Ecuador se encuentra por debajo del promedio con USD 505. Si asumimos que el financiamiento público es de alrededor del 51 %, el per cápita anual público invertido en salud ascendería tan solo a USD 258 en 2016, cifra que solventa uno de los modelos de atención más completos y universales de la región. En 2019 el rubro de gasto público en salud se proyecta en USD 342 por cada habitante [2].

Con lo anterior, y entendiendo a la salud como un bien público⁶, corresponde al gobierno realizar un ejercicio regulatorio sistémico. Es decir, evaluar si con una inversión baja por habitante, el sistema se orienta a mejoras sustanciales de eficiencia en su producción y ahorros en su desempeño [2].

d. Estructura financiera, oferta y coberturas

El modelo de salud ecuatoriano ha organizado su financiamiento a través de un Sistema Nacional de Salud (National Health System)⁷, cuyo financiamiento se apalanca principalmente en los impuestos de la ciudadanía y regalías estatales, y es ejecutado a través de transferencias fiscales a los entes administradores de recursos y, estos a su vez, a los prestadores de servicios de salud. Por otro lado, el país también ha organizado su financiamiento a través de un sistema de seguridad social público compulsorio (National Insurance System)⁸, que funciona a través de contribuciones patronales y personales obligatorias en los subsistemas del IESS, ISSFA, ISSPOL. Dichas contribuciones se apalancan fundamentalmente en recursos generados por la ciudadanía, puesto que económicamente los hogares son la cantera de las empresas, por lo cual contribuyen directamente con sus aportes personales, pero también a través de los aportes que las empresas realizan como patronos. Por lo anterior, en el corto y mediano plazo, y sin conocimiento claro de su aporte real, existirán fuertes tensiones por parte de la población, para exigir un mayor alcance efectivo en la oferta y un mejor rendimiento de las inversiones prestacionales, lo cual tensionará el presupuesto gubernamental que trata al sector salud como un “gasto” más que tiene que afrontar, al igual que los demás sectores, sin entender el real aporte que esta se encuentra realizando ya a la economía en la restitución del bienestar a los hogares.

Con lo señalado y a manera de concretar las figuras, el financiamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Ecuador se articula a través de siete subsistemas: i. Gobierno-MEF-MSP, ii. IESS-SGSFI, iii. IESS-SSC, iv. MIDENA-ISSFA, v. MDI-ISSPOL, vi. MDTOP-ANT-SPPAT y vii. Privado Sin y Con Fines de Lucro, quienes en primera instancia son los encargados de capturar y compilar los recursos provenientes de tres fuentes: Gobierno, Hogares y Organismos Internacionales, en una variedad de modalidades de recursos que provienen de fuentes no excluyentes ni exclusivas, de carácter público, privado o mixto.

Los subsistemas mencionados realizan también la administración de los recursos financieros acopiados. Con estos adquieren atenciones de salud para las poblaciones que les competen, sea bajo la titularidad de afiliado o de ciudadano beneficiario. La adquisición de atenciones de salud se realiza a través de prestadores propios o prestadores externos, siendo los primeros establecimientos o facilidades cuya manutención global —especialmente del talento humano— es asumida bajo la figura

de patrono. Los segundos son establecimientos o profesionales a quienes se les reconoce un valor por la prestación de salud realizada.

Los subsistemas públicos organizados en la denominada Red Pública Integral de Salud (RPIS)⁹ se estima que brindan una cobertura efectiva a más del 90 % de la población ecuatoriana, y en conjunto con el sector privado alcanzarían a proporcionar la cobertura universal, aunque todavía no el acceso universal. Es importante mencionar que la cobertura de salud privada mostrada en las encuestas de hogares oscila en torno al 3% de la población cuando se consideran los factores de expansión. Esto sucede ya que este tipo de encuestas no logran capturar una muestra representativa de los hogares de los quintiles más ricos. Ello ocasiona que el dato que se obtenga en cuanto a cobertura tenga un posible sesgo de selección y tienda a estar subestimado. Por este motivo, y pese a ser un dato de 2010, esta cobertura se toma del último Censo de Población y Vivienda realizado en el país.

Los subsistemas públicos brindan una atención directa a sus derechohabientes y, a partir de la conformación de la RPIS en marzo de 2012, también intercambian atenciones de salud entre sí a pacientes derivados de la Red, sea por falta de capacidad física o técnica. En los últimos años la RPIS también derivó pacientes a la Red Complementaria (RC) o subsistema privado. Se estima que para el año 2018, solamente el MSP compró servicios de hospitalización, emergencia, diálisis-hemodiálisis y ambulatorios, por un monto superior a los USD 406 millones.

Respecto al financiamiento de las coberturas brindadas por los subsistemas públicos, en el Ecuador, se estima que el Gobierno, entre presupuestos del MSP y entidades adscritas, Ministerio de Defensa Nacional (MIDENA), Hospital de Especialidades de Fuerzas Armadas, Ministerio del Interior (MDI), Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional y las contribuciones a la seguridad social como patrono, se encontraría aportando para 2019 alrededor de USD 4 mil millones en salud. En este rubro se estarían considerando también los recursos que están ingresando al país por la vía de los Organismos Internacionales.

