



GRUPO BANCO MUNDIAL

Reporte Nro: AUS0001589

EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN ECUADOR

Situación actual y opciones de política





GRUPO BANCO MUNDIAL

Práctica Global de Salud, Nutrición y Población

Cita de la fuente.- El reporte debe citarse de la siguiente manera:

Vermeersch, C. y Giovagnoli, P.I. (2020) *Eficiencia del gasto público en salud en Ecuador: situación actual y opciones de política*. Washington, D.C. Grupo Banco Mundial.

Declaración derechos de autor (Copyright):

El material en esta publicación tiene derechos de autor. Copiar y/o transmitir partes o todo el trabajo sin permiso puede ser una violación de la ley aplicable. El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / El Banco Mundial alienta la difusión de su trabajo y normalmente otorgará permiso para reproducir partes del trabajo.

Para obtener permiso para fotocopiar o reimprimir cualquier parte de este trabajo, envíe una solicitud con información completa a Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA, teléfono 978-750-8400, fax 978-750-4470, <http://www.copyright.com>

Todas las demás consultas sobre derechos y licencias, incluidos los derechos subsidiarios, deben dirigirse a: The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA, fax 202-522-2422, e-mail.

Línea editorial y diseño:

Graphus® 290 2760
Febrero de 2020

CONTENIDO

Siglas y acrónimos	10
Agradecimientos	11

INTRODUCCIÓN	12
---------------------	-----------

Capítulo 1	
POBLACIÓN Y SITUACIÓN DE SALUD	14

Capítulo 2	
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: MODELO DE PROVISIÓN Y FINANCIAMIENTO	19
• Modelo de provisión de servicios de salud	21
• Financiamiento en salud: instituciones y procesos	27

Capítulo 3	
COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD DEL MSP	36

Capítulo 4	
INSUMOS Y CAPITAL DEL MSP	42
• Fuentes de datos	42
• ¿Qué se compra?	46
• ¿Cómo se compra?	51
• ¿Quiénes compran?	55
• Logros y desafíos	58
• Capital	59

Capítulo 5

COMPRAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL MSP A OTRAS ENTIDADES	61
--	-----------

Capítulo 6

RECURSOS HUMANOS DEL MSP	69
• Tendencias generales	72
• Modalidades de vinculación laboral	73
• Cargos	79
• Salario mensual promedio por cargo	85
• Cargos y modalidades de vinculación laboral	87
• Indicadores de la Organización Mundial de la Salud	92
• Entidades contratantes y lugares de trabajo	96
• Asignación de personal según nivel de atención	100

Capítulo 7

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS Y PRODUCTIVIDAD DEL MSP	103
• Análisis de la producción de servicios	106
• Análisis de la productividad	112
• Salud materna	121

CONCLUSIONES **130**

• Mensajes clave	130
• Resumen	132
• Plan de acción a corto y mediano plazo	136

ANEXOS **138**

• Anexo 1: Tablas y figuras anexas	138
• Anexo 2: Algoritmo de asignación del recurso humano por tipo de unidades/niveles de atención	144
• Anexo 3: Aplicación (app) de visualización de los indicadores de producción y productividad	146

