Gasto Público en SALUD

Progresivo?

Regresivo?

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

SECRETARIA TÉCNICA DEL FRENTE SOCIAL

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

MEASURE Evaluation

Dr. Alfredo Palacio González
Presidente Constitucional de la República

Dr. Rubén Barberán Torres
Ministro de Bienestar Social

Econ. Pablo Salazar
Secretario Técnico del Frente Social

Equipo de Investigación
Gustavo Angeles, Ph.D
Antonio Trujillo, Ph.D
Alexandra Lastra, MD

Instituciones auspiciantes:

USAID
USAID/Quito
Unit 5330
APO AA 34039-3420
Tel: 593-22-23-21-00
Fax: 593-22-22-37-01
www.usail.gov/ec/

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
CB 8120, 123 W. Franklin St.
Chapel Hill, NC 27516, USA
Telefono: 919-966-7482;
Fax: 919-966-2391
Web: http://www.cpc.unc.edu/measure/

Secretaría Técnica del Frente Social
Santa María E4-333 y Amazonas
Edificio Tarqui, 6to piso
Casilla postal: 1716158,
Quito, Ecuador
Teléfono: 593-22-23-17-50
Fax: 593-22-90-91-89
Web: www.frentesocial.gov.ec

Edición
Julio Oleas

Diseño gráfico e impresión
Imagine Comunicación Gráfica

Quito, mayo de 2006

ECUADOR:
GASTO PÚBLICO EN SALUD
¿PROGRESIVO O REGRESIVO?

Gustavo Angeles, Ph.D.

Department of Maternal and Child Health, University of North Carolina at Chapel Hill

Antonio J. Trujillo, Ph.D.

College of Health and Public Affairs, University of Central Florida, Orlando, FL

Alexandra Lastra, MD.

Secretaría Técnica del Frente Social, Quito, Ecuador

Mayo de 2006

Este estudio se realizó con fondos proporcionados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de MEASURE Evaluation el cual es un Acuerdo Cooperativo entre USAID y el Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (GPO-A-00-03-00003-00). Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente las opinions de USAID o del gobierno de los Estados Unidos.

PRESENTACIÓN

La disminución de la pobreza y la desigualdad es uno de los principales objetivos de las naciones en vías en desarrollo. En Ecuador, las recientes políticas económicas y sociales se han orientado en esta línea. En el área específica de la salud, las reformas emprendidas han buscado los mayores impactos de la inversión en los grupos vulnerables y la maximización de la eficiencia en el uso de recursos.

El estudio sobre la progresividad – regresividad del gasto público en salud en Ecuador evalúa el cumplimiento de estas metas. Se trata de determinar si han sido los individuos "más pobres" de la sociedad quienes han recibido los mayores beneficios de los recursos destinados al sector. Desde esta perspectiva, el estudio ha sido una oportunidad para adentrarse en la lógica del funcionamiento del sistema de salud ecuatoriano, y buscar mejores opciones en términos de la efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Mas aún, el análisis de la incidencia del beneficio ha sido llevado a un nivel detalle del gasto público en salud que incluye la desagregación del gasto corriente y de inversión a nivel provincial y por tipo de prestador de servicios, superando varias limitaciones de estudios anteriores asociadas a la disponibilidad de este tipo de información para el Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino. Los resultados de este esfuerzo son valiosos para la gestión de la política social en Ecuador pues proporcionan a los hacedores de política luces para la toma de decisiones con mayor impacto.

Dr. Rubén Barberán Torres
Ministro de Bienestar Social

ECUADOR: GASTO PÚBLICO EN SALUD ¿PROGRESIVO O REGRESIVO?[1]

RESUMEN

Por medio de la aplicación del Benefit Incidence Analysis (BIA), se evalúa la regresividad o progresividad del gasto público en salud en Ecuador. La aplicación de esta metodología a las fuentes utilizadas permite superar
limitaciones de análisis anteriores realizados en países en vías de desarrollo. En primer lugar, se elabora un marco que admite cuantificar los gastos totales -operacionales y administrativos- con proveedores de servicios de salud del gobierno central, de acuerdo a su nivel de actividad. Este estudio tiene la ventaja de usar una encuesta de salud aplicada a hogares en la cual el consumo individual de servicios médicos puede asociarse a un proveedor de salud específico. Asimismo, la información de la encuesta permite obtener dos ordenamientos del status económico de los usuarios, uno usando el consumo por unidad de adulto equivalente y otro usando un índice sobre la disponibilidad de bienes durables en el hogar. Los resultados sugieren que el gasto del Ministerio de Salud Publica es progresivo, mientras que el del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es regresivo. También se proponen opciones de política que mejorarían la eficiencia y equidad de este tipo de gastos.

[1]Las opiniones presentadas en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de sus autores y en ningún momento representan las posiciones oficiales de las entidades en las cuales prestan sus servicios.

I. Introducción

En la actualidad existe consenso en que el gasto en salud, al igual que el gasto en educación, promueven el desarrollo del capital humano, lo cual a su vez acelera el crecimiento económico. Sólidas evidencias empíricas para países desarrollados y en desarrollo apoyan esta relación, que también se da en el sentido contrario: una mayor riqueza contribuye a mejorar la calidad del capital humano disponible en un país.[2] Estas variables se refuerzan de manera dinámica en ambas direcciones.[3] El mejoramiento del capital humano mediante inversiones en salud afecta al crecimiento en múltiples formas. Personas más saludables tendrán oportunidades de empleo mejores y más productivas; podrán invertir mejor su tiempo y recursos en educación; y, por último, tendrán una vida productiva más larga y con menos interrupciones.

Debido a las ganancias derivadas de las inversiones en salud es común que los gobiernos intervengan directa o indirectamente, sea regulando las actividades, financiando el sector o produciendo por sí mismos servicios médicos. Más aún, las fallas del mercado –como la presencia de externalidades, información incompleta, producción monopolizada de algunos servicios y servicios médicos que se constituyen en bienes públicos puros– también justifican la intervención del Estado.[4] El debate hoy en día ya no es acerca de la pertinencia de la participación de los gobiernos en la provisión de servicios de salud; en la actualidad la pregunta pertinente es cómo deben intervenir para incrementar la eficiencia y equidad de sus acciones y decisiones.

En países en desarrollo los elevados niveles de pobreza y de desigualdad en la distribución de los ingresos hacen que la preocupación no solo sea aumentar la efectividad del gasto social del gobierno, sino cómo llegar a los sectores más pobres de la población. El gasto en salud es visto como una herramienta crucial del gasto social, indispensable para combatir la pobreza.

[2] Mayer, D., H. Mora, R. Cermeno, A Barona y S. Duryeau (2000), "Health, Growth, and Income Distribution in Latin America and the Caribbean: A study of the determinants and regional and local behavior", Working Paper, Pan American Health Organization, Washington D.C.

[3] Pritchett L, y L. Summers (1996), "Wealthier is Healthier", **Journal of Human Resources**, 31 (4), pp. 841-868.

[4] Para mayor detalle de los fracasos del mercado en el sector salud, ver Zweifel, P y F. Breyer (1997), **Health Economics**, Oxford University Press, New York, Oxford.

En la actualidad los gobiernos han empezado a utilizar técnicas más sofisticadas de análisis costos/beneficio, incorporando variables que miden la equidad en distintos aspectos de sus intervenciones en el sector salud. Un problema en la evaluación de las decisiones de gasto público es la ausencia de precios que reflejen la disposición de los consumidores a pagar por los servicios.

La inexistencia de precios hace difícil cuantificar los beneficios recibidos por los consumidores del gasto público y, por lo tanto, improcedente el uso de técnicas tradicionales de costo/beneficio para evaluar a los beneficiarios del gasto. Junto a la falta de señales de mercado apropiadas, el uso de impuestos para financiar los programas complica más las decisiones públicas y hace indispensable emplear metodologías que permitan valorar con cierta precisión las consecuencias de corto y largo plazos de las inversiones públicas, en particular, su impacto para mejorar la vida de los grupos más vulnerables de la población.

Para resolver el problema de la ausencia de precios que reflejen la valoración individual de los servicios suministrados por el gobierno, en la literatura se pueden identificar dos métodos.[5] El primero, llamado *Contingent Evaluation Approach,* usa complejas encuestas para recolectar información –directa o indirecta– de cómo valoran los consumidores los servicios públicos de salud. Por ejemplo, cuánto estaría una persona dispuesta a sacrificar, o a pagar, por tener un servicio de determinada naturaleza. La elevada demanda de datos requerida por esta metodología ha impulsado el uso de una segunda alternativa, el *Benefit Incidence Analysis Approach (BIA),*[6] que combina información sobre los costos financieros de la provisión de servicios de salud con información sobre las características socio-económicas de los consumidores de los mismos. En esencia, se busca evaluar cómo se ha distribuido el gasto de salud entre los distintos tipos de consumidores de los servicios. A diferencia del tradicional enfoque costo/beneficio, que trata de determinar si los beneficios marginales compensan los costos marginales, el BIA busca evaluar a quién beneficia el gasto público en términos promedio. El BIA no solo considera elementos de eficiencia, sino también elementos de equidad en la asignación de recursos.

[5] Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demry y K. Mehra (1999), "Public Social Spending in Africa: Do the Poor Benefit?", The World Bank Research Observer, 14:1, pp.49-72.

[6] Es usual que se cite el trabajo de Aaron y McGuire (1970) para presentar las ideas que originaron el BIA. La literatura considera el estudio de Meerman (1979) en Malasia como la primera aplicación empírica.

En este estudio se propone analizar a quién ha beneficiado el gasto en salud en Ecuador, usando el enfoque BIA. Para ello se utilizan datos financieros confiables sobre el gasto en salud en 2003 y de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN 2004), la cual es una encuesta de salud de hogares realizada en 2004 que contiene información bastante completa sobre las características socio-económicas de los consumidores de bienes de salud. La alta calidad de los datos empleados permite un análisis detallado del impacto del gasto en salud en la población pobre ecuatoriana. Al mismo tiempo, la información recolectada permite resolver algunas de las limitaciones metodológicas de estudios previos.[7] Sobre este punto se abundará más adelante.

El análisis BIA aplicado en este estudio sigue tres pasos. En primer lugar se estima el gasto en salud realizado por tres entidades del gobierno durante 2003: el Ministerio de Salud Publica (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro Social Campesino (SSC). Estas entidades abarcan alrededor del 95% del gasto público ecuatoriano en salud.[8]

La Tabla 1 presenta el gasto total en salud realizado por estas entidades entre 2000 y 2003. En 2003, de los $ 507,12 millones, 64,1% correspondió al MSP, 33,2% al IESS y el resto, 2,7%, al SSC.[9] Esta cifra representó el 2% del producto interno bruto (PIB) de ese año. Debido a su baja magnitud y a la escasa confianza en los datos existentes, se omite el gasto en salud realizado por otras entidades del sector público. Por lo tanto, el análisis se enfoca al gasto realizado por las tres entidades citadas. Luego de estimaciones que revisten cierto grado de sofisticación, el gasto total de estas entidades fue repartido entre tres tipos de unidades: hospitales, centros de salud y puestos de salud. En las secciones siguientes se explica en detalle la metodología utilizada para distribuir el gasto en salud por tipo de servicio.

[7] Como el de Younger, S., M. Villafuerte y L. Jara (1997), **Incidencia Distributiva del Gasto Público y Funciones de Demanda en el Ecuador: Educación, Salud y Crédito Agrícola del BNF.** FLACSO, Sede Ecuador, Biblioteca de Ciencias Sociales n. 3.

[8] Para mayor detalle del gasto público en salud en el Ecuador, ver Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final Ecuador, 1997.

[9] Dólares corrientes de los EEUU.

Tabla 1
Total gastos de salud ejecutados por el sector público 2000-2003
Millones de dólares

Institución	2000	2001	2002	2003	(%) 2003	% PIB 2003 (c)	Gasto per cápita 2003 (d)
MSP	103,22	188,64	259,00	325,06	64,1%	1,2%	25,66
IESS (a)	56,56	83,62	114,12	168,33	33,2%	0,6%	13,29
SSC (b)	3,77	5,08	7,83	13,72	2,7%	0,1%	1,08
Total	**163,56**	**277,34**	**380,95**	**507,12**	**100,0%**	**1,9%**	**40,03**

Fuente : Ministerio de Economía y Finanzas, IESS, SSC
(a) Incluye el presupuesto administrativo del IESS ponderado de acuerdo a la participación del seguro general de salud dentro del presupuesto total del IESS
(b) Incluye el presupuesto administrativo del IESS ponderado de acuerdo a la participación de las unidades médicas del SSC dentro del presupuesto total del IESS
(c) El PIB del 2003 fue de 26745,83 millones de dólares
(d) La población de referencia del 2003 fue de 12,66 millones de habitantes, de acuerdo a las proyecciones del INEC

En segundo lugar, a partir de la encuesta de hogares se identificó y clasificó a los usuarios –de hospitales, centros de salud y puestos de salud– en función de diferentes medidas de nivel económico. Dada la riqueza de información de esta encuesta, fue posible clasificar a los usuarios de cada tipo de servicio médico empleando el nivel de consumo del hogar por adulto equivalente y un índice obtenido con la información de bienes durables del hogar y de las características de la vivienda.[10] Para cada uno de estos indicadores los individuos fueron agrupados en deciles.