Los hogares por su parte realizan compras de servicios y productos de salud estimados al menos en USD 3,7 mil millones, pago de seguros de enfermedad y accidente y medicina prepagada USD 500 millones, aportes a la seguridad social voluntaria y como cotizantes en los seguros sociales públicos de fuerzas armadas y policía así como aportes patronales de las familias USD 1,5 mil millones, pago de impuesto a créditos del sistema bancario destinados a cáncer USD 100 millones, juegos de lotería nacional y otros destinados a salud por alrededor de USD 75 millones y una prima anual para pago de accidentes de tránsito por alrededor de USD

30 millones, rubros que lindarían en alrededor de USD 6 mil millones para 2019.

e. Establecimientos de Salud

Los recursos mencionados solventan la cartera de servicios de las instituciones que conforman la RPIS, en la cual se identifica que el MSP como el prestador más grande de Ecuador, brinda servicios generales y de salud pública a través de 2.096 establecimientos de salud. El IESS cuenta con 108 establecimientos, el ISSPOL e ISSFA brindan servicios especializados y disponen de 56 y 103 establecimientos, respectivamente. Finalmente, el Seguro Social Campesino del IESS dispone de 658 establecimientos ambulatorios [2].

Adicionalmente, el propio sistema presenta presiones que lo obligan a buscar nuevas fuentes de financiamiento para preservar su sostenibilidad tanto económica como técnica a efectos de responder a nuevos retos como el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida (74 años). Las generaciones más jóvenes están menos interesadas en tener hijos, eso lo demuestra la reducción de las tasas de crecimiento poblacional. Entre los censos de 1990 a 2001 fue de 2,10%, mientras que entre el censo del 2001 y 2010 el crecimiento fue de 1,95%; la tasa de fecundidad también ha decrecido. Otra presión es el perfil epidemiológico de Ecuador. Así mismo se evidencia una transición hacia enfermedades no transmisibles y crónicas que involucran una mayor cantidad de recursos económicos para su tratamiento. Por último, la política pública de Ecuador ha trabajado por tener ciudadanos empoderados y conocedores de sus derechos en torno a la salud, esto ejerce una presión social hacia la demanda de estos servicios, a lo cual se suma las mismas presiones de una oferta producto de una organización fragmentada y segmentada de los servicios de salud. Todo lo mencionado afecta la capacidad para brindar atención sanitaria continua, oportuna e integral, generando costos cada vez más elevados y una ineficiente asignación de los recursos en el sistema.

La situación de Ecuador no es aislada. En la región la sostenibilidad en la salud comienza a ser un tema generalizado por razones como la eficiencia de los recursos, los costos de oportunidad y la sostenibilidad de los logros ya alcanzados. La sostenibilidad del financiamiento depende básicamente de dos componentes. El primero es aumentar el espacio fiscal para la salud. El espacio fiscal hace referencia a la capacidad del Gobierno a asignar recursos presupuestarios adicionales para la RPIS sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos

que son socialmente necesarios. El segundo componente es la generación de mecanismos estables de financiamiento para la salud. La idea es cambiar una norma social en el Ecuador y hacer que todos los ecuatorianos se sientan corresponsables de mantener un sistema sanitario de calidad. La RPIS debe brindar servicios de salud integrales de calidad cuando lo necesiten, como un solo cuerpo. Para ello, el sistema debe asegurar el origen y la fuente de los recursos económicos para que esté en capacidad de cubrir a toda la población y se elimine la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

Los problemas financieros ciertamente se atacan desde la generación de mayores recursos, consolidación de fuentes de financiamiento, pero también y principalmente a través de mejoras en la eficiencia del gasto y logro de ahorros. En este punto es importante anotar que según un informe de la Organización Mundial de la Salud en 2010, las ineficiencias causan entre un 20 a 40% de desperdicios en el gasto total en salud [2].

Al establecer acciones coordinadas entre los diferentes subsistemas, en el primer nivel de atención, se pueden generar ahorros disminuyendo admisiones hospitalarias evitables, readmisiones, atenciones de urgencia y emergencia. Adicionalmente existirían menos costos administrativos por la reducción de procesos de contratación, se incurriría en economías de escala ya que un mayor volumen de compra permite tener un mejor precio y mayor poder de negociación, se generarían ahorros por la disminución de desperdicios de medicamentos caducados, ahorros en el almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos ya que al realizar compras centralizadas solo se requiere una adecuada administración de operaciones. Por ello es central crear una instancia coordinadora nacional de acompañamiento en la gestión técnica a la vez que establece el control técnico necesario para evitar duplicaciones y desperdicios en la atención sanitaria, producto de que varias entidades se encuentren a cargo del financiamiento de las atenciones. Con ello se evita también el tratamiento diferenciado a los beneficiarios de los servicios de salud que actualmente se está experimentando, así como el uso inadecuado de los servicios, especialmente de los de mayor complejidad que son los que generan gastos más elevados, conduciendo de manera técnica al pago por resultados, mecanismo efectivo para corregir ineficiencias, superar la fragmentación del sistema y evitar espacios de corrupción.