BIBLIOGRAFÍA **150**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Pirámides de población, 2012-2030	14
Figura 2:	Tasa de fertilidad de los adolescentes (nacimientos por 1.000 mujeres de 15-19 años)	15
Figura 3:	Prevalencia de desnutrición crónica, altura para la edad (% de niños menores de 5 años)	16
Figura 4:	Cobertura de inmunizaciones según biológico del esquema regular de vacunas en Ecuador. 2013-2018	17
Figura 5:	Principales causas de la carga de morbilidad, por importancia. 1990-2016	18
Figura 6:	Porcentaje de establecimientos pertenecientes a cada entidad según tipología, primer nivel	25
Figura 7:	Cobertura de seguro de salud, % de la población. 2014	28
Figura 8:	Proceso presupuestal en el MSP	30
Figura 9:	Proceso presupuestal en el IESS	31
Figura 10:	Proceso presupuestal en el ISSFA e ISSPOL	33
Figura 11:	Evolución del gasto total devengado del Estado. 2013-2018	36
Figura 12:	Participación de los principales sectores en el gasto sectorial total (%). 2013-2018	37
Figura 13:	Proceso de producción en el sistema de salud	39
Figura 14:	Gasto público en salud según factores de producción. 2018	40
Figura 15:	Gasto público en salud según factores de producción (%). 2015-2018	41
Figura 16:	Gasto en insumos. 2015-2018	47
Figura 17:	Gasto en medicamentos e insumos médicos registrados en PGE y SERCOP	48
Figura 18:	Gasto en insumos médicos desagregado. 2015-2018	49
Figura 19:	Gastos en servicios no médicos desagregados. 2015-2018	51
Figura 20:	Ordenes de compra de medicamentos e insumos médicos registradas en SERCOP según tipo de proceso. 2015-2018	54
Figura 21:	Gasto en medicamentos e insumos médicos registrados en SERCOP según tipo de proceso. 2015-2018	55
Figura 22:	Participación de los procesos de adquisición sobre el gasto total en medicamentos (%)	57

Figura 23:	Gasto total en capital según función. 2015-2018	60
Figura 24:	Montos pagados por MSP a cada entidad según año de prestación del servicio	63
Figura 25:	Montos pagados por MSP a cada entidad según tipo de servicios. Acumulado al 2018	64
Figura 26:	Montos pagados en hospitalización por MSP a cada entidad según fechas	66
Figura 27:	Montos pagados en servicios ambulatorios por MSP a cada entidad según fechas	67
Figura 28:	Montos pagados en diálisis/hemodiálisis por MSP a cada entidad según fechas	68
Figura 29:	Gasto mensual en recursos humanos y número de puestos. Enero 2015-octubre 2019	73
Figura 30:	Clasificación del recurso humano según régimen y modalidad de vinculación laboral. Octubre 2019	75
Figura 31:	Gasto mensual en recurso humano y número de puestos según modalidad de vinculación laboral. 2015-2019	76
Figura 32:	Número de puestos ocasionales según tipo de contrato ocasional. 2015-2019	77
Figura 33:	Gasto salarial y número de puestos con nombramiento según tipo de contrato. 2015-2019	78
Figura 34:	Variación absoluta del gasto (2015-2018) según tipo de puesto	85
Figura 35:	Salario mensual promedio según especialidad del médico. 2015-2019	86
Figura 36:	Salario mensual promedio según cargos no médicos. 2015-2019	87
Figura 37:	Perfil de cargos en nombramientos y “otros contratos ocasionales” (%). Octubre 2019	89
Figura 38:	Modalidad de vinculación laboral de médicos según nivel de atención. Abril 2019	90
Figura 39:	Modalidad de vinculación laboral de médicos, por provincia. Abril 2019	91
Figura 40:	Modalidad de vinculación laboral de médicos y pobreza, por provincia	91
Figura 41:	Densidad del recurso humano del MSP por 10 mil habitantes según clasificación OMS. 2015-2019	93
Figura 42:	Evolución de puestos y gastos de médicos y enfermeros según clasificación OMS. 2015-2019	94
Figura 43:	Densidad de médicos y enfermeras vs. pobreza por provincia. Abril 2019	95