Estos indicadores han sido usados en países en desarrollo como aproximaciones del status socio-económico de los individuos. De hecho, dados los problemas existentes en la recolección de información sobre ingresos laborales individuales, para identificar el status económicos de los usuarios de los servicios médicos se suele usar medidas como nivel de consumo y activos del hogar.

Por último, se calculó el subsidio del gobierno por tipo de proveedor –es decir hospital, centros de salud y puestos de salud– en el MSP, IESS y SSC, y se combinó esta información con la de los usuarios. Esto permitió evaluar si el gasto en salud es progresivo (si beneficia mayormente a los individuos más pobres) o regresivo (si beneficia mayormente a los más ricos). Esta metodología fue aplicada a cada

[10] En este trabajo se usó el análisis factorial ("factor analysis") aplicado a un conjunto de bienes durables y de características de la vivienda. Los resultados fueron muy similares a los obtenidos usando análisis de componentes principales.

entidad y región geográfica, y también se utilizó para discernir el componente de género en los servicios de salud.

Por sus ventajas, el BIA ha sido recomendado por organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros, como instrumento para examinar la eficiencia y equidad del gasto público en países en desarrollo.[11] Sin embargo, la metodología ha sido criticada en dos frentes. En el conceptual, sus supuestos analíticos siguen en debate; y en el empírico, algunas aplicaciones han sido criticadas por el tipo de datos utilizados.

El BIA ha recibido tres críticas fundamentales. La primera, que solo es aplicable a gastos públicos realizados en bienes o servicios de naturaleza privada, es decir, a gastos que se pueden asignar a individuos u hogares. No obstante, por lo general el sector público dedica una parte importante de su presupuesto para financiar servicios que no pueden ser asignados a un individuo o unidad de consumo en particular (como los programas de limpieza del ambiente y el gasto militar). En estos casos el BIA no es aplicable. La segunda, que el análisis de la incidencia del beneficio no incluye la calidad del gasto. Y la tercera, que el BIA solo se ocupa de evaluar el efecto promedio del gasto público en la población, descuidando la riqueza del análisis marginal aplicada a las variaciones del gasto.

El uso del BIA implica una aceptación implícita de estas limitaciones conceptuales desarrolladas por sus críticos.[12] No obstante, en este trabajo se recolecta información que permite superar las limitaciones prácticas notadas en evaluaciones anteriores aplicadas al tema. La calidad y desagregación de los datos utilizados constituye una ventaja de este trabajo. Además, es relevante entender globalmente cómo diferentes tipos de gastos en salud pueden afectar a los más vulnerables. Esto permite discernir, dada la estructura de usuarios detectada, si el gasto en hospitales es más regresivo que el gasto en centros y puestos de salud, por ejemplo.

El análisis está dividido en seis secciones. En la siguiente se describen los principales incentivos prevalecientes en la asignación de recursos en el sector salud ecuatoriano, con el fin de entender cómo

[11] Younger, S. (2003), "Benefit on the Margin: observations on Marginal Benefit Incidence", **The World Bank Economic Review,** vol. 17:1, pp. 89-106.

[12] Ver, al respecto, Besley, T. y S. Coate (1991). "Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income", **American Economic Review**, 81, pp. 979-984; Mahal, A., J. Singh, F. Afridi y V. Lamba (2001), "Who Benefit from Public Health Spending in India", HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington D.C. y Davoodi H.R., E.R. Tiongson y S.S. Asawanuchit (2003). "How useful are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending"; **IMF Working Paper** WP/03/227.

está estructurado el sector y el rol jugado por el gasto del gobierno en el financiamiento y provisión de servicios médicos. La tercera sección describe el gasto en salud del gobierno ecuatoriano en el pasado reciente, con el fin de cuantificar el subsidio recibido por los usuarios de los servicios de salud. La cuarta describe la metodología y los datos utilizados en la investigación. La quinta responde la pregunta crucial de este trabajo: ¿a quién beneficia el gasto en salud en Ecuador? En otras palabras, se evalúa la progresividad o regresividad del gasto público en salud. La sección final presenta las conclusiones e implicaciones de política relevantes.

II. Incentivos predominantes en el sector salud ecuatoriano.

En Ecuador el financiamiento y la prestación de servicios médicos se encuentran a cargo de dos sistemas, uno privado y otro público, los que se encuentran insuficientemente coordinados. El sistema público está constituido por el MSP, el IESS y el SSC, entre sus principales organismos. En lo básico, el MSP ha sido concebido como una red para atender a individuos no afiliados a los seguros médicos, públicos o privados. Los centros del IESS y del SSC operan como una red para atender a sus afiliados. Sin embargo, en la práctica las unidades proveedoras de servicios de salud del MSP también atienden a individuos afiliados a las otras dos entidades.

El gasto público en salud representa alrededor del 51,3% del gasto en salud total; el resto es realizado por organizaciones privadas con o sin fines de lucro (46,2%) y por organizaciones externas (2,5%).[13] El financiamiento de los proveedores públicos proviene principalmente del Presupuesto del Gobierno Central, de la seguridad social (en especial aportes de empleadores) y de otras tarifas específicas. Los proveedores privados se financian con los aportes realizados por las empresas y los hogares, siendo estos últimos tres veces mayores que los primeros. Los recursos de las organizaciones externas pueden tener carácter no reembolsable o reembolsable.

El sistema de salud ecuatoriano es mixto, con incentivos económicos muy similares a los prevalecientes en otros países de América Latina. Históricamente, todas las entidades del sector público

[13] Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final Ecuador, 1997.

han operado en base al presupuesto estatal. Este esquema ha permitido controlar eventuales escaladas de costos. Tradicionalmente, el gasto público en salud no ha superado el 2% del PIB y se calcula que el gasto privado podría alcanzar 1,7% del PIB.

En los últimos años el gasto real per capita en salud ha crecido. Sin embargo, todavía se encuentra por debajo de los niveles prevalecientes en otros países con un grado de desarrollo similar. Este es de alrededor de $ 40 en el sector público (tomando como referencia las tres entidades analizadas), mientras que el gasto privado per cápita se estima en alrededor de $ 34.[14] Según la encuesta de hogares, el monto del gasto privado financiado directamente por los hogares promedia los $ 25.[15]

En Ecuador se han controlado las escaladas de los costos en salud observadas en otras economías, pero esto podría haber ocurrido a costa de la calidad de los servicios prestados. largos tiempos de espera, carencia de equipos e insumos, baja motivación del médico y del personal de apoyo, fraudes en la compra de equipos, son aspectos que podrían reflejar esta disyuntiva.

La presencia de transferencias no atadas a resultados de gestión ha creado incentivos perversos. Cada año el objetivo principal es maximizar los presupuestos o, en el peor de los casos, mantener los niveles de asignaciones precedentes, a expensas del sacrificio de resultados de gestión dentro de la unidad. Los correctivos en las asignaciones presupuestarias son centralizados y retrospectivos. Sin instrumentos de control de costos, los proveedores no pueden relacionar el presupuesto con los niveles de gestión. Este sistema difícilmente permite corregir la inercia de los errores pasados; por el contrario, los acentúa y, lo que es más grave, amplía sus efectos negativos cuando el gobierno enfrenta la necesidad de contraer el gasto.

La rigidez presupuestaria prevalece en los tres niveles de la organización del sistema de proveedores públicos: básico (nivel primario), que incluye los centros de salud a nivel local; centros provinciales (nivel secundario); y centros nacionales especializados (nivel terciario).[16] Esta estructura ha permitido que la mayoría del gasto público en salud se canalice hacia los hospitales del nivel terciario, por lo

[14] La estimación se realizó utilizando una participación porcentual constante del gasto privado de acuerdo a las últimas estadísticas de Cuentas Nacionales.

[15] Sistema Integrado de Gestión Financiera, Ministerio de Economía y Finanzas de Ecuador, 2003; Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final Ecuador, 1997; Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN 2004, Informe Final, octubre de 2005. La encuesta utilizada proporciona mayor detalle sobre el gasto realizado por los hogares según características geográficas, educacionales, laborales y por grupos de edad.

[16] Esta estructura prevalece en el MSP, en el IESS y en el SSC.

general localizados en zonas urbanas.[17] Dado que los individuos con mayores ingresos residen en ciudades, se podría inferir que los mayores beneficiarios del gasto público en salud son los habitantes que disfrutan de mejores condiciones económicas.[18] No obstante, dada la presencia de centros privados, la baja calidad de los servicios públicos y las diversas características poblacionales y de distribución de la pobreza, esta inferencia requiere un análisis más detallado de los usuarios por zonas geográficas. Al mismo tiempo, en las zonas rurales ciertas barreras de acceso a los servicios médicos –como distancia a los centros de atención o costos de transporte– podrían causar que solo personas de mejores condiciones económicas decidan acudir a centros de prestación de servicios médicos. Estas posibilidades ilustran la necesidad de conducir un análisis del tipo propuesto en este trabajo.

Dentro de esta estructura presupuestaria, un factor de particular importancia en el gasto de las unidades de salud es el pago al personal médico y de apoyo. En períodos de restricción fiscal estos gastos han sido difíciles de reducir. La tendencia histórica muestra una participación en el presupuesto casi constante, constituyendo una parte significativa de las erogaciones totales de los centros de producción.[19] De hecho, entre 2000 y 2003 los gastos en personal representaron entre el 60% y el 65% del presupuesto total.

En estas condiciones, las entidades tienen estructuras demasiado rígidas como para adaptarse a nuevos retos y sobrellevar las contracciones fiscales que afectan a la economía. Unido a esto, la vigencia de un sistema de salario fijo diferenciado por actividad, pero fundamentado en la antigüedad, no permite introducir incentivos para incrementar la productividad de los centros. Como la mayoría del personal médico con salarios relativamente más altos se encuentra en centros de nivel terciario ubicados en zonas urbanas, usualmente los presupuestos de esas unidades dominan el gasto público en salud. Todo esto conduce a que los centros de producción médica sean entidades en las que predomina la inercia de comportamientos pasados que se amplifican de año en año. En este ambiente, difícilmente se pueden introducir cambios en los esquemas de gasto, con la intención de redistribuir los beneficios entre los miembros de la población.

[17] Evidentemente, esto se justificaría en la mayor concentración poblacional de las zonas urbanas.

[18] La mayor incidencia de pobreza se encuentra en las zonas rurales. En las zonas urbanas la concentración de la riqueza es mayor. Sin embargo, la concentración de la pobreza también es alta en las zonas urbano-marginales.

[19] Cabe señalar, sin embargo, que a pesar de tener un componente de gasto salarial fuerte y rígido en el presupuesto, todavía es posible encontrar déficit de personal en ciertos centros de atención. Esto no hace más que añadir otra evidencia sobre las dificultades que presenta la administración física y financiera del sistema de salud.

Para financiar los servicios médicos, las entidades han recurrido al uso de tarifas generales y laborales que cubren parte del costo de los servicios médicos. Sin embargo, su aplicación adolece de una planificación orientada a aumentar la eficiencia en el uso de los recursos. Las tarifas más bien han sido la reacción de cada entidad para solventar sus problemas presupuestarios.

En Ecuador, el sector privado juega un rol más importante que en otros países de América Latina. Aproximadamente 46,2% del gasto total en salud se realiza en este sector, que ha sido administrado principalmente a través de proveedores privados de servicios que reciben pagos directos de sus consumidores (31,4%) y, en menor medida, a través de seguros privados como sistemas de medicina prepagada (5,2%) y entidades sin fines de lucro (11,0%).[20] Estos centros proveen servicios de mejor calidad que los de los centros públicos. Sin embargo, la baja capacidad de regulación del gobierno ha permitido un cúmulo de distorsiones. La selección de asegurados en base a su estado de salud, falta de vigilancia en los esquemas de cobertura, la ausencia de control en la fijación de precios en sectores con bajos niveles de competencia entre proveedores son unos cuantos ejemplos de estas distorsiones.

En cuanto a los usuarios, de la encuesta ENDEMAIN 2004 se desprende que más de la mitad de las personas con problemas de salud se automedica o, en el peor de los casos, no realiza ninguna acción para solucionar su enfermedad.[21] Solo el 42% de la población de referencia visita a personal especializado y apenas 15% sigue un tratamiento. En general, básicamente por restricciones como el costo de los servicios, los usuarios más pobres esperan más tiempo antes de acudir a los proveedores de salud y son más propensos a resolver sus problemas médicos en sus casas y recurriendo a la automedicación, antes de acudir a las unidades de salud.