f. Composición del presupuesto del MSP

El subsistema de salud financiado por el gobierno a través del MSP, ha tenido una evolución creciente. Sin embargo, debido a las restricciones fiscales en los últimos años tiende a desacelerar fuertemente su crecimiento. En este punto es necesario, a efectos de lograr precisar el gasto efectivo en atención de la salud, realizar un ejercicio de desagregación del presupuesto desde una perspectiva funcional. Con ello se puede encontrar que el presupuesto del Ministerio de Salud Pública no responde únicamente a asegurar el funcionamiento del subsistema de atención más grande del país, sino que a la par incorpora el desarrollo de la rectoría sectorial, esto es la orientación, conducción y normatización de la salud (8%), y además financia el desarrollo de los Programas de Salud Pública (4%) fundamentales para disminuir los riesgos y morigerar los determinantes sociales.

Lo mencionado se traduce al hecho de que una afectación al financiamiento público del MSP —a diferencia de los otros subsistemas— influye no solo a la provisión individual de salud, sino a la provisión colectiva de programas que aseguran el bienestar de toda la población. El meollo del asunto pasa por el hecho de que, en países con una frágil institucionalidad y debilidad técnica y tecnológica, el ejercicio regulatorio se sustenta en mayor grado en la capacidad de financiar el sistema, por lo que al disminuir el presupuesto dicha capacidad podría disminuir también.

En lo que respecta a la composición del presupuesto del MSP, por grupo de gasto, se puede observar en el detalle del devengado 2018, que el mayor porcentaje se destina a personal (60%), seguido de insumos (8,5%) y medicamentos (5,3%), lo cual responde a la lógica que en el sector salud, el talento humano es el recurso prioritario y necesario por excelencia y posiblemente el único imprescindible.

g. Talento Humano en Salud

El Gobierno, a través del MSP destinó para 2018 alrededor de USD 1700 millones para Talento Humano, lo cual representó alrededor del 60% del presupuesto devengado de ese año. Un análisis tendencial señala que, durante la última década, el promedio de recursos presupuestado destinando a talento humano ha fluctuado entre el 56% y el 68% del total.

Bajo la premisa de que para que un Sistema Nacional de Salud funcione, el talento

humano en salud debe ser receptivo, equitativo y eficiente; en función de las circunstancias y recursos existentes es importante entender que, en términos económicos, un SNS está sujeto a una restricción presupuestaria que debe permitir que el número de personal asistencial en los establecimientos de salud sea suficiente y esté disponible [2], sin que esto ponga en riesgo su sostenibilidad financiera.

El crecimiento y desarrollo del ámbito sanitario depende básicamente de una fuerza de trabajo apropiada, personal calificado, con competencias adecuadas, ya que el esfuerzo que imprimen los trabajadores impactará directamente en los resultados por la política pública. Dussault afirmaba que los costos económicos y humanos, de tener pobres recursos humanos en salud, son particularmente altos en el sector salud a consecuencia de que la eficiencia, eficacia y desempeño depende básicamente de quien provee el servicio, en este caso el personal asistencial directamente [2].

El MSP como ente rector asume la tarea de promover los servicios de salud mediante la repotenciación y creación de nuevos establecimientos de salud y con ello la incorporación de nuevo personal cualificado y preparado, en número suficiente para brindar una atención oportuna de calidad, tal y como lo dispone el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) [2]. El MAIS al institucionalizarse en 2012 enfatiza en generar un cambio del enfoque de la salud pública hacia la atención primaria en salud y con ello un cambio desde lo curativo hacia lo preventivo, lo cual impacta directamente en la forma en que las personas son atendidas en los establecimientos de salud, ya que se estableció una nueva cartera de servicios en función a la también nueva tipología de los establecimientos de salud, logrando una adaptación de los perfiles asistenciales necesarios para cubrir las nuevas vacantes generadas, dando paso a una reconfiguración total del servicio.

En este punto es importante desde el punto de vista económico entender la organización sanitaria como una organización productiva. Es decir, los servicios están integrados por centros de producción que generan procesos productivos con criterios de análisis cuantificables y medibles, que se clasifican en: 1. Servicios Finales y de apoyo asistenciales; 2. Servicios de Apoyo o Complementarios.