Figura 44:	Ratio enfermeras por médicos y pobreza, por provincia. Abril 2019	96
Figura 45:	Gasto salarial, sectorial 12, por tipo de EOD contratante. 2015-2019	97
Figura 46:	Número de puestos en sectorial 12, por tipo de EOD contratante	97
Figura 47:	Cargos por tipo de lugar físico de trabajo. Abril 2019	99
Figura 48:	Posibles niveles de análisis de productividad	104
Figura 49:	Estrategia de vinculación entre los factores de producción y la producción de servicios	105
Figura 50:	Histograma de la producción de servicios médicos, por nivel de atención. Abril 2018	109
Figura 51:	Histograma de la producción de servicios odontológicos, por nivel de atención. Abril 2018	110
Figura 52:	Histograma de la producción de partos, por nivel de atención. Abril 2018	111
Figura 53:	Histograma de la productividad de médicos, a nivel establecimiento. Abril 2018-2019	114
Figura 54:	Histograma de la productividad de profesionales de la salud (excl. odontólogos), a nivel establecimiento. Abril 2018-2019	115
Figura 55:	Histograma de la productividad de odontólogos, a nivel establecimiento. Abril 2018-2019	116
Figura 56:	Curva de productividad de establecimientos, por nivel de atención	117
Figura 57:	Histograma de establecimientos MSP, según costo por unidad de servicios. Abril	119
Figura 58:	Nacidos vivos por lugar de ocurrencia. 1993-2017	121
Figura 59:	Nacidos vivos atendidos por médicos según lugar de ocurrencia. 2015-2018	124
Figura 60:	Nacidos vivos en MSP asistidos por médicos y cantidad de médicos obstétricos. 2015-2018	125
Figura 61:	Nacidos vivos en MSP asistidos por obstétricas y cantidad de obstétricas. 2015-2018	126
Figura 62:	Número promedio de visitas prenatales según lugar de ocurrencia del parto. 2015-2018	127
Figura 63:	Porcentaje de bajo peso al nacer según provincia. 2015-2018	128
Figura 64:	Porcentaje de bajo peso al nacer en establecimientos del MSP según provincia. 2015-2018	128

LISTA DE TABLAS

Tabla 1:	Principales textos sobre la salud en la Constitución del 2008	20
Tabla 2:	Prestación de servicios. Número de establecimientos y servicios según tipo y nivel de atención	23
Tabla 3:	Montos totales devengados relacionados a salud. 2015-2018	38
Tabla 4:	Gasto público en salud según factores de producción. 2015-2018	41
Tabla 5:	Compra de insumos: fuentes de datos	43
Tabla 6:	Análisis de las bases de datos PGE y SERCOP: desafíos y recomendaciones	43
Tabla 7:	Gasto en insumos médicos desagregado (%). 2015-2018	50
Tabla 8:	Mecanismos de compra de insumos	52
Tabla 9:	Total gasto devengado en medicamentos según forma de adquisición	53
Tabla 10:	Total gasto devengado en medicamentos por entidad. 2015-2018	56
Tabla 11:	Montos pagados por MSP a cada entidad según tipo de enfermedad. 2013 o anterior a 2018.	64
Tabla 12:	Procesamiento, seguridad y confidencialidad de los datos	70
Tabla 13:	Fuentes de datos sobre el recurso humano en salud	71
Tabla 14:	Gasto anual en recursos humanos, sectorial 12. 2015-2018	72
Tabla 15:	Regímenes y modalidades de vinculación laboral para servidores públicos	74
Tabla 16:	Codificación de cargos del personal perteneciendo al sectorial 12 (salud)	79
Tabla 17:	Evolución del número de puestos, por cargos asistenciales y no asistenciales, sectorial 12. 2015-2019	81
Tabla 18:	Número de puestos según cargo. 2015-2019	81
Tabla 19:	Número de puestos según cargo, desagregado. 2015-2019	82
Tabla 20:	Distribución del gasto anual en recursos humanos por cargo. 2015-2018.	84
Tabla 21:	Modalidades de vinculación laboral, por cargo. 2015-2019	88

Tabla 22: Cantidad de puestos y gasto mensual, por tipo de lugar físico de trabajo. Abril 2019	99
Tabla 23: Cantidad de puestos y gasto, por tipo de lugar físico de trabajo. Abril 2019	100
Tabla 24: Cantidad de puestos y gasto, por tipo de lugar físico de trabajo, desagregado. Abril 2019	101
Tabla 25: Indicadores de producción de servicios de salud	107
Tabla 26: Indicadores de producción, promedio mensual. Abril 2018.	108
Tabla 27: Indicadores de productividad del personal de salud, a nivel unicódigo. Abril	112
Tabla 28: Indicadores de productividad, promedio mensual. Abril 2018	113
Tabla 29: Tasa de parto por cesárea por lugar de ocurrencia. 2015-2018	123
Tabla 30: Plan de acción a corto y mediano plazo	136