En caso de asistir a recibir atención médica, el número de visitas es menor en los quintiles más pobres que en los quintiles más ricos. Como era de esperar, los consumidores de menores recursos económicos son menos propensos a asistir a centros privados y más propensos a acudir a unidades del MSP. Los consumidores de alto nivel económico tienen más probabilidad de resolver sus problemas en hos-

[20] Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final Ecuador, 1997.
[21] ENDEMAIN 2004, Informe final.

pitales públicos de nivel terciario, o en centros privados (consultorios médicos), en caso de tener seguro de salud. De hecho, el quintil más rico de la población muestral registra los niveles más altos de afiliación a seguros públicos, de manera que las personas de altos recursos económicos también dependen del gasto del gobierno para atender sus problemas de salud.[22]

Por otra parte, si bien la mayoría de los recursos destinados a salud se canalizan hacia centros de nivel secundario y terciario,[23] el análisis de las principales causas de enfermedad indica que la mayoría de ellas podrían resolverse en centros de nivel primario y con un gasto menor al incurrido en unidades de nivel terciario. Además, las estadísticas sobre salud preventiva indican que, aunque no es una práctica generalizada, se encuentra más difundida entre las personas de mayores recursos económicos que entre aquellas de menores recursos.

En resumen, en Ecuador el sector salud se puede definir como un sistema con dos componentes. El público, controlado centralizadamente, usa presupuestos rígidos que no permiten una asignación eficiente de recursos. Y el privado, que ha evolucionado como complemento a las deficiencias del primero. La regulación existente no facilita la asignación eficiente de los recursos del sector público. La información reciente indica que los consumidores de alto nivel económico reciben altos beneficios del gasto público en salud.

Antes de describir cómo se gastan los recursos públicos en el sector salud, se presenta una discusión mas detallada de los principales problemas asociados al sistema presupuestario. Esto es necesario para tener una idea precisa de los principales incentivos que dominan el sector.

El proceso presupuestario del gasto público en salud se divide en tres etapas. En la primera, de programación, se definen las propuestas de gestión de corto plazo, sobre la base de políticas gubernamentales, sectoriales e institucionales. En la segunda, de formulación, los lineamientos de política se articulan a las disponibilidades de recursos. En la tercera, de ejecución, se producen las acciones que utilizan los recursos disponibles en cada entidad. El proceso de ejecución contempla una programación inicial y reformas posteriores a las asigna-

[22] Idem.

[23] Este resultado de la encuesta ENDEMAIN 2004 puede estar estrechamente relacionado a los costos de salud más elevados de los centros de atención de nivel secundario y terciario. Un análisis complementario debería verificar si la oferta de los distintos niveles es suficiente para cubrir la demanda.

ciones de recursos. Sobre la base de la ejecución, la normativa presupuestaria contempla la realización de transferencias sustentadas en un programa de caja por parte de las entidades beneficiarias así como del Tesoro Nacional.

En cada una de estas etapas se presentan distorsiones que dificultan el desempeño presupuestario. Cada año se dictan directrices generales de política para la fase de programación, pero las entidades planifican sus gastos sobre la base de un crecimiento –generalmente desproporcionado– de su presupuesto histórico. Cuando la programación presupuestaria es sometida a la revisión de las autoridades económicas, se produce un primer recorte de recursos, hasta ajustar los ingresos previstos a un nivel de gasto que, acorde con la estructura retrospectiva, privilegia el gasto corriente –en particular de personal– sobre la inversión. Así, entre los años 2000 y 2003 los gastos corrientes representaron entre el 80% y el 90% de las asignaciones presupuestarias. En el transcurso del año se realizan nuevas reducciones del presupuesto, aduciendo que las entidades tienen una baja ejecución presupuestaria. Pero si el nivel de ejecución es bajo, sobre todo durante los primeros meses del año, por lo general se debe a la poca oportunidad temporal en las transferencias de recursos y a las debilidades institucionales de gestión. Al final del año, el presupuesto devengado alcanza alrededor del 90% del presupuesto inicial, mientras que las transferencias alcanzan un nivel cercano al 85%.

Estas distorsiones generan un sistema perverso. La programación de actividades queda relegada a segundo plano frente a la necesidad de enfrentar reducciones periódicas y a la urgencia de cubrir los gastos rígidos de las entidades. A su vez, al interior de las entidades no existe una priorización real de recursos; se privilegian los gastos de arrastre, independientemente de su impacto.

III. Tendencia reciente del gasto público en salud

El gasto público en salud se presta, por una parte, en las entidades del gobierno central, financiadas con el aporte del Estado al MSP, a sus entidades adscritas[24] y a otros organismos de la función pública[25];y, por otra, en el IESS y en el SSC. Los gastos privados en salud

[24] Las dos entidades adscritas (el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, SNEM, y el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez) son unidades que tienen independencia financiera y administrativa del MSP, pero que prestan servicios relacionados a la salud.

[25] El Estado también realiza aportes –aunque mínimos– a las Fuerzas Armadas y a las universidades, para el funcionamiento de sus centros de salud. Según las estadísticas de Cuentas Nacionales más recientes, la participación de estas entidades dentro del gasto nacional en salud sería de 2,5%.

se financian con los recursos destinados directamente por la población para recibir las atenciones requeridas, o a través de seguros privados.

La cuantificación del gasto público en salud de este estudio no incluye el gasto realizado por el Estado en otros organismos de la función pública, pues su participación es mínima y el tipo de estructura presupuestaria no permite identificar con exactitud estos montos (como el aporte del Estado a los seguros de salud de las Fuerzas Armadas o a las universidades, por ejemplo). Tampoco incluye el gasto realizado por los gobiernos locales (como municipios y consejos provinciales) pues, a pesar de que el Estado debe a esos organismos una preasignación obligatoria para financiar sus presupuestos, no se dispone de estadísticas sobre los gastos en salud realizados en esos niveles de gobierno. Esto es una consecuencia del escaso desarrollo de los mecanismos de rendición de cuentas. El presupuesto general del Estado se compone del presupuesto del gobierno central más el de las entidades autónomas, aunque estas últimas no están incorporadas en los sistemas de monitoreo de la ejecución presupuestaria.

Por último, dentro del aporte realizado por el Estado al IESS y al SSC se incluyó únicamente el gasto destinado a las unidades médicas. Es importante tener en cuenta que estas dos entidades destinan buena parte de sus recursos a otras prestaciones relacionadas con el pago de pensiones.

A pesar de estas limitaciones, se trató de consolidar la mayor información sobre el gasto público en salud. Las estadísticas provienen de los registros del presupuesto liquidado del Gobierno Central, proporcionados por el Ministerio de Economía y Finanzas, así como de los presupuestos liquidados del IESS y el SSC, facilitados por esas entidades.

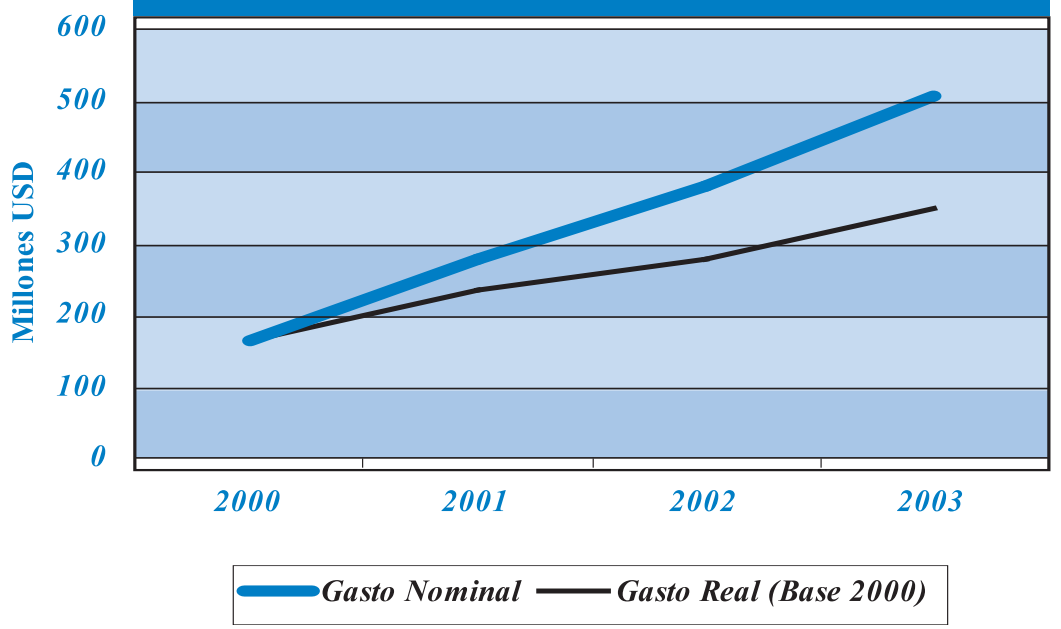
Según la información disponible, en Ecuador el gasto público en salud tiene niveles bajos.[26] En 2003, los recursos destinados al sector alcanzaron los $ 507,12 millones, que representan 1,9% del PIB y 6,7% del presupuesto general del Estado de ese año (Tabla 1). Esto significa que el Estado ecuatoriano destina a salud $ 40 dólares por habitante por año (de los cuales casi $ 26 provienen del MSP, $ 13 del IESS y solo $ 1del SSC).[27] No obstante este nivel, es preciso destacar el incre-

[26] Se utiliza como indicador del gasto público el presupuesto devengado del periodo, es decir los recursos para los cuales existieron obligaciones legales de pago.

[27] No fue posible realizar un análisis detallado del gasto privado en salud. Sin embargo, una estimación hecha a partir de la encuesta de hogares en su módulo de gasto permite aproximar esa cifra a los $ 236 millones. Se emplean dólares corrientes de ese periodo.

mento del gasto observado a partir de 2000, que ha revertido la trayectoria decreciente de los años noventas.[28] En efecto, tanto en términos nominales como reales,[29] el gasto público en salud presenta durante el periodo 2000-2003 tasas de crecimiento anuales superiores a 20% (Gráfico 1).

Gráfico 1: Gasto en salud en Ecuador



Del total de gastos, casi dos tercios se realizan desde el MSP y el resto corresponde al realizado por el IESS y el SSC, en sus componentes médicos (Tabla 1). Esto evidencia el alto grado de dependencia de las asignaciones directas del Estado que presenta el sector. A continuación se presenta una breve descripción de la estructura de gastos de cada una de estas entidades y la oferta de salud que prestan.

[28] Vos, Rob et al. (2003), **Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador? Desafíos para mejorar la calidad y eficiencia del gasto social**, SIISE-STFS, Quito.

[29] Para los cálculos en unidades reales se emplea como deflactor la inflación anual aplicada a los servicios de salud calculados por el Banco Central del Ecuador.

a. La estructura de gastos del MSP

El MSP brinda servicios de salud a través de distintas entidades, centralizada y desconcentradamente[30]. Esto significa que en unos casos las asignaciones de recursos se realizan desde las unidades administrativo-financieras del MSP y en otros directamente desde entidades con independencia financiera y administrativa (unidades ejecutoras).

Las principales unidades ejecutoras del MSP son la Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical, el Programa de Maternidad Gratuita, las direcciones provinciales de salud y las áreas de salud, donde se concentra 82,5% del total de recursos del sector salud[31]. La planta central del Ministerio administra el 12,6% de los recursos destinados a salud y el 4,8% restante es gestionado desde dos entidades adscritas, el Instituto Nacional de Higiene y el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Esta estructura ofrece ventajas administrativas, pero en términos de rendición de cuentas presenta inconvenientes, pues dificulta relacionar los presupuestos con los resultados de la gestión. Como ya se mencionó, esto es preocupante, si se considera que la mayor parte del presupuesto del MSP proviene de financiamiento fiscal que, bajo un modelo de economía dolarizada, tiende a ser restrictivo.

En efecto, el MSP financia el 80% de sus prestaciones con ingresos corrientes y solo el 20% restante con ingresos de capital. En ambos el aporte fiscal es el más representativo, pues alcanza en conjunto el 78% del financiamiento. Las transferencias y donaciones de capital alcanzan al 11,6%, lo que incluye fondos sin contraprestación, internos o externos, que se destinan a financiar gastos de capital. También son importantes dentro del total de recursos del MSP los impuestos, tasas y contribuciones, que representan 9.3%.

Por el lado de los gastos, el 77% corresponde a gasto corriente (básicamente gastos en personal) y la diferencia a inversión y gastos de capital (Tabla 2).[32] En consecuencia, los ingresos corrientes financian la totalidad del gasto corriente y solo una pequeña porción de los gastos de inversión y capital.

[30] Se hace referencia a desconcentración antes que a descentralización ya que existe una entrega de facultades de decisión a algunos órganos de la administración que, no obstante, siguen sometidos a los poderes jerárquicos del gobierno central.

[31] En adelante se considera que el MSP abarca el total de prestaciones en salud realizadas directamente por ese ministerio y por las distintas unidades ejecutoras y entidades adscritas que operan en el sector.