En 2019 el número de personas empleadas a nivel de hospitales generales, de especialidad y especializados es de alrededor de 31 mil servidores públicos entre Servicio Asistencial, Apoyo Asistencial, Apoyo Complementario, Apoyo Administrativo, Apoyo Logístico y Jerárquico Superior. Un rápido análisis institucional señala que el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo es el que tiene la mayor cantidad de personas empleadas (2.036), seguido por el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón (1.697) y Pediátrico Francisco Icaza Bustamante (1.352). Al analizar la

composición del talento humano en cada una de las tipologías de hospital, se puede observar que esta es similar. Así el tema asistencial se lleva la mayor parte del talento humano (médicos, odontólogos, obstetras, psicólogos y terapeutas) y oscila entre el 20,5% - 26,9%. Por otro lado, el personal dedicado a servicios de apoyo asistencial (enfermería) varía entre el 32,7% - 37,5%. El apoyo administrativo oscila entre el 21% -28%.

Por otro lado, si se pone en perspectiva la distribución geográfica de hospitales públicos de Especialidades, Especializados y Generales, se refleja un resultado bastante intuitivo relacionado con que aquellas provincias con mayor densidad poblacional más recursos humanos en salud. Guayas, Pichincha y Manabí concentran más personal asistencial especializado que el resto de las provincias. El resto de las provincias evidencian una distribución bastante homogénea. Según datos de la Encuesta de Recursos y Actividades en Salud del INEC, entre 2000 y 2016 la tasa de médicos mantiene una tendencia creciente y se incrementa en aproximadamente 12 puntos porcentuales, es decir que para el 2016 hay 21 médicos por cada 10.000. La siguiente ilustración muestra la existencia de profesionales de la salud a nivel nacional, sin embargo, persiste una brecha de profesionales requeridos en las unidades operativas a nivel nacional.

En los últimos años, el sector salud ha sufrido varias modificaciones en lo que respecta a la determinación de sueldos y salarios, el hecho más significativo en esta materia fue el acercamiento —que solamente se logró en los primeros años de la década— entre los diferentes subsistemas financiados desde el Gobierno, con base en un esquema financiado por impuestos, y el subsistema de seguridad social financiado por contribuciones; en los dos casos ambas fuentes provenientes en mayor medida de los hogares y empleadores. Sin embargo, anclado en una falsa percepción de disponibilidad de recursos, pronto los salarios de la seguridad social tendieron a diferenciarse, en el afán de captar una mayor cantidad de talento humano para ese subsistema. Si tomamos en cuenta que los salarios son un elemento primordial en la atención de la salud, así como también la satisfacción personal en torno a la realización profesional, productividad e incentivos que estos puedan generar en los profesionales de la salud [2], es claro que contar con un nivel de salarios competitivo en el sector público podría garantizar que los médicos presten sus servicios públicos y con ello se garantiza la seguridad sanitaria nacional. De continuar la tendencia, no será el caso ecuatoriano.

En cuanto a la masa salarial, el Ministerio de Salud Pública destina un total de USD 623,2 millones de dólares anuales para mantener en funcionamiento estos tres tipos de hospitales. El gasto administrativo como porcentaje del gasto total oscila entre

12,72% y el 18,49% incrementándose de acuerdo a la complejidad del hospital.

h. Medicamentos y Dispositivos Médicos

Históricamente, por su naturaleza, el servicio de salud conllevó una mayor carga en el concurso del talento humano. No obstante, la cuarta revolución industrial por la cual estamos atravesando, propicia por primera vez la posibilidad de revertir esa relación y balancear el presupuesto hacia la compra de dispositivos médicos o fármacos innovativos, que constituyen una ruptura tecnológica con el pasado, antes que incrementar la inversión en talento humano.

El cambio tecnológico actual representa también el crecimiento de los recursos invertidos en nuevas tecnologías¹⁰. Así, solamente el Gobierno a través del MSP destinó para 2018 alrededor de USD 150 millones para medicamentos y USD 241 millones para dispositivos médicos, lo cual representó alrededor del 5,3% y 8,5 % del presupuesto devengado de ese año, respectivamente, y sumados alrededor del 14 % [2]. Rubros inéditos en décadas previas.

Es importante matizar que, aunque existe crecimiento en la participación de tecnologías sanitarias como medicamentos y de dispositivos médicos, también existe una disputa de recursos dentro de un presupuesto limitado, sin embargo, es claro que la primacía del ítem presupuestario de talento humano, cede espacio a las necesidades de contar para su desempeño con capacidad diagnóstica o farmacológica adicional.

i. Costo de oportunidad de la compra de medicamentos de alto impacto financiero en el Ecuador

En el contexto mencionado, no podemos dejar de señalar un aspecto que influye en el manejo de tratamiento, y es el considerar que la RPIS utiliza los medicamentos que se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), puesto que estos son los que se financian desde el Gobierno ecuatoriano. Esto es más claro cuando se produce una tensión para tratar enfermedades raras, para las cuales no se han desarrollado o incluido medicamentos en el CNMB, donde se vuelve muy costosa

la innovación relacionada al tratamiento de la misma, y donde desde diversos espacios se requieren nuevos medicamentos que introducen presiones financieras por el lado de la demanda —hogares o médicos prescriptores— para su inclusión (financiamiento), que finalmente pesa sobre las decisiones de adquisición de los administradores de recursos de atención de salud.