ACHPE	Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador
BM	Banco Mundial
CT	Código de Trabajo
ECV	Encuesta sobre Condiciones de Vida
EOD	Entidades Operativas Desconcentradas
e-SIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
GAD	Gobiernos Autónomos Descentralizados
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOSEP	Ley Orgánica de Servicio Público
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
PGE	Presupuesto General del Estado
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RPIS	Red Pública Integrada de Salud
RPC	Red Privada Complementaria
SERCOP	Servicio Nacional de Contratación Pública de Ecuador
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SPRYN	Subsistema Presupuestario de Remuneración y Nómina
TAP	Técnico en Atención Primaria en Salud
UDAF	Unidad de Administración Financiera

Agradecimientos

Este documento ha sido elaborado por Christel M.J. Vermeersch y Paula I. Giovagnoli en la Práctica Global en Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial.

Las autores desean expresar su reconocimiento al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Economía y Finanzas y al Servicio Nacional de Contratación Pública de Ecuador, por compartir las bases de datos que sirvieron como base del estudio. Cabe resaltar que las bases son confidenciales y propiedad del Gobierno. La fecha de corte de recepción de las bases para su análisis fue noviembre 2019.

El trabajo se desarrolló bajo la supervisión de Daniel Dulitzky, Michele Gragnolati (Gerentes de la Práctica), Alberto Rodríguez y Marianne Fay (Directores de País) y Juan Carlos Álvarez (Representante Residente). Siddartha Paturu colaboró en el procesamiento de las bases de datos administrativas mientras Aakash Mohpal colaboró en el procesamiento de los datos de encuesta de hogares. El documento ha sido enriquecido por los reportes y análisis específicos preparados por Tatiana Villacrés. (Capítulo 2) Tatiana Paredes colaboró en el algoritmo de asignación de recursos humanos por tipo de unidades. (Capítulo 6)

La producción de este documento no hubiese sido posible sin la invaluable cooperación de numerosas personas e instituciones. Agradecemos los valiosos aportes del personal del Ministerio de Salud Pública bajo el liderazgo de las Señoras Ministras Dra. María Verónica Espinosa Serrano y Dra. Catalina Andramuño, y de los Señores Viceministros Dr. Carlos Durán, Dr. Itamar Rodríguez, Dra. Sonia Díaz, Dr. Félix Chong y Dr. Julio López. También agradecemos las contribuciones del personal del Ministerio de Economía y Finanzas, y en particular al Señor Viceministro Fabián Carrillo por su liderazgo. Quisiéramos reconocer en especial a la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica (Mgs. Santiago Israel Rivera Pazmiño, Guadalupe Recalde Arboleda, Cesar Augusto Calderón Villota), la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud (Econ. Ruth Lucio, Econ. Cristina Mena, Econ. Fausto Poveda), la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información en Salud (Ing. Wilson Quito, Mgs. David Vera, Lic. Carlos Chávez, Lic. Johana Paola Mozo Tierras), la Dirección General de Cooperación Internacional (Dr. Fernando Jácome, Lic. Cristina Luna, Lic. Sofía Sánchez Hidalgo, Ing. Luisa Noboa Paz y Miño) la Coordinación General de Administración Financiera (Lic. Andrés Egas), la Dirección de Talento Humano (Lic. Andrés Murillo, Lic. Edison Ricardo Sánchez Estévez), la Dirección de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud (Mgs. Dario Medranda), el Servicio Nacional de Contratación Pública (Lic. Rolando Quesagallo, Isabel Ledesma, Lic. Daniel Ismael López Salcedo), la Dirección Nacional de Gasto Público (Econ. Mauricio Falcón), la Dirección Nacional de Equidad Fiscal (M.Sc. Rodrigo López Santos), y la Dirección Nacional de Estadísticas Fiscales (Edison Reza Paocarina) y a la Lic. Paula Suárez Buitrón por sus comentarios y las facilidades prestadas para el desarrollo del trabajo. Agradecemos a la dirección y el personal de la Maternidad Isidro Ayora del Distrito de Guamaní, y del Centro de Salud Tipo C Guamaní por atendernos gentilmente en las visitas a terreno.