[32] Para este análisis se ha equiparado el total de ingresos al total de gastos. Sin embargo, en las estadísticas de base existen diferencias, pues no todos los recursos presupuestados son ejecutados hasta el final del ejercicio.

Tabla 2
Fuentes de financiamiento y usos del gasto total ejecutado por el MSP 2003
Millones de dólares

Fuentes	2003	(%)	Gastos	2003	(%)
Aporte Fiscal Corriente	228,04	70,2%	Gastos Corrientes	250,23	77,0%
Tasas y contribuciones	19,32	5,9%	Gastos en personal	196,31	60,4%
Impuestos	10,93	3,4%	Bienes y Servicios de Consumo	49,98	15,4%
Transferencias y Donaciones Capital	37,67	11,6%	**Otros Gastos Corrientes**	3,94	1,2%
Aporte Fiscal Capital	25,55	7,9%	Gastos de Inversión (c)	64,90	20,0%
Otros (a)	3,54	1,1%	Gastos de Capital (d)	9,94	3,1%
Total (b)	**325,06**	**100,0%**	**Total**	**325,06**	**100,0%**

Fuente : Ministerio de Economía y Finanzas

(a) Incluye Venta de Bienes y Servicios, Renta de Inversiones y Multas, Transferencias y Donaciones Corrientes y Venta de Activos de Larga Duración, Saldos Disponibles

(b) Para el análisis el total de ingresos y gastos son iguales, aunque en la realidad existen diferencias debido a que cada año las instituciones tienen saldos no ejecutados. En el 2003 el saldo no ejecutado del MSP fue de 14.12 millones de dólares

(c) Incluye Gastos en Personal para Inversión, Bienes y Servicios para Inversión, Obras Públicas y Transferencias y Donaciones para Inversión. También incluye Bienes y Servicios para Producción

(d) Incluye Bienes de Larga Duración

La rígida estructura administrativa impide dinamizar los procesos de gestión de recursos, privilegiándose el gasto en personal y equipamiento. En muchas ocasiones, los recursos se asignan en forma sesgada hacia las instituciones de mayor tamaño (en el nivel terciario) en detrimento de los servicios primarios.[33] Si se compara la distribución de establecimientos con la distribución de recursos por tipo de prestadores, se observa que los hospitales representan 2,7% de la oferta aunque concentran 52,8% de las asignaciones de recursos. Mientras que los centros de salud y otras unidades, que representan 13,2% y 84,6% de la oferta, respectivamente, reciben recursos proporcionalmente menores: 30% y 17,2%, respectivamente (Tabla 3).[34]

El enfoque geográfico confirma otra ineficiencia del sistema presupuestario ecuatoriano: las asignaciones presupuestarias se canalizan principalmente hacia las regiones y provincias de mayor tamaño, lo que no necesariamente responde a los requerimientos de la demanda que se pueden deducir de los índices de pobreza, por ejemplo.[35]

[33] Como se mencionó, esto puede justificarse por los costos incurridos por los centros de servicios de salud en los distintos niveles. Pueden ser factores diferenciadores las especialidades de atención, los servicios de internación, la dotación de camas por población de referencia, entre otros.

[34] Con el fin de unificar la información de establecimientos proporcionada por el MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), los establecimientos se han clasificado en tres grandes grupos: hospitales, centros de salud y otros. Los centros de salud atienden bajo dos modalidades: con y sin internación. De acuerdo a las estadísticas disponibles, 38,8% de los centros de salud presta servicios de internación, aunque las intervenciones ejecutadas son de complejidad menor, por lo que para fines prácticos no se los diferencia del resto. Los hospitales prestan servicios de internación y tratamientos por especialidades y su dotación de camas representa dos tercios de la dotación total (67,9%). Los otros establecimientos incluyen subcentros, puestos, dispensarios, asilos, entre otros.

[35] Esto puede justificarse en la mayor concentración poblacional de las provincias grandes.

Tabla 3
Gasto total en salud del MSP por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Provincia	Hospitales (a)	(%)	Centros de salud (b)	(%)	Otros puestos de salud (c)	(%)	Total
Azuay	8,16	51,8%	5,02	31,9%	2,58	16,4%	15,76
Bolívar	2,72	45,2%	2,24	37,2%	1,07	17,8%	6,02
Cañar	3,66	51,4%	2,37	33,3%	1,09	15,3%	7,12
Carchi	1,91	35,9%	2,26	42,5%	1,15	21,6%	5,32
Cotopaxi	3,87	43,2%	3,55	39,7%	1,53	17,1%	8,95
Chimborazo	2,91	43,3%	2,55	37,9%	1,26	18,8%	6,72
Imbabura	4,61	43,4%	3,78	35,6%	2,24	21,1%	10,63
Loja	6,78	47,0%	4,98	34,5%	2,65	18,4%	14,42
Pichincha	53,44	71,7%	13,74	18,4%	7,38	9,9%	74,56
Tungurahua	5,99	55,8%	3,35	31,2%	1,40	13,0%	10,74
Sierra	**94,04**	**58,7%**	**43,84**	**27,4%**	**22,35**	**13,9%**	**160,23**
El Oro	7,28	44,6%	6,26	38,3%	2,81	17,2%	16,34
Esmeraldas	4,12	33,5%	5,83	47,4%	2,35	19,1%	12,29
Guayas	35,10	48,5%	19,09	26,4%	18,18	25,1%	72,37
Los Ríos	2,13	22,4%	5,43	57,0%	1,98	20,8%	9,53
Manabí	18,78	61,7%	8,27	27,2%	3,38	11,1%	30,44
Costa	**67,40**	**47,8%**	**44,88**	**31,8%**	**28,70**	**20,4%**	**140,97**
Morona Santiago	1,39	26,6%	2,46	47,1%	1,38	26,4%	5,22
Napo	2,56	59,1%	1,18	27,3%	0,59	13,6%	4,33
Pastaza	1,60	62,5%	0,64	25,0%	0,31	12,1%	2,56
Zamora	1,54	38,6%	1,51	37,8%	0,94	23,6%	3,99
Sucumbíos	2,19	52,4%	1,33	31,8%	0,67	16,0%	4,18
Orellana	0,00	0,0%	1,26	66,3%	0,63	33,2%	1,90
Amazonía	**9,27**	**41,8%**	**8,38**	**37,8%**	**4,52**	**20,4%**	**22,17**
Galápagos	**0,77**	**45,8%**	**0,48**	**28,6%**	**0,43**	**25,6%**	**1,68**
Total Nacional	**171,48**	**52,8%**	**97,58**	**30,0%**	**56,00**	**17,2%**	**325,06**

Fuente : Ministerio de Economía y Finanzas

Nota: El presupuesto administrativo del MSP fue distribuido a las privincias de acuerdo al gasto de las unidades ejecutoras en cada provincia. El presupuesto de las unidades ejecutoras de carácter nacional fue distribuido de la misma manera, excepto por el Programa de Maternidad Gratuita y el Instituto Nacional de Higiene, para los cuales se disponía de desagregación geográfica.

- El presupuesto asignado a las areas de salud se distribuyó entre centros y subcentros utilizando como ponderador el porcentaje de la población atendida en cada tipo de establecimiento por región (25%) y la complejidad de las atenciones prestadas en cada tipo de establecimiento (75%)

(a) Incluye Hospitales Cantonales, Hospitales Provinciales, Crónicos y de Especialidades, y Hospitales Locales

(b) Incluye Centros de Salud y Centros de Salud Materno Infantil por Areas

(c) Incluye Casas Hogar, Orfelinatos y Asilos

La oferta de establecimientos es consistente con la asignación de recursos: del total de hospitales, 56,8% se encuentra en la Sierra, 24,3% en la Costa, 16,2% en el Amazonía y 5,7% en Galápagos. Los centros de salud tienen mayor peso relativo en la Costa, mientras que en el Amazonía y Galápagos su participación conjunta disminuye a 8,6%. Los otros establecimientos de salud repiten la tendencia observada en hospitales: en la Sierra se concentra el 50%, en la Costa se ubica cerca de un tercio de establecimientos y el resto se distribuye entre el Amazonía y Galápagos.

b. La estructura de gastos del IESS

El IESS está constituido por varias unidades de gestión: dirección y administración general; seguro adicional de fondos de reserva y cesantía; gestión del monte de piedad; seguro general de pensiones; seguro general de riesgos del trabajo; seguro general de salud individual y familiar; y, seguro campesino. Los directamente vinculados a prestaciones de salud son el seguro de salud y el SSC en la gestión de sus unidades médicas. El presupuesto de estos componentes alcanzó 16,8% del total de recursos empleados por el IESS en 2003,[36] lo que reflejaría el grado de importancia que otorga la seguridad social ecuatoriana a los servicios de salud.

El seguro de salud individual y familiar tiene una estructura que incluye la administración general, las direcciones y subdirecciones de prestaciones de salud, la supervisoría general y las unidades médicas (hospitales y dispensarios). Estas últimas absorben 88,8% de los recursos del seguro de salud.

El análisis de las fuentes y usos de los recursos muestra que, a diferencia del MSP, en el sistema de seguridad social los gastos corrientes superan a los ingresos corrientes en más de quince puntos porcentuales.[37] En efecto, los ingresos corrientes representan 83,3% del total de ingresos y el resto proviene de financiamiento. Por el lado del gasto, casi el 99% corresponde a gastos corrientes, particularmente a gastos asociados al pago de pensiones.

[36] Este porcentaje también incluye un componente del gasto administrativo general del IESS, equivalente a la participación de los seguros de salud y del gasto de las unidades médicas del SSC en el total del presupuesto del IESS.
[37] Idem.

Entre los ingresos corrientes, vale mencionar, los de mayor peso son los originados en las aportaciones patronales, los subsidios por enfermedad y los aportes por riesgos de trabajo.[38] La participación de los aportes personales al financiamiento del seguro de salud es baja.[39] La contribución del Estado al seguro de salud es casi inexistente, pues la ley de seguridad social destina el aporte realizado por el gobierno central al seguro general de pensiones. Esto significa que el esfuerzo directo del Estado al financiamiento del sector salud se realiza fundamentalmente a través del MSP que, como se observó, representa solo $ 26 anuales per cápita (Tabla 4).

Tabla 4
Fuentes de financiamiento y usos del gasto total ejecutado por el IESS 2003
Millones de dólares

Fuentes	2003	(%)	Gastos	2003	(%)
Ingresos Corrientes	140,19	83,3%	Gastos Corrientes	166,31	98,8%
Aporte personal para seguridad social	2,61	1,6%	Gastos en personal	0,69	0,4%
Aporte patronal para seguridad social	78,16	46,4%	Prestaciones a la Seguridad Social	165,28	98,2%
Aportes riesgos del Trabajo	22,70	13,5%	Bienes y Servicios de Consumo	0,31	0,2%
Subsidio por enfermedad	29,09	17,3%	Otros gastos corrientes	0,04	0,0%
Otros ingresos corrientes	4,41	2,6%	Gastos de Inversion	0,20	0,1%
Rentas de inversiones y multas	2,69	1,6%	Gastos de Capital	1,75	1,0%
Transferencias corrientes del sector publico (a)	0,54	0,3%	Aplicacion de Financiamiento	0,07	
Ingresos de Financiamiento	28,14	16,7%			
Total (b)	168,33	100,0%	Total	168,33	100,0%

Nota: El presupuesto administrativo del IESS asignado a salud fue distribuido a los distintos tipos de ingresos y gastos de acuerdo a la distribución inicial del gasto administrativo total

(a) Incluye el 30% del 1% de los sueldos y salarios

(b) Para el análisis, el total de ingresos y gastos son iguales, aunque en la realidad existen diferencias debido a que cada año las instituciones tienen saldos no ejecutados. En el 2003 el saldo no ejecutado del IESS en el área de salud fue de 91.04 millones de dólares

La caracterización de las unidades médicas del IESS muestra que los hospitales y dispensarios representan 21,2% y 78,8% del total de establecimientos, respectivamente. Sin embargo, dado su tamaño y complejidad, la distribución de recursos humanos, físicos y económicos es diferente: casi 82% de las asignaciones presupuestarias y 60% de los médicos del IESS están concentrados en hospitales.

También existen diferencias geográficas en la distribución de los

[38] Si el servicio de atención en salud se refiere a prevención de accidentes de trabajo y enfermedades derivadas del ejercicio de la profesión del afiliado, los aportes por riesgos del trabajo provienen del seguro general de riesgos del trabajo, que es una de las unidades de negocios del IESS. De acuerdo a la ley de seguridad social, los subsidios de enfermedad están a cargo del empleador.

[39] De acuerdo a la Ley de Seguridad Social, máximo 10% del aporte personal al IESS puede destinarse al seguro de salud.

recursos económicos, humanos y físicos (Tabla 5). Los hospitales están más concentrados en la Costa (55,6%) y en la Sierra (38,9%), pero la distribución de médicos es diferente, pues más del 50% del total se ubica en la Sierra. La situación es la inversa en los dispensaros: 47,8% se localiza en la Sierra, 40,3% en la Costa y 11,9% en las regiones amazónica e insular. La distribución regional de médicos y las asignaciones presupuestarias guardan relación con esta estructura y, evidentemente, también con la población correspondiente.