Es claro también que el incremento anual en el presupuesto no necesariamente se traduce en el crecimiento proporcional de todos sus componentes. De tal manera que, dependiendo de la composición del gasto en salud, el incremento de uno de estos componentes puede traducirse en la disminución de los recursos destinados para los demás. Asimismo, el incremento de rubros en un subsistema genera presiones en los otros subsistemas públicos y/o privados, puesto que el agotamiento de ciertas partidas como las de medicamentos o dispositivos médicos, hace que la población demande su atención, aun en aquellos en los cuales no posee titularidad. Específicamente en el caso de medicamentos, la inclusión de un medicamento cuyo precio sea superior a la media del costo de los medicamentos esenciales, reducirá el presupuesto en medicamentos restante. Esto podría ocasionar que no se puedan comprar otros medicamentos esenciales de alta calidad, seguros, eficaces y asequibles. Considerando que adquirir este tipo de medicamentos es una de las bases para el correcto funcionamiento de los sistemas de salud, el no contar con estos medicamentos podría afectar los resultados de salud, que buscan lograr una cobertura universal. O en su lugar, se podrían realizar recortes para otros programas de salud pública¹¹.

Los cambios demográficos, en particular el envejecimiento de la población con aumentos en la prevalencia de enfermedades crónicas, exacerba el problema del acceso a la salud. El conflicto entre, por un lado adquirir medicamentos de alto impacto financiero y, por otro lado, los presupuestos limitados de medicamentos es una fuente constante de tensión política. Aunque negar el tratamiento es una cuestión bastante polémica, es necesario también analizar esta situación desde la perspectiva de salud pública y realizar evaluaciones económicas, tales que permitan utilizar evidencia robusta para recomendar o no su utilización, además de cuantificar el valor de una innovación, para realizar comparaciones entre diferentes áreas de enfermedades y facilitar las decisiones.

Este último escenario en particular, más frecuente de lo esperado, no estaría promoviendo el aseguramiento del derecho a la salud para el resto de la población, puesto que la incorporación de estos nuevos medicamentos representarán varios cientos de millones de dólares adicionales por pocos pacientes, con pobres desenlaces la mayoría de las veces, que no inciden en mejorar la calidad de vida,

tampoco en alcanzar la remisión de la enfermedad y si acaso en obtener pocos meses adicionales de vida a cambio de ingentes presupuestos que se recortan a la mayoría de la población poniendo en riesgo la sostenibilidad de todo el sistema sanitario.

Ante lo mencionado el Gobierno deberá realizar una estimación empírica de los costos de oportunidad que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, y ponderar qué política pública va a impulsar si los beneficios para la salud asociados con las nuevas tecnologías son mayores que la salud que probablemente se perderá en otras partes del sistema.

Conclusiones

En la relación del financiamiento en Ecuador, Gobierno 51% y Hogares 49%, estimada por la OMS en 2016, parece haber incentivos para acentuar el porcentaje de participación de estos últimos en los años venideros. Así, el bajo o negativo crecimiento de la economía previsto para 2019 y 2020, en aras del equilibrio fiscal y de no mediar un mayor entendimiento por parte del Gobierno sobre el rol de la salud en el crecimiento económico del país, estimulará posiblemente incluso un cambio en dicha relación, a favor de una todavía mayor proporción del aporte de los hogares en el financiamiento de la salud.

Aunque el rubro presupuestario de Talento Humano sigue siendo todavía el más importante, medicamentos e insumos médicos han incrementado de manera notable su crecimiento, cambiando el relacionamiento tradicional, y poniendo severos retos en el ámbito financiero del sector salud; mismos que los administradores de recursos sanitarios deberán sortear. Actualmente, para la toma de decisiones es necesario tomar en cuenta además de los muchos aspectos financieros, los costos de oportunidad, y decidir si el reconocer las necesidades de unos cuantos es un argumento lo suficientemente sólido para justificar la afectación de la mayoría a quienes se les restringirá los programas de salud pública.

La existencia de un financiamiento bicéfalo, con severos problemas de eficiencia en los subsistemas prestacionales de salud públicos, especialmente el de la seguridad social, sumado a la inexistencia de controles efectivos sistémicos en general, es insostenible y lleva al colapso generalizado de la prestación pública. De no instaurarse de manera urgente una instancia que pueda realizar el acompañamiento técnico de los subsistemas administradores de recursos para adquirir prestaciones de salud, y la

posibilidad de controles técnicos efectivos en la gestión de los recursos, no cambiarán las racionalidades institucionales capturadas por grupos rentistas.