El equipo agradece a Rajan Bhardvaj por su liderazgo en la transición del equipo al procesamiento de datos en la plataforma Databricks. Siddartha Paturu, Kartheek Kandippal, Pankaj Mendiratta, Mohammad Shahbazi, y Sandra Topalovic proveyeron un acompañamiento crítico en esta transición. Agradecemos a Juan Carlos Álvarez, Jimena Jesús Mejía, Bárbara Cunha, Tracey Marie Lane, Aakash Mohpal, Priscila Vera, Jishnu Das, Alex Borges de Oliveira, Sergio Olivieri, Drichelmo Tamayo León, Cristina Medina y Marcelo Bortman por sus valiosos comentarios y aportes. Agradecemos los comentarios de los revisores internos María Eugenia Bonilla Chacín y Marvin Ploetz. Asimismo, agradecemos a María Caridad Gutiérrez Córdoba y Gabriela Moreno Zevallos (Banco Mundial) por el excelente apoyo logístico.

La elaboración de este documento ha sido financiada por el Banco Mundial.



INTRODUCCIÓN

La medición de la eficiencia en la asignación y en el uso de recursos públicos es el primer paso para identificar la existencia de posibles mejoras en la producción de bienes y servicios. Este estudio es una primera aproximación en la medición de la eficiencia en el sector salud del Ecuador, y en particular en el subsistema de provisión del Ministerio de Salud Pública (MSP)¹. Con base en datos oficiales se analiza, a nivel de establecimiento de salud, simultáneamente el gasto (recursos financieros) y la producción que este gasto genera. El estudio se complementa con una aplicación que permite al hacedor de política realizar fácilmente consultas en la base de datos, identificar mejoras en la asignación de recursos y tomar decisiones informadas. Si bien es una herramienta por el momento estática, ya que no se alimenta dinámicamente con nueva información, los datos primarios utilizados sí se registran mensualmente por distintos ministerios y podrían alimentar y actualizar la base de datos en forma continua. Cabe destacar que estos datos primarios son de carácter inéditos en el sentido que no han sido previamente explotados de una manera integrada. Esta integralidad es la que permite tener una visión más completa sobre qué recursos se están priorizando, cómo se están combinando y cuánto se está produciendo.

El estudio contextualiza la medición de eficiencia describiendo en los dos primeros capítulos el proceso de transición demográfica que enfrenta el país y cómo se organiza el sistema nacional de salud desde el lado de la provisión de servicios y el financiamiento, sus procesos e instituciones. A partir del Capítulo 3, se centra específicamente en una de las entidades del sistema de salud: el MSP. Indaga cómo se compone el gasto en salud entre el 2015 y el 2018 y cómo este gasto se asigna entre los distintos factores de producción: recursos humanos, insumos e infraestructura. El período analizado corresponde con la

1

Este estudio fue inicialmente planteado desde una perspectiva de análisis del funcionamiento de la red pública y sus interacciones. Sin embargo, se centra en el MSP por ser la única entidad con la que contamos con los datos gracias a la colaboración del MSP y el MEF.

consolidación del nuevo modelo de gestión del MSP que, si bien comenzó en el 2013, recién en el 2015 se refleja en una nueva organización de entidades en los datos administrativos.

Utilizando diversas fuentes oficiales de datos, el Capítulo 4 busca responder qué, cómo y quiénes compran los insumos y en qué medida existen oportunidades para mejorar la eficiencia en los procesos de compra. El Capítulo 5 explora en detalle el 10% del gasto sectorial total asignado a compras de servicios de salud del MSP a otras entidades del sistema. Aunque la compra de servicios de salud a terceros no es un entrante en la producción de servicios de salud en establecimientos del MSP, el importante gasto incurrido justifica un análisis de qué se compra y a quién, información que a la fecha no estaba disponible. Esta información podrá servir para llevar a cabo una evaluación de si existen opciones más eficientes de producir estos servicios.

Por su parte, el factor de producción recursos humanos absorbe la mayor cantidad de recursos financieros asignados al MSP. Este factor clave en la producción de servicios de salud es analizado en el Capítulo 6. Utilizando los datos de la nómina, analizamos las tendencias de contratación de personal, incluyendo tipo de personal, tipo de contratación, funciones y asignación a los tres niveles de atención.

El último capítulo (Capítulo 7) presenta varios indicadores de producción de servicios