Tabla 5
Gasto total en salud del IESS por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Provincia	Hospitales (a)	(%)	Otros puestos de salud (b)	(%)	Total
Azuay	13,98	93,2%	1,02	6,8%	15,00
Bolívar	0,00	0,0%	0,66	100,0%	0,66
Cañar	0,00	0,0%	1,21	100,0%	1,21
Carchi	0,00	0,0%	0,73	100,0%	0,73
Cotopaxi	2,31	100,0%	0,00	0,0%	2,31
Chimborazo	3,95	93,5%	0,27	6,5%	4,22
Imbabura	3,26	84,1%	0,62	15,9%	3,87
Loja	4,25	77,9%	1,20	22,1%	5,46
Pichincha	47,76	83,4%	9,49	16,6%	57,25
Tungurahua	2,64	93,5%	0,18	6,5%	2,82
Sierra	**78,14**	**83,5%**	**15,39**	**16,5%**	**93,53**
El Oro	4,11	79,5%	1,06	20,5%	5,17
Esmeraldas	2,73	96,6%	0,10	3,4%	2,83
Guayas	42,86	79,1%	11,32	20,9%	54,18
Los Ríos	1,52	75,5%	0,49	24,5%	2,01
Manabí	6,98	80,5%	1,69	19,5%	8,67
Costa	**58,20**	**79,9%**	**14,66**	**20,1%**	**72,86**
Morona Santiago	0,00	0,0%	0,19	100,0%	0,19
Napo	0,00	0,0%	0,20	100,0%	0,20
Pastaza	0,77	100,0%	0,00	0,0%	0,77
Zamora	0,00	0,0%	0,15	100,0%	0,15
Sucumbíos	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00
Orellana	0,00	0,0%	0,35	100,0%	0,35
Amazonía	**0,77**	**46,4%**	**0,89**	**53,6%**	**1,67**
Galápagos	**0,00**	**0,0%**	**0,28**	**100,0%**	**0,28**
Total Nacional	**137,12**	**81,5%**	**31,21**	**18,5%**	**168,33**

Fuente : IESS

Nota: El presupuesto administrativo del IESS asignado a salud fue distribuido a las distintas provincias por unidad ejecutora de acuerdo al gasto de dichas unidades en cada zona. El presupuesto administrativo de la Supervisoría General así como el presupuesto de las Direcciones y Subdirecciones Zonales fue asignado de la misma manera

- El IESS no posee centros de salud

(a) Incluye Hospitales Cantonales, Hospitales Provinciales, Crónicos y de Especialidades, y Hospitales Locales

(b) Incluye Puestos de Salud, Subcentros de Salud y Dispensarios

c. La estructura de gastos del SSC

Dentro de la estructura del SSC se distinguen dos componentes: uno estrictamente administrativo y otro relacionado a la prestación de servicios de salud (unidades médicas). Pero a diferencia de lo que ocurre en el IESS, cerca del 60% de todos los recursos se destina exclusivamente al área de salud.

Al igual que en el IESS, los ingresos corrientes son los de mayor importancia relativa (81,1%), aunque no se distingue una fuente específica predominante. En todo caso, los más representativos son los aportes personales y patronales (54,1%) y la contribución del Estado (23,5%). Esto confirma la percepción de que el esfuerzo directo del Estado por financiar al sector salud se realiza fundamentalmente a través del MSP, pues la participación del SSC en el presupuesto global de salud no llega al 3%.

A diferencia de lo que ocurre en el IESS, el SSC concentra todos los ingresos en un fondo común que luego se distribuye entre los distintos usos.[40] Del lado del gasto, 98,3% corresponde a gasto corriente (básicamente a gastos en personal, que ascienden a 80,3% del total). Otros gastos menos representativos son los relacionados con las prestaciones para la seguridad social y los gastos en bienes y servicios de consumo (Tabla 6).

Tabla 6
Fuentes de financiamiento y usos del gasto total ejecutado por el SSC 2003
Millones de dólares

Fuentes (a)	2003	(%)	Gastos	2003	(%)
Ingresos Corrientes	11,13	81,1%	Gastos Corrientes	13,49	98,3%
Aporte personal	3,74	27,3%	Gastos en personal	11,07	80,7%
Aporte patronal	3,69	26,9%	Prestaciones a la Seguridad Social	1,10	8,0%
Otros aportes para la seguridad social	0,30	2,2%	Bienes y Servicios de Consumo	1,32	9,6%
Rentas de inversiones y multas	0,17	1,2%	Otros gastos corrientes	0,00	0,0%
Transferencias corrientes del sector publico (b)	3,23	23,5%	Gastos de Inversion	0,02	0,1%
Ingresos de Financiamiento	2,59	18,9%	Gastos de Capital	0,18	1,3%
			Aplicacion de Financiamiento	0,03	0,2%
Total (c)	**13,72**	**100,0%**	**Total**	**13,72**	**100,0%**

Fuente: IESS, SSC

Nota: El presupuesto administrativo del IESS asignado a salud en el SSC fue distribuido a los distintos tipos de ingresos y gastos de acuerdo a la distribucion del gasto administrativo total

(a) No se dispone de los ingresos correspondientes únicamente al área de salud. Debido al tipo de contabilidad del SSC, no es posible identificar el tipo de ingreso que financia cada tipo de gasto. Los recursos entran a un fondo comun que luego se distribuye de acuerdo a los requerimientos. En este estudio se supone que el ratio de ingresos correspondientes a salud dentro del presupuesto total es igual al ratio del gasto en salud respecto al total del presupuesto del SSC

(b) Incluye la contribución del 40% de pensiones pagadas al Seguro Social Campesino, el 30% del 1% de los Sueldos y Salarios y el Aporte Anual al Seguro Social Campesino. En porcentajes, estos representan el 22, 75 y 3% respectivamente del monto de transferencias

(c) Para el análisis, el total de ingresos y gastos son iguales, aunque en la realidad existen diferencias debido a que cada año las instituciones tienen saldos no ejecutados. En el 2003 el saldo no ejecutado del SSC en el área de salud fue de aproximadamente 11,37 millones de dólares

[40] Como no es posible identificar únicamente los ingresos del área de salud, se asume que el ratio de ingresos correspondientes a salud dentro del presupuesto total es igual al ratio del gasto en salud respecto al total del presupuesto del SSC (incluidos los componentes administrativos del SSC y del IESS).

Las prestaciones del SSC se realizan por medio de dispensarios, con una concentración de recursos físicos y humanos que responde a la siguiente estructura: en la Sierra, 54,1% de dispensarios y 50,7% de médicos; y en la Costa, 37,8% de dispensarios y 42,1% de médicos. La participación relativa de hospitales y médicos en las regiones oriental e insular es mínima, al igual que las asignaciones presupuestarias(Tabla 7).

Tabla 7
Gasto total en salud del SSC por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Provincia	Otros puestos de salud (a)	(%)
Azuay	0,81	5,9%
Bolívar	0,39	2,9%
Cañar	0,45	3,3%
Carchi	0,35	2,5%
Cotopaxi	0,77	5,6%
Chimborazo	0,95	6,9%
Imbabura	0,56	4,1%
Loja	0,81	5,9%
Pichincha	1,05	7,6%
Tungurahua	0,23	1,7%
Sierra	6,37	46,5%
El Oro	0,35	2,6%
Esmeraldas	0,75	5,4%
Guayas	1,38	10,1%
Los Ríos	0,47	3,4%
Manabí	3,46	25,2%
Costa	6,41	46,7%
Morona Santiago	0,27	2,0%
Napo	0,10	0,8%
Pastaza	0,12	0,9%
Zamora	0,16	1,2%
Sucumbíos	0,12	0,8%
Orellana	0,14	1,0%
Amazonía	0,92	6,7%
Galápagos	0,03	0,2%
Total Nacional	13,72	100,0%

Fuente : SSC, IESS
Nota: El presupuesto del SSC asignado a salud fue distribuido por provincias de acuerdo al presupuesto zonal al que pertenece cada provincia ponderado por el número de dispensarios en dicha provincia. De igual forma el presupuesto administrativo del IESS asignado a salud en el SSC fue distribuido a las zonas de acuerdo a la distribucion inicial del presupuesto total y luego a las provincias bajo el criterio de ponderaciones señalado anteriormente
- El SSC no posee hospitales ni centros de salud
(a) Incluye únicamente Dispensarios

En resumen, las tres principales entidades del sector salud ecuatoriano brindan una oferta de servicios que se encuentra sesgada hacia las prestaciones ofrecidas en el nivel terciario y, en menor medida, en el nivel secundario (excepto el SSC). Estas prestaciones acaparan la mayor cantidad de recursos, imponiendo rigidez a la administración del sector.

IV. Marco conceptual y estrategia de estimación de la incidencia del beneficio del gasto en salud

Como se indicó, el BIA requiere tres pasos: cálculo del subsidio público, ordenamiento de los consumidores de servicios de salud en función de su nivel de vida y evaluación de la distribución del subsidio entre los consumidores. A continuación se explica en detalle la metodología.

a. Marco conceptual

El subsidio que un individuo recibe por servicio médico se puede definir como la diferencia entre el costo de producción del servicio y el pago efectuado por el individuo. Formalmente, el subsidio por individuo quedaría establecido como,(1)

$$G_{ki} = \alpha_k q_{ki} - \beta_k q_{ki}$$

donde G_{ki} es el subsidio por individuo por el servicio k; α_k es el costo por el servicio k; q_{ki} es la cantidad de servicio k consumida por cada individuo; y β_k es el pago efectivo hecho por el consumidor, por cada unidad consumida.

El subsidio total por individuo no sería más que la suma de todos los servicios consumidos por el individuo *i*,(2)

$$G_i = \sum_k \alpha_k q_{ki} - \beta_k q_{ki}$$

Este cálculo puede tener dos complicaciones adicionales. La primera, que el subsidio sea estimado para periodos de tiempo diferentes entre distintos servicios, para lo cual sería necesario incluir un ponderador para los periodos. La segunda, que el costo unitario y el pago efectivo puede variar para los distintos consumidores. Por ejemplo, el costo de proveer servicios médicos es función del estado de salud del individuo. Es relevante indicar que estas ecuaciones no establecen controles por diferencias en la calidad del servicio. Esto sería particularmente importante si las características de los servicios médicos en distintas zonas del país fuesen diferentes.

La revisión de (1) y (2) permite tener una idea más apropiada de la amplia información que se necesita para calcular el monto del subsidio unitario por individuo. Se requiere datos de costos unitarios de producción, unidades consumidas y niveles de pagos realizados por los consumidores. Una vez obtenida esta información, se puede calcular el subsidio unitario por unidad geográfica (distritos, regiones, zonas urbanas o rurales), por tipo de unidad de producción (puesto de salud, centro de salud, u hospital), según tipo de servicio (emergencias, consultas externas, hospitalización, etc.) o según el tipo de entidad pública (MSP, IESS, SSC). Bastaría con agregar la ecuación (2) de acuerdo a estos criterios.

En la práctica, la información requerida solo puede provenir de dos fuentes: datos sobre los proveedores y datos acerca de los consumidores (clientes) por proveedor. Los datos obtenidos de una encuesta de proveedores permitirían estimar los costos unitarios de producción por servicio. Los datos de los consumidores sirven para evaluar los niveles de utilización de cada servicio y el precio pagado. Esto es especialmente relevante en el sector salud ecuatoriano, en el que los consumidores pueden pagar tarifas diferenciadas por servicios similares, en cada centro de producción. La información detallada del nivel de utilización de los servicios médicos, por individuo, también se extrae de una encuesta de consumidores.

Es importante tener en cuenta que una encuesta de consumidores/clientes es diferente a una de hogares con un módulo en salud. En esta última se puede obtener información de las personas que se

enfermaron así como de las que no se enfermaron. Entre las que se enfermaron se tiene información agregada de las acciones tomadas para solventar el problema de salud y cuánto se pagó por los servicios recibidos.

Por otra parte, de la encuesta de clientes por proveedor se obtiene información de las personas que asistieron a cada centro y de los servicios consumidos. Esta información también se puede obtener en los registros administrativos de cada proveedor. Sin embargo, una encuesta de clientes suele suministrar más datos que un registro administrativo. La encuesta provee información sobre las características generales y socio-económicas de los clientes. Si bien la encuesta de hogares tiene información muy completa acerca de los individuos que usaron servicios médicos, es difícil combinar esa información con las características específicas acerca del proveedor al cual asistió el individuo. Es por esto que cuando se usa la encuesta de hogares el costo unitario por individuo (α_k) así como el pago por individuo (β_k) usualmente son agregados o promedios por tipo de proveedor.