Finalmente, de lo analizado se desprende que es necesario definir un solo modelo de financiamiento, sea este basado en impuestos fiscales, financiado desde el Gobierno a través de impuestos, o sea este un esquema basado en un seguro social contributivo único, fincado en contribuciones personales, patronales y gubernamentales. Desde una perspectiva técnica el mejor negocio para Ecuador, si quiere guardar progresividad en los aportes, rentabilidad de las inversiones realizadas, una burocracia profesional más eficiente y menos cara y una cultura institucional de carácter nacional; la balanza se inclina hacia la consolidación de un Sistema Nacional de Salud. Considerar establecer un solo modelo público es quizás la medida que, políticamente fuerte, será la única que pueda resolver el complejo problema de financiamiento del sector salud en Ecuador, presente y futuro.

Notas al pie del capítulo:

¹ En términos demográficos se considera como Ventana de oportunidad, a aquel período en el cual la población joven es todavía proporcionalmente más grande que la adulta mayor.

² EE.UU. (17,07%), Canadá (10,5 %), UK (9,8%), Francia (11,5%), Suiza (12,2%).

³ Si bien esta cifra puede parecer muy baja, puesto que usualmente la literatura estima como un estándar la generación de cinco empleos indirectos por uno directo, el estudio de Durán Lima y Castresana, permite realizar inferencias sectoriales más precisas, que de acuerdo a estimaciones propias resultarían en que para salud las cifras son de 1 directo por 2,04 indirectos.

⁴ Integralidad se refiere a desarrollar acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios (de manera integrada y continua) en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud.

⁵ En este artículo se comprende en un sentido clásico económico a los hogares como a las familias y las empresas de una sociedad.

⁶ Un Bien Público es aquel que tiene dos propiedades básicas: no cuesta nada que otra persona más disfrute de sus ventajas es decir tiene un coste marginal nulo y es difícil o imposible impedir que se disfrute del bien público. El mercado o bien no suministra los bienes públicos puros, o bien no los suministra en una cantidad suficiente.

⁷ National Health System, más conocido como modelo Beveridge es uno de los dos modelos icónicos o referentes de cómo se organiza el financiamiento en salud en un país. Este modelo basa la titularidad del derecho (al servicio de salud) en la ciudadanía, y se fondea a partir de los impuestos de ciudadanos y recursos del estado. Inglaterra es el país representativo de este tipo de arreglos financieros para salud.

⁸ National Insurance System, conocido como modelo Bismarckiano es el otro modelo referente y se basa en la titularidad del derecho basado en la afiliación laboral, suponiendo que toda la

población se incorporará al mercado laboral, desde donde podrán realizar contribuciones para la seguridad social.

⁹ La RPIS nace de la Constitución de la República, a la par de refrendarse con un Convenio firmado por todos los subsistemas en 2012. Tiene como objeto establecer mecanismos de articulación entre instituciones públicas prestadoras y aseguradoras de salud para complementar la cobertura de servicios nacional.

¹⁰ Entendemos como tecnología sanitaria a la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida. Resolución WHA60.29 Asamblea Mundial de la Salud, mayo 2007.

¹¹ Los programas de salud pública son aquellos que se ocupan de la atención de problemas que afectan a la colectividad y que por su alto impacto de contagio, complejidad diagnóstica o de tratamiento o magnitud en la carga de enfermedad, no pueden tratarse solo de manera individual, sino a través de una estrategia de control y prevención a nivel nacional y centralizada, en la mayoría de los casos necesariamente gubernamental.

Capítulo 7: Del Gasto al Desempeño: Medición y Mejora de la Productividad del Sistema de Salud

La identificación de la ineficiencia en el gasto sanitario es un primer paso crítico, pero insuficiente. Para avanzar hacia una reforma efectiva, es imperativo pasar del diagnóstico a la acción, lo que requiere herramientas capaces de medir y gestionar el desempeño del sistema. Este capítulo se centra en un avance metodológico fundamental para Ecuador: el desarrollo de indicadores de productividad que permiten evaluar la eficiencia del gasto a nivel de los establecimientos de salud, ofreciendo una vía concreta para optimizar el uso de los recursos existentes.

El análisis se basa en el informe "Eficiencia del Gasto Público en Salud en Ecuador: Situación Actual y Opciones de Política" del Grupo Banco Mundial, un estudio pionero para el país [7, 8]. La contribución más significativa de este trabajo fue "integrar, por primera vez, los datos de gasto con los datos de producción, permitiendo calcular indicadores de productividad a nivel establecimiento de salud" [7]. Esta metodología supera los análisis tradicionales de gasto al conectar los insumos financieros (especialmente el gasto en nómina) con los productos del sistema (servicios de salud prestados). Al hacerlo, se puede comenzar a responder una pregunta fundamental: ¿cuánta salud se está comprando con cada dólar invertido?

La estrategia metodológica consistió en construir indicadores compuestos de la producción de servicios a nivel de cada establecimiento del MSP, utilizando los

registros administrativos de atenciones. Estos indicadores de producción se vincularon luego con los datos de gasto en nómina para cada establecimiento, lo que permitió "indagar el grado de eficiencia en la asignación del personal" [7]. Los resultados de este análisis, presentados a través de histogramas, mapas y curvas de productividad, revelaron una enorme variabilidad en el desempeño entre establecimientos, incluso dentro del mismo nivel de atención y en la misma provincia [7]. Esta variabilidad es la evidencia más clara de la existencia de ineficiencias significativas y, a la vez, de oportunidades de mejora.