Como la información completa de estas dos fuentes con frecuencia no está disponible, deben hacerse ciertas agregaciones. Por ejemplo, si se conoce el presupuesto de cada centro de producción, por tipo de servicio, y los servicios suministrados, se pueden calcular los costos unitarios promedio y multiplicarlos por el consumo de cada individuo. Así mismo, puede ocurrir que exista información de costos unitarios por tipo de centro (hospital, centro de salud, y puesto de salud) y no para cada centro. En el caso de Ecuador, el Proyecto MODERSA ha estimado, con bastante precisión, costos unitarios por servicios para los nueve hospitales más importantes del país.[41] En este caso, se podría utilizar estos costos multiplicándolos por el nivel de utilización. Sin embargo, la estructura de costos de esos hospitales podría ser diferente a la reflejada por otros proveedores.

Es común que los proveedores apliquen un pago único por acceso. Si se tiene el pago realizado por el individuo, por todos los servicios recibidos en el hospital, se podría agregar este pago y deducirlo de los costos totales de todos los servicios consumidos. Nótese que este pago total puede variar de acuerdo al ingreso de los clientes.

[41] MODERSA es un proyecto del MSP financiado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP) que trabaja con gobiernos locales para fortalecer e impulsar el desarrollo de las Redes Rurales Integradas de Servicios de Salud en 5 provincias (Azuay, Guayas, Manabí, Napo y Pichincha). Tiene por objetivo lograr que estas redes funcionen de manera descentralizada y participativa, con la perspectiva de implementar nuevos mecanismos de asignación de recursos en función de productividad, calidad y sistemas modernos de desarrollo de recursos humanos e información gerencial. (www. pnud.org.ec/Proyectos/ECU_97_00.html)

También puede ocurrir que los consumidores hayan pagado más que las tarifas oficiales para acceder a los servicios. Este pago informal, por sobre las tarifas oficiales, debería eliminarse, pues no fue usado para cubrir los costos unitarios de producción del servicio. También puede suceder que algunos individuos hayan pagado un precio mayor al costo del servicio recibido (en otras palabras, que hayan subsidiado el consumo de otros clientes de la unidad de producción). En este caso, para ese individuo la ecuación (2) debería ser igual a cero.

Una vez obtenido el subsidio total por individuo, se calcula el subsidio total recibido por todos los individuos en cada nivel económico. La distribución de los individuos se divide de acuerdo a deciles de ingreso (o cualquier otra clasificación) y se suma el subsidio total recibido por los consumidores en cada grupo. El análisis se puede aplicar a cada zona geográfica, a cada tipo de proveedor o a agregaciones de servicios; también se puede aplicar a características de los consumidores (como mujeres y hombres o niños y adultos).

Además este análisis podría demostrar cómo se financió el subsidio. Con este propósito, se tomaría en cuenta los individuos para quienes el subsidio fue negativo, para explorar hasta qué punto esos montos se emplearon para subsidiar a otros consumidores. También se podría evaluar cómo se usaron las distintas fuentes de financiamiento del sector público para ejecutar el gasto en salud.

Por último es importante tener en cuenta que, con este marco conceptual, no es posible desarrollar análisis marginales. Esto es, cómo el gasto público adicional podría beneficiar a los consumidores de bajos ingresos. El método descrito en esta sección solo suministra información acerca del beneficio neto promedio que están recibiendo individuos de distintos niveles de ingreso. Puede ocurrir que los usuarios más ricos reciban –dado un nivel de gasto– un mayor beneficio neto promedio. Sin embargo, en situaciones en las que los individuos de altos ingresos ya recibieron todos los beneficios de la intervención pública, una expansión del programa podría crear beneficios marginales concentrados en las personas de ingresos más bajos. Esto puede ocurrir en programas de medicina preventiva que no han sido diseñados para llegar a los hogares con mayores necesidades. En este caso, aunque el

BIA indique que el gasto es regresivo, una expansión del mismo podría beneficiar significativamente a los individuos más pobres.

A continuación se explica en detalle la aplicación de este marco conceptual a la evaluación de los datos obtenidos en el Ecuador.

b. Estimación y datos utilizados

Para estimar las variables requeridas se recolectó la información presupuestaria de las tres entidades consideradas (MSP, IESS y SSC). Se decidió usar información presupuestaria agregada como aproximación de los costos de producción, pues no existe información de costos unitarios de producción de servicios para cada uno de los centros pertenecientes a esas entidades. Tampoco existe información agregada de los costos promedio por tipo de proveedor (hospitales, centros de salud y puestos de salud); no se dispone de una encuesta confiable de proveedores. Es importante tener en cuenta que los pagos de los consumidores por servicios médicos van a un fondo central, es decir, no necesariamente benefician a la unidad que los recepto y, por lo tanto, no se utilizan para cubrir costos de producción de los servicios prestados en ella. Por esta razón, los pagos de los clientes no se dedujeron de las asignaciones presupuestarias hechas a los proveedores.

Se realizó un importante esfuerzo para calcular el presupuesto desagregado por tipo de proveedor en cada entidad (MSP, IESS, SSC). Aunque existen los datos del presupuesto ejecutado en salud, estos no están directamente desagregados por tipo de proveedor. Más aún, existen gastos administrativos realizados a nivel central y en cada unidad ejecutora desconcentrada, que facilitan la operación de los proveedores y que, por lo tanto, deben ser tomados en cuenta. Para imputar estos gastos a cada proveedor se asumieron funciones de producción.[42] Las cifras presupuestarias fueron finamente depuradas para obtener el gasto ejecutado con las desagregaciones necesarias para el estudio.

En el caso del MSP, en 2003 se ejecutó un presupuesto de $ 325,1 millones (Tabla 2), de los cuales 77% fue gasto corriente, 20% inversiones

[42] El gasto se distribuyó en función del nivel de producción del proveedor.

y 3% gasto de capital. La mayor fuente de financiamiento provino de aportes fiscales corrientes (70,2%). Una parte de este gasto se repartió - directamente- entre los distintos proveedores de cada región y provincia y otra –indirectamente- a través de los gastos administrativos a nivel central y a nivel de las unidades ejecutoras regionales.

Para estimar el gasto por tipo de proveedor, inicialmente se distribuyó el presupuesto de las áreas de salud entre hospitales y centros. De acuerdo a la estructura presupuestaria, se distribuyeron entre los otros puestos de salud los recursos asignados a los centros, conforme a sus necesidades. Con esta consideración, para desagregar el presupuesto entre centros y puestos de salud, se asignó un ponderador a cada tipo de establecimiento, en función del grado de complejidad de las atenciones y de la periodicidad de las mismas.[43] Luego se agregó el gasto administrativo a cada proveedor perteneciente al MSP, de acuerdo a su participación equivalente dentro del total. Una vez asignado el gasto administrativo fue posible distribuir por región y provincia el gasto del MSP entre hospitales, centros y puestos de Salud. El 53% del gasto ejecutado por el MSP se realizó a nivel de hospitales o para monitorear su gestión; el 30% se dedicó a centros de salud y el resto a puestos de salud (Tabla 3). Una vez obtenido el presupuesto ejecutado por tipo de proveedor, fue posible calcular el costo promedio por visita efectuada a cada tipo de proveedor.

Aunque no se logró levantar datos acerca de los costos unitarios de producción por servicio médico en cada centro, es importante notar que la información presupuestaria utilizada fue bastante confiable y completa. Se superó limitaciones de trabajos anteriores en cuanto a evaluación de la efectividad del gasto en salud para ayudar a los pobres. Por ejemplo, Rob Vos et al. (2003) solo incluyeron el presupuesto ejecutado que llegó directamente a las unidades de producción, ignorando una gran parte del presupuesto ejecutado que se dedicó a gasto administrativo para poder monitorear la gestión de los proveedores.

En forma similar se pudo distribuir el presupuesto de gastos en salud del IESS y del SSC, por tipo de proveedor. A éste se le asignó una

[43] Esta información se obtuvo de la ENDEMAIN 2004, Informe final.

parte del presupuesto administrativo total de cada entidad, de acuerdo al tamaño de cada centro. Luego se procedió a distribuir el presupuesto por proveedor y por provincia. Para el SSC no se dispuso de datos con desagregación provincial, por lo que fue necesario tomar el presupuesto de la zona y aplicarle un ponderador correspondiente al número de dispensarios en cada provincia. El análisis consideró todo el presupuesto gastado por las unidades del IESS y del SSC (que proviene de aportes laborales) más las aportaciones directas del gobierno central y más lo recaudado como aportes a los trabajadores.

Rob Vos et al. (2003) no desagregaron directamente el gasto ejecutado del IESS y del SSC por tipo de proveedor. Utilizaron el presupuesto total para atención médica del IESS y del SSC y lo repartieron de acuerdo a las proporciones reportadas por el MSP. Por lo tanto, los datos presupuestarios reportados en este estudio son más precisos. Las tablas 5 y 7 contienen el gasto ejecutado durante 2003 por el IESS y el SSC. La Tabla 8 presenta el gasto total ejecutado en 2003 por las tres entidades consideradas en este estudio (MSP, IESS, y SSC). El 60% del gasto público en salud total en ese año se dedicó a hospitales y la diferencia a centros y puestos de salud. Si los consumidores que acudieron a los hospitales dispusieron de mayores ingresos, se podría sugerir regresividad en el gasto.

En la mayoría de trabajos que utilizan la metodología BIA para obtener el gasto por tipo de servicio, los gastos en hospitales se consideran equivalentes a gastos en servicios curativos, mientras que el gasto en puestos y centros de salud se los toma como gastos en servicios primarios o preventivos. Aunque en general esto puede ser cierto, no es del todo correcto. Algunos usuarios pueden asistir a los hospitales para recibir servicios primarios o preventivos. Esto es de particular importancia cuando la calidad de los servicios ofrecidos por cada tipo de proveedor varía significativamente. En este caso, los usuarios pueden evitar los puestos y centros de salud porque asumen que la calidad de la atención en los hospitales es superior, incluso para servicios primarios y preventivos.[44]

[44] Para una discusión sobre este punto, referida a países en desarrollo, ver Akin et al., 1998.

Tabla 8
Gasto total en salud del MSP, IESS y SSC por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Provincia	Hospitales (a)	(%)	Centros de salud (b)	(%)	Otros puestos de salud (c)	(%)	Total
Azuay	22,14	70,1%	5,02	15,9%	4,41	14,0%	31,57
Bolívar	2,72	38,4%	2,24	31,6%	2,13	30,0%	7,09
Cañar	3,66	41,7%	2,37	27,0%	2,75	31,3%	8,78
Carchi	1,91	29,9%	2,26	35,3%	2,23	34,8%	6,40
Cotopaxi	6,18	51,4%	3,55	29,5%	2,30	19,1%	12,02
Chimborazo	6,86	57,7%	2,55	21,4%	2,49	20,9%	11,90
Imbabura	7,87	52,2%	3,78	25,1%	3,42	22,7%	15,06
Loja	11,03	53,3%	4,98	24,1%	4,67	22,6%	20,68
Pichincha	101,20	76,2%	13,74	10,3%	17,92	13,5%	132,86
Tungurahua	8,63	62,6%	3,35	24,3%	1,81	13,1%	13,79
Sierra	**172,18**	**66,2%**	**43,84**	**16,9%**	**44,11**	**17,0%**	**260,13**
El Oro	11,39	52,1%	6,26	28,6%	4,22	19,3%	21,87
Esmeraldas	6,85	43,2%	5,83	36,7%	3,19	20,1%	15,88
Guayas	77,96	60,9%	19,09	14,9%	30,88	24,1%	127,93
Los Ríos	3,65	30,4%	5,43	45,2%	2,94	24,5%	12,02
Manabí	25,76	60,5%	8,27	19,4%	8,53	20,0%	42,56
Costa	**125,60**	**57,0%**	**44,88**	**20,4%**	**49,76**	**22,6%**	**220,24**
Morona Santiago	1,39	24,4%	2,46	43,2%	1,84	32,4%	5,69
Napo	2,56	55,3%	1,18	25,5%	0,89	19,2%	4,63
Pastaza	2,37	68,8%	0,64	18,6%	0,43	12,6%	3,45
Zamora	1,54	35,8%	1,51	35,1%	1,25	29,1%	4,30
Sucumbíos	2,19	50,9%	1,33	30,9%	0,79	18,3%	4,31
Orellana	0,00	0,0%	1,26	52,9%	1,12	47,1%	2,38
Amazonía	**10,04**	**40,6%**	**8,38**	**33,9%**	**6,33**	**25,6%**	**24,75**
Galápagos	**0,77**	**38,7%**	**0,48**	**24,2%**	**0,74**	**37,1%**	**1,99**
Total Nacional	**308,60**	**60,9%**	**97,58**	**19,2%**	**100,94**	**19,9%**	**507,12**

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, IESS, SSC
(a) Incluye hospitales del MSP y del IESS
(b) Incluye centros de salud del MSP
(c) Incluye otros puestos de salud del MSP, IESS y SSC

Una vez obtenido el presupuesto ejecutado por tipo de proveedor, se examinó la información de la ENDEMAIN 2004 para estimar los niveles de utilización de servicios por parte de la población.[45] Esta encuesta ofrece dos ventajas sobre la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 1999, utilizada en trabajos anteriores. La ENDEMAIN 2004 no solo permite conocer si el consumidor acudió a un hospital, centro de salud, o puesto de salud (información incluida en la ECV

[45] Esta encuesta se diseñó para recopilar información sobre la vivienda y el hogar, la composición y características de sus miembros, las mujeres y los niños, el uso de servicios de salud, los gastos en salud y el consumo de los hogares. La muestra de la población civil fue probabilística, estratificada, por conglomerados y multi-etápica; se la conformó con 692 segmentos, divididos entre el área urbana y rural. Se seleccionaron independiente 17 estratos de cobertura nacional. Se recopiló información en 42 hogares por cada segmento. En total se investigaron 28.900 hogares. ENDEMAIN 2004, Informe final.

1999), sino que también determina si el proveedor pertenece al MSP, IESS o SSC (información no considerada en la ECV 1999).[46] Además, la ENDEMAIN 2004 incluye información más detallada acerca del consumo y los activos del hogar, lo que permite una estimación más precisa del nivel y calidad de vida de los consumidores.

Los costos unitarios de atención se estimaron con el gasto ejecutado por proveedor y el número total de visitas a cada proveedor. Una vez clasificados los consumidores por cada tipo de proveedor, se distribuyó el gasto ejecutado usando como ponderador la importancia relativa de cada tipo de consumidor en el total de consumidores de consultas médicas. Este análisis se aplicó a cada entidad, por zona geográfica, por sexo y edad de los consumidores. Con la finalidad de presentar resultados más robustos, por último se realizó un análisis de sensitividad para evaluar cómo afectaban a los resultados las diferentes medidas de nivel socioeconómico de los consumidores.

Antes de presentar los resultados, es preciso insistir en dos puntos. Como se mencionó al comentar la ecuación (2), en el cálculo del subsidio se deben deducir los pagos personales de los consumidores por la visita médica. La encuesta contiene información sobre los pagos de los consumidores, pero no se la incluyó porque esos recursos no quedaron en los establecimientos, sino que se destinaron a un fondo en el gobierno central. Por otro lado, se debe recalcar que en los procesos de cálculo no se identificó el costo de la atención médica recibida por cada tipo de consumidor. Esto es importante a la hora de interpretar los resultados, pues pudo ocurrir que los hospitales del MSP hayan recibido una mayor proporción de consumidores de bajos ingresos que de altos ingresos. Pero también pudo ocurrir que dentro del hospital los consumidores de bajos ingresos hayan recibido los servicios de costos más bajos, mientras que la minoría de altos ingresos pudo recibir los servicios más costosos. Este no es un escenario improbable, pues no sería infrecuente que individuos de altos ingresos que no pueden cubrir los costos de sus tratamientos en centros privados decidan acudir a una unidad del MSP.[47]

[46] En investigaciones anteriores se ha asumido que las personas que reportan afiliación al seguro social acuden a los establecimientos del IESS, así como los afiliados al SSC acuden a las unidades de esta entidad. También se ha asumido que los no asegurados recurren a los hospitales y centros del MSP. Sin embargo, en la práctica esto no necesariamente sucede. Individuos afiliados al IESS, o hasta beneficiarios de seguros privados, pueden terminar recibiendo atención en centros del MSP. La información contenida en la Encuesta de Hogares 2004 permite omitir estos supuestos fuertes para afinar el cálculo de los beneficiarios del gasto. Ver, por ejemplo, Rob Vos et al. (2003).

[47] En general, se puede suponer que los individuos con altos ingresos no acuden al IESS, sino únicamente cuando requieren tratamientos complejos y de alto costo.

V ¿A quién beneficia el gasto?

Este capítulo presenta los resultados del análisis, por entidades (MSP, IESS, SSC), tipo de proveedor, sexo del consumidor, grupos de edad y ubicación geográfica del consumidor que reportó la consulta médica. Como el número de clientes del SSC identicados en la ENDEMAIN 2004 fue muy pequeño, no se reportaron los resultados de esa entidad. La clasificación de los usuarios por nivel económico se realizó en base al consumo por adulto equivalente. Los resultados no difieren cuando se utiliza la clasificación obtenida con el índice de análisis factorial aplicado en la información sobre bienes durables y características de la vivienda, aunque no han sido publicados.

La Tabla 9 presenta la evaluación del gasto ejecutado por el MSP. El análisis del gasto total indica que fue progresivo, es decir, una mayor proporción benefició a clientes de bajo nivel económico. Del análisis del gasto por tipo de proveedor se concluye que el gasto fue pro-pobre en los puestos de salud y en los hospitales, mientras que en los centros de salud los gastos se concentraron en los deciles de los estratos medios. Como se mencionó, estos resultados resultan de la asignación del presupuesto ejecutado al número de clientes, en cada nivel económico. Pudo suceder que clientes con mejor nivel económico fueron menos propensos a acudir a los centros del MSP -como se discutió en el segundo capítulo-, pero que los pocos que acudieron consumieron servicios médicos costosos. También se debe tomar en

Tabla 9
Análisis de la incidencia del gasto en salud del MSP por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Deciles	Hospitales	Centros de salud	Otros puestos de salud	Total
1	18,66	7,95	8,34	34,95
2	20,65	8,20	7,94	36,78
3	21,16	9,30	7,21	37,67
4	17,14	13,11	7,35	37,60
5	23,60	11,41	7,72	42,74
6	19,59	13,75	4,97	38,31
7	14,44	10,73	5,25	30,42
8	17,27	12,56	4,44	34,27
9	12,04	6,61	1,94	20,59
10	6,94	3,97	0,84	11,75
Total	171,48	97,58	56,00	325,06

cuenta que los individuos más pobres pudieron pagar parte de los servicios recibidos. No obstante, el gasto del MSP fue progresivo, resultado que se sustenta en la alta concentración de usuarios de estratos más pobres.

Una significativa proporción de los gastos se dedicó a los estratos medios. Esto era de esperar, pues la oferta de servicios del MSP está abierta a todas las personas, independientemente de su afiliación a servicios de seguro médico, público o privados. Por lo demás, este resultado es típico en sistemas de salud pública de cobertura universal.

El gasto del IESS se resume en la Tabla 10. Como esta entidad no tiene centros de salud, la columna correspondiente no reporta valores. Al contrario de lo detectado en el MSP, el gasto ejecutado por el IESS resultó regresivo, a nivel de hospitales y de otros puestos de salud. En otras palabras, entre los afiliados atendidos, la probabilidad de asistir a los proveedores del IESS fue más alta para personas de mayores ingresos. El hecho de que los aportes al seguro sean función del ingreso, con una escala predeterminada y un límite de ingreso máximo para la estimación de la contribución, implica que los individuos de menores ingresos recibieron beneficios menores en proporción a la utilidad marginal del ingreso aportado. Si los proveedores del IESS cobrasen alguna tarifa por los servicios ofrecidos, el gasto sería más regresivo que lo reportado en este análisis. El Gráfico 2 presenta las estructuras del gasto total del MSP y del IESS.

Tabla 10
Análisis de la incidencia del gasto en salud del IESS por tipo de proveedor 2003
Millones de dólares

Deciles	Hospitales	Centros de salud	Otros puestos de salud	Total
1	3,73	0,00	2,56	6,30
2	7,13	0,00	3,27	10,40
3	8,22	0,00	2,53	10,75
4	8,69	0,00	2,81	11,51
5	9,21	0,00	2,30	11,51
6	15,59	0,00	2,88	18,47
7	13,84	0,00	2,96	16,80
8	20,91	0,00	3,93	24,84
9	21,74	0,00	3,52	25,26
10	28,06	0,00	4,44	32,50
Total	137,12	0,00	31,21	168,33

El análisis del gasto ejecutado en el MSP por sexo de los consumidores indica que las mujeres recibieron mayores beneficios que los hombres. Éste fue progresivo, es decir, tanto los hombres como las mujeres más pobres recibieron más beneficios que los hombres y las mujeres de los estratos superiores de la distribución de nivel socioeconómico. Además, las mujeres más pobres recibieron más beneficios que los hombres más pobres. Aunque la Tabla 10 no lo detalla, estos resultados se mantuvieron al aplicarlos a hospitales, centros y puestos de salud. Pese a no disponerse de costos unitarios de los servicios consumidos por hombres y mujeres, esta conclusión se podría explicar por el hecho de que las mujeres suelen usar con mayor frecuencia los servicios médicos.[48]

Para el caso del IESS los resultados son diferentes. El gasto fue regresivo para mujeres y hombres, en hospitales y en puestos de salud. Es importante notar que, si bien las mujeres con mayores ingresos se beneficiaron más de este gasto que los hombres con mayores ingresos, no ocurrió lo mismo con los individuos más pobres. Los hombres más pobres recibieron más beneficios del gasto ejecutado por el IESS que las mujeres más pobres.[49] Esto pudo ocurrir (no se dispone de datos para verificarlo) porque los proveedores del IESS suministran servicios curativos que tienden a beneficiar menos a las mujeres, en lugar de servicios preventivos como atención prenatal y post embarazo, por ejemplo, que benefician más a las mujeres.

El análisis del gasto en salud por grupos de edad indica que el gasto del MSP fue pro-pobre en los tres tipos de proveedores y en todos los grupos de edad. Los mayores beneficiarios fueron los niños menores de 4 años y las personas pobres mayores de 60 años. El gasto ejecutado por el MSP fue pro-pobre y benefició a los grupos más necesitados de atención médica de la población. Los programas de cuidado infantil focalizados a familias de menores ingresos habrían determinado estos resultados.

La evaluación del gasto del IESS, por grupos de edad arrojó resultados ambiguos. El gasto fue pro-pobre para niños menores de edad, pero no para personas mayores de 60 años. Entre las personas en edad de trabajar (entre 16 y 59 años), el gasto fue regresivo. Que una alta proporción del gasto se dedique a afiliados mayores de 59

[48] A través de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita, por ejemplo, el MSP tiene alta incidencia en la atención a mujeres.

[49] Estos resultados podrían explicarse porque las mujeres pobres tienen menores tasas de afiliación al IESS, dadas las rigideces del mercado laboral.

años con ingreso por encima de la media indicaría que los proveedores del IESS están suministrando preferentemente servicios curativos. En un sistema con escasez de oferta de este tipo de servicios, los afiliados con mayores ingresos estarían en mejores condiciones para reducir los tiempos de espera por la atención.[50]

Por último, el gasto por zona geográfica (Tabla 11 para el MSP y Tabla 12 para el IESS) refleja que el gasto del MSP fue pro-pobre en las regiones de la Costa, Sierra y Amazonia, con una mayor diferencia en la zona costera. En cada zona, para cada tipo de proveedor, el gasto fue progresivo. Una conclusión totalmente opuesta se desprende del análisis del gasto del IESS, que fue regresivo en todas las regiones, con la mayor diferencia en beneficio de las personas con más ingresos en la Sierra.[51]

[50] Este sería el caso si la persona puede ejercer algún tipo de influencia en los proveedores.

[51] Nuevamente, este resultado puede estar condicionado por el tipo de servicio prestado: el IESS se enfoca más en curación que en prevención.