Para facilitar la utilización de estos hallazgos por parte de los gestores y responsables de políticas, el estudio se acompañó del desarrollo de una aplicación web interactiva. Esta herramienta permite "visualizar y analizar los indicadores con un enfoque geográfico" [7], transformando los datos brutos en información procesable. Un gerente de salud distrital, por ejemplo, podría utilizar esta herramienta para identificar rápidamente los centros de salud que son atípicos, ya sea por su alta productividad (potenciales modelos de buenas prácticas) o por su baja productividad (unidades que requieren investigación y apoyo). La siguiente tabla simula el tipo de información que un tablero de control de este tipo podría proporcionar, haciendo tangible el concepto de gestión basada en la productividad.

Tabla 7.1: Ejemplo de Tablero de Productividad para Centros de Salud Primaria del MSP

Provincia	Nombre del Establecimiento	Nivel de Atención	Gasto Anual en Personal (USD)	Índice de Producción de Servicios	Costo por Unidad de Producción (USD)	Clasificación de Productividad (Nacional)
Pichincha	Centro de Salud A	Primer Nivel	500,000	25,000	20.00	Promedio
Guayas	Centro de Salud B	Primer Nivel	480,000	16,000	30.00	Baja
Azuay	Centro de Salud C	Primer Nivel	520,000	37,142	14.00	Alta
Manabí	Centro de Salud D	Primer Nivel	700,000	28,000	25.00	Baja

Pichincha	Centro de Salud E	Primer Nivel	450,000	28,125	16.00	Alta
-----------	-------------------	--------------	---------	--------	-------	------

Nota: Esta tabla es una simulación con datos hipotéticos para ilustrar el concepto de los indicadores de productividad descritos en el informe del Banco Mundial [7]. El "Índice de Producción de Servicios" es un valor compuesto que pondera diferentes tipos de atenciones. El "Costo por Unidad de Producción" se calcula dividiendo el gasto en personal por el índice de producción.

Es crucial manejar estas herramientas con la debida cautela. Como advierte el propio informe, los datos administrativos no siempre representan una visión completa de la producción de servicios, y la interpretación de los indicadores debe hacerse "con el debido grado de cuidado y revisión caso por caso" [7]. No son instrumentos para aplicar recortes presupuestarios de manera indiscriminada, sino para iniciar un diálogo de gestión informado. Su valor reside en su capacidad para pasar de una crítica generalizada sobre la "ineficiencia" a una identificación específica de dónde residen los problemas y las oportunidades, sentando las bases para una asignación de recursos más racional y una mejora continua del desempeño del sistema.

Capítulo 8: Forjando un Nuevo Camino: Recomendaciones de Política para un Sistema de Salud Sostenible y Equitativo

El análisis exhaustivo de la estructura, financiamiento y gobernanza del sistema de salud ecuatoriano revela un conjunto de debilidades estructurales interconectadas que socavan su sostenibilidad, eficiencia y equidad. Superar estos desafíos requiere más que ajustes incrementales; exige un conjunto de reformas audaces, basadas en la evidencia y políticamente conscientes, diseñadas para abordar las causas raíz de los problemas. Este capítulo final sintetiza los hallazgos del informe en un conjunto de recomendaciones de política coherentes y procesables.

1. Resolver el "Financiamiento Bicéfalo": Hacia un Modelo Único de Financiamiento Público
La recomendación más fundamental, que se deriva directamente del análisis de la arquitectura del sistema, es la necesidad de definir y transitar hacia un solo modelo de financiamiento público [2]. La coexistencia de un sistema basado en impuestos (MSP) y otro en contribuciones (seguridad social) es la fuente principal de la fragmentación, la competencia por recursos, las inequidades y la ineficiencia. Desde una perspectiva técnica, la consolidación en un Sistema Nacional de Salud único, financiado progresivamente a través de impuestos generales, ofrece las mayores ventajas en términos de equidad, eficiencia

administrativa y rentabilidad de las inversiones públicas. Esta reforma implicaría una redefinición del rol de las instituciones de seguridad social, integrando sus funciones de financiamiento y prestación en un marco nacional unificado. Si bien es una medida políticamente compleja, es la única que puede resolver de raíz el "complejo problema de financiamiento del sector salud en Ecuador, presente y futuro" [2].

2. Establecer una Autoridad Nacional de Gobernanza y Regulación Sanitaria

Para superar el vacío de gobernanza que permite la operación descoordinada y la ineficiencia, es crucial crear una nueva agencia nacional, técnicamente competente y con un grado significativo de autonomía política. Esta entidad no reemplazaría al MSP en su rol rector, sino que asumiría funciones de regulación y control técnico que actualmente están ausentes o dispersas. Sus responsabilidades clave incluirían:

- **Supervisión Financiera Sistémica:** Ejercer el control técnico sobre los flujos financieros de todos los subsistemas públicos, asegurando la rendición de cuentas y la eficiencia del gasto.
- **Armonización de Políticas de Recursos Humanos:** Desarrollar y hacer cumplir una política nacional unificada de remuneraciones, contratación y asignación de personal para todo el sector público de la salud, con el fin de eliminar las disparidades y despolitizar la gestión del talento humano.
- **Institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS):** Crear y gestionar un proceso de ETS formal, transparente y basado en evidencia para guiar las decisiones de cobertura de medicamentos, dispositivos y procedimientos de alto costo, asegurando que las decisiones de financiamiento maximicen el valor para la salud de la población.
- **Gestión de la Compra Estratégica:** Asumir la función de compra estratégica para toda la Red Pública Integral de Salud, utilizando el poder de compra consolidado del Estado para negociar mejores precios y condiciones, y para alinear los incentivos de los proveedores con los objetivos de salud pública.

3. Fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) mediante Financiamiento Basado en el Desempeño

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ecuador prioriza la Atención Primaria como la puerta de entrada y el eje del sistema [7]. Para que esta visión se materialice, los mecanismos de financiamiento deben alinearse con sus objetivos. Utilizando los indicadores de productividad desarrollados y analizados en el Capítulo 7 [7], se deben diseñar e implementar nuevos esquemas de pago que recompensen la eficiencia, la calidad y el logro de metas de salud pública a nivel de la APS. Esto podría incluir pagos por capitación ajustados por riesgo y desempeño, o bonificaciones por el cumplimiento de indicadores de prevención y promoción. Este enfoque cambiaría el incentivo de simplemente gastar el presupuesto a lograr resultados de salud concretos, reforzando el cambio de un modelo curativo a uno preventivo.

4. Institucionalizar la Transparencia y la Rendición de Cuentas para Mitigar la Influencia

Indebida

La confianza pública y la legitimidad del sistema de salud dependen de la transparencia en la toma de decisiones y de la existencia de mecanismos robustos de rendición de cuentas. La evidencia sobre la creciente influencia de actores corporativos en la política de salud y nutrición en Ecuador [9, 10] subraya la urgencia de esta recomendación. Se deben implementar políticas claras para gestionar los conflictos de interés en todos los órganos asesores y de toma de decisiones. Todas las alianzas público-privadas deben registrarse por principios de máxima transparencia, con divulgación completa de los términos y acuerdos. Estos mecanismos son esenciales para salvaguardar el interés público y garantizar que las políticas de salud se formulen con el único propósito de mejorar el bienestar de la población, en línea con los principios de buena gobernanza y responsabilidad (accountability) que son fundamentales para cualquier sistema de salud de alto desempeño [2].

En conjunto, estas recomendaciones ofrecen una hoja de ruta para transformar el sistema de salud de Ecuador, pasando de un modelo fragmentado y reactivo a uno integrado, proactivo y sostenible, capaz de garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos.

Works cited

1. Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador | Íconos, accessed June 28, 2025, <https://iconos.flacsoandes.edu.ec/index.php/iconos/article/view/3070/2712>
2. (PDF) El Financiamiento de la Salud en Ecuador Funding health in ..., accessed June 28, 2025, https://www.researchgate.net/publication/337085770_El_Financiamiento_de_la_Salud_en_Ecuador_Funding_health_in_Ecuador
3. Plan_decenal_Salud_2022_ejec, accessed June 28, 2025, https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf
4. Resolución No. 1035 de 2022 - Ministerio de Salud y Protección Social, accessed June 28, 2025, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
5. Perfil de país - Ecuador | Salud en las Américas, accessed June 28, 2025, <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
6. Informe sobre la salud en el mundo - World Health Organization (WHO), accessed June 28, 2025, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf
7. EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN ECUADOR ..., accessed June 28, 2025, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/839591592210457716/pdf/Informe-Principal.pdf>
8. Eficiencia del Gasto Público en Salud en Ecuador : Situación Actual y Opciones de Política (Vol. 1 of 2) : Informe Principal - World Bank Documents and Reports,

accessed June 28, 2025,

<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/839591592210457716/null>

9. On conflicts of interest, transparency, and accountability of private actors influencing national health policy: authors' reply to Morejón-Terán - ResearchGate, accessed June 28, 2025, https://www.researchgate.net/publication/378101780_On_conflicts_of_interest_transparency_and_accountability_of_private_actors_influencing_national_health_policy_authors_reply_to_Morejon-Teran
10. (PDF) On conflicts of interest, transparency, and accountability of private actors influencing national health policy: authors' reply to Morejón-Terán - ResearchGate, accessed June 28, 2025, https://www.researchgate.net/publication/377926457_On_conflicts_of_interest_transparency_and_accountability_of_private_actors_influencing_national_health_policy_authors_reply_to_Morejon-Teran