Tabla 11
Análisis de la incidencia del gasto en salud del MSP por tipo de proveedor y región 2003
Millones de dólares

Deciles	Hospitales				Centros de Salud				Otros Puestos de Salud				Total			
	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos
1	10,01	7,54	1,11	0,00	3,72	3,72	0,51	0,00	3,87	3,82	0,65	0,00	17,60	15,08	2,27	0,00
2	12,36	6,43	1,84	0,01	5,47	2,26	0,47	0,00	4,40	2,77	0,77	0,00	22,23	11,46	3,08	0,01
3	11,37	8,19	1,59	0,01	5,36	3,70	0,24	0,00	3,81	2,98	0,42	0,00	20,54	14,87	2,25	0,01
4	9,03	7,68	0,43	0,00	6,69	5,70	0,72	0,00	3,65	3,43	0,27	0,00	19,36	16,81	1,42	0,00
5	15,14	7,63	0,80	0,03	5,51	5,67	0,23	0,00	3,80	3,15	0,76	0,01	24,46	16,45	1,79	0,04
6	11,14	6,44	1,93	0,08	8,22	5,53	0,00	0,00	2,53	2,27	0,17	0,00	21,89	14,24	2,10	0,08
7	6,01	6,67	1,67	0,09	4,56	5,84	0,33	0,00	1,94	2,96	0,33	0,01	12,52	15,47	2,33	0,10
8	6,50	8,44	2,22	0,12	3,75	8,18	0,63	0,00	1,20	2,74	0,50	0,00	11,44	19,36	3,35	0,12
9	4,48	5,82	1,57	0,17	1,36	5,17	0,08	0,00	0,82	0,94	0,17	0,01	6,66	11,93	1,82	0,18
10	2,09	3,60	1,18	0,06	1,61	2,36	0,00	0,00	0,18	0,58	0,08	0,00	3,88	6,54	1,26	0,06
Total	88,14	68,44	14,32	0,57	46,25	48,14	3,20	0,00	26,20	25,64	4,13	0,03	160,58	142,21	21,65	0,61

Tabla 12
Análisis de la incidencia del gasto en salud del IESS por tipo de proveedor y región 2003
Millones de dólares

Deciles	Hospitales				Centros de Salud				Otros Puestos de Salud				Total			
	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos	Costa	Sierra	Amazonía	Galapagos
1	0,77	2,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,51	0,87	0,18	0,00	2,28	3,83	0,18	0,00
2	2,65	4,05	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	1,82	0,00	0,00	4,10	5,87	0,43	0,00
3	4,06	3,77	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,77	1,59	0,18	0,00	4,83	5,35	0,58	0,00
4	4,16	4,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	1,41	0,27	0,00	5,30	5,94	0,27	0,00
5	3,78	5,03	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	0,96	0,00	0,00	5,12	5,99	0,39	0,00
6	6,83	8,33	0,39	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66	1,50	0,72	0,00	7,48	9,84	1,12	0,03
7	6,60	7,21	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	2,32	0,00	0,01	7,24	9,53	0,03	0,01
8	11,85	8,23	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,68	2,07	0,18	0,00	13,53	10,30	1,00	0,00
9	7,04	14,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,21	2,22	0,09	0,00	8,25	16,92	0,09	0,00
10	10,63	16,51	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,81	2,63	0,00	0,00	12,44	19,14	0,92	0,00
Total	58,37	75,32	3,39	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	12,20	17,38	1,63	0,01	70,57	92,70	5,01	0,04

VI. Conclusiones

Esta investigación contribuye al estudio de la economía de la salud en países en vías de desarrollo con una aplicación mejorada de la metodología BIA al caso del gasto público en salud en el Ecuador. Los resultados reportados no son consistentes con la literatura previa sobre el gasto en salud entre la población pobre. La pregunta planteada inicialmente permite afirmar que en el caso ecuatoriano el gasto público en salud no puede ser caracterizado en forma simple.

Por un lado, el MSP -el mayor receptor del gasto en salud del gobierno- distribuyó sus recursos hacia proveedores que atienden principalmente a individuos de bajos ingresos. Entre los pobres se encontró que mujeres, niños y ancianos recibieron los mayores beneficios. Esto es particularmente relevante, si se considera que estos grupos son los más vulnerables.

Pero por otro lado, el IESS reflejó una estructura regresiva en la asignación de sus servicios médicos. Contradiciendo las expectativas iniciales, los consumidores con mayores posibilidades económicas y los individuos en edad de trabajar fueron los principales beneficiarios de los servicios ofrecidos por los proveedores del IESS. Más aún, entre los afiliados pobres, los hombres se beneficiaron más que las mujeres de los gastos ejecutados por el IESS. Como se señaló, esto se debería a que los proveedores financiados por el IESS enfocaron su actividad más al tratamiento que a la prevención (cuidados prenatales, postnatales y otros), lo que en general favorece menos a las mujeres.

Estos resultados deben ser interpretados con cautela. Primero, por la falta de información sobre los costos de producción de los servicios médicos para los diferentes tipos de proveedores, se hace difícil establecer si los consumidores de bajos ingresos recibieron la mayor proporción del presupuesto. En segundo lugar, por la carencia de información completa sobre el tipo o calidad de los cuidados recibidos por los consumidores. Por último, no debe olvidarse que, a pesar de que los usuarios de bajos ingresos son más propensos a acudir al MSP, eventualmente podrían haber pagado una mayor proporción de sus ingresos para recibir esos cuidados.

Este análisis sugiere que los grupos más vulnerables de la sociedad pueden haber recibido una proporción significativa de los beneficios de la reciente expansión del gasto público en salud. Sin embargo esto no implica, necesariamente, que una mayor expansión ayudaría proporcionalmente a los pobres. El análisis BIA mide el beneficio promedio del consumo de cuidados médicos y no el beneficio marginal. Más aún, la evaluación de las ganancias marginales de estos gastos en términos de la salud del individuo, en particular de los pobres, requiere de análisis adicionales. Son estas ganancias las que promueven el desarrollo del capital humano que incentiva el crecimiento económico. Por esto, es necesario que la política de cuidados de salud se focalice en la población pobre y, especialmente, en los trabajadores de bajos ingresos que pueden recurrir a los servicios del IESS.

En forma complementaria, para mejorar el proceso de toma de decisiones e incrementar la eficiencia y equidad de la distribución de los recursos públicos, merece destacarse la incidencia del factor geográfico en la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Varios mecanismos de distribución geográfica explicarían las desigualdades regionales en el consumo de cuidados médicos de los proveedores del MSP y del IESS. Para reducir efectivamente estas disparidades se pueden emplear políticas de información.

Además, para optimizar la equidad de los gastos de salud del IESS se podría pensar en políticas alternativas que promuevan un mayor énfasis en la prevención de las enfermedades de alta incidencia entre los trabadores más pobres.

La metodología BIA parece particularmente útil para evaluar si los pobres efectivamente se están beneficiando de los gastos en salud pública. Este análisis sugiere que, con el uso de información apropiada sobre el gasto fiscal y sobre la salud de los hogares, se puede elaborar información valiosa para comprender las consecuencias distributivas de las asignaciones en el sector salud.

VII. Bibliografía

• Akin, J. and P. Hutchinson (1999). "Determinants of Health Care Facility Choice and the Phenomenon of Bypassing Facilities." Health Policy and Planning. 14(2): 135-151.

• Aaron, H. y M. McGuire (1970), "Public goods and Income Distribution", **Econometrica**, vol. 38, pp. 907-920.

• Banco Central del Ecuador (1997), **Cuentas Nacionales de Salud, Informe Final Ecuador.**

• Besley, T. y S. Coate (1991). "Public Provision of Private Goods and the Redistribution of Income", **American Economic Review**, 81, pp. 979-984.

• Castro-Leal, F., J. Dayton, L. Demry y K. Mehra (1999), "Public Social Spending in Africa: Do the Poor Benefit?", The World Bank Research Observer, 14:1, pp.49-72.

• Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (2005), "Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil – ENDEMAIN 2004", Informe final, Quito.

• Davoodi H., E. Tiongson y S. Asawanuchit (2003), "How useful are Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending"; **IMF Working Paper** WP/03/227.

• Deaton, A. (1997), **The Analysis of Household Surveys: A micro-econometric approach to Development Policy**, The John Hopkins University Press, Baltimore y London.

• De Vos, S. (1998), "Regional Differences in living arrangements among the el derly in Ecuador", **Journal of Cross Cultural Gerontology**, 13:1, pp. 1-20.

• Esim, S. (2000), "Impact of Government Budgets on Poverty and Gender Equality", Working Paper, Inter-Agency Workshop on Improving the Effectiveness of Integrating Gender into Government Budgets, Commonwealth Secretariat, Marlborough House, London.

• Fielder, J. (1999), "Demand, Market Structure and the Formalizing of Ministry of Health Fees: A Nicaraguan Case Study", **World Development**, 27:7, pp. 1173-1189.

• Iriart, C., E. Merhy y H. Waitzkin (2001), "Managed care in Latin America: The new common sense in Health Policy Reform", **Social Science and Medicine** 52, pp. 1243-1253.

• Lanjouw, P. y M. Ravallion (1998), "Benefit Incidence and the Timing of Program Capture", Working Paper, The World Bank's 1998 Poverty Assessment for India.

• Mahal, A., J. Singh, F. Afridi y V. Lamba (2001), "Who Benefit from Public Health Spending in India", HNP Discussion Paper, The World Bank, Washington D.C.

• Mayer, D., H. Mora, R. Cermeno, A Barona y S. Duryeau (2000), "Health, Growth, and Income Distribution in Latin America and the Caribbean: A study of the determinants and regional and local behavior", Working Paper, Pan American Health Organization, Washington D.C.

• Meerman, J. (1979), **Public Expenditures in Malaysia: Who benefits and why?** Oxford University Press, New York.

• Ministerio de Economía y Finanzas de Ecuador (2003), Sistema Integrado de Gestión Financiera, Quito.

• Pan American Health Organization (2001), **Profile of the Health Services System of Ecuador**, 2nd edition.

• Puertas, B. y M. Schlesser (2001), "Assessing Community Health among Indigenous Populations in Ecuador with a Participatory Approach: Implications for Health Reform", **Journal of Community Health**, vol. 26:2, pp. 133-147.

• Pritchett L, y L. Summers (1996), "Wealthier is Healthier", **Journal of Human Resources**, 31 (4), pp. 841-868.

• Sahn, D. y S. Younger (2000), "Expenditure Incidence in Africa: Microeconomics Evidence", **Fiscal Studies**, 21:3, pp. 329-347.

• Schieber, G. y A. Maeda (1999), "Health Care Financing and Delivery in Developing Countries", **Health Affairs**, 18:3, pp. 193-205.

• Suárez-Torres, J. y D. López-Paredes (1997), "Development, Environment, and Health in Crisis: The Case of Ecuador", **Latin American Perspectives**, 24:3, pp. 83-103.

• Younger, S. (2003), "Benefit on the Margin: observations on Marginal Benefit Incidence", **The World Bank Economic Review**, vol. 17:1, pp. 89-106.

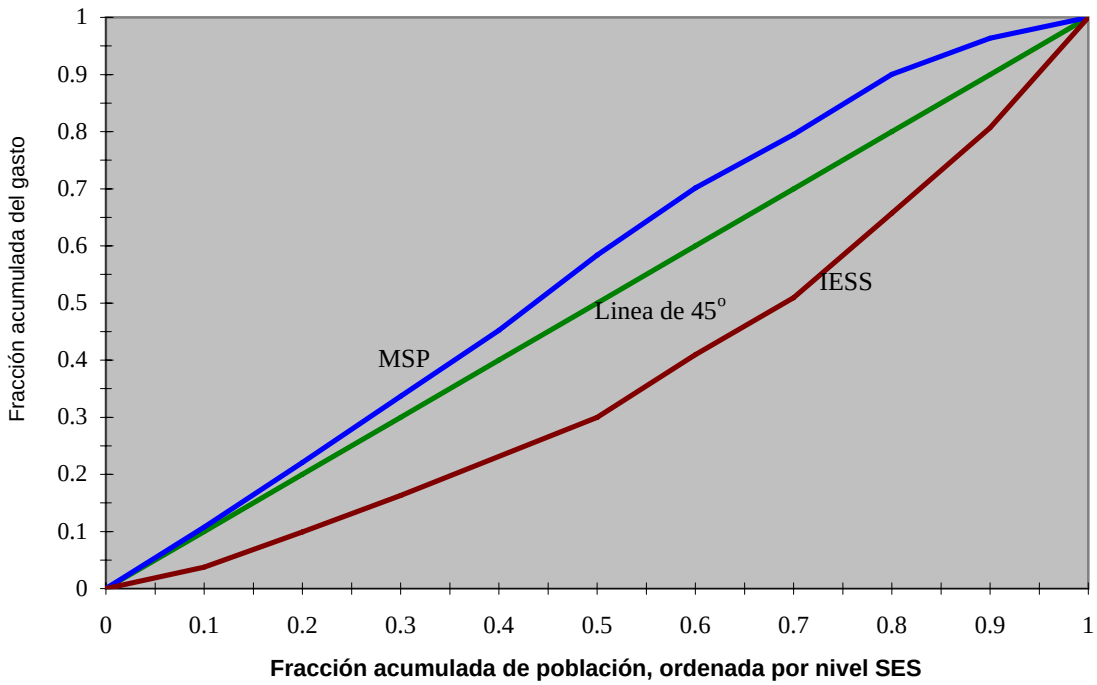
• Younger, S., M. Villafuerte y L. Jara (1997), **Incidencia Distributiva del Gasto Público y Funciones de Demanda en el Ecuador: Educación, Salud y Crédito Agrícola del BNF**. FLACSO, Sede Ecuador, Biblioteca de Ciencias Sociales n. 3.

• Vos, Rob et al. (2003), **Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador? Desafíos para mejorar la calidad y eficiencia del gasto social**, SIISE-STFS, Quito.

• Water, H. (1999), "Measuring the impact of Health Insurance with a correction for selection bias—A Case study for Ecuador", **Health Economics**, 8, pp. 473-483.

• Waters, H. (2000), "Measuring Equity in access to Health care", **Social Science and Medicine** 51, pp. 599-612.
• Zweifel, P y F. Breyer (1997), **Health Economics**, Oxford University Press, New York, Oxford.

Gráfico 2: Curva de distribución del gasto del MSP y del IESS



MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRABAJO Y EMPLEO

ministerio del ambiente

MINISTERIO DE VIVIENDA

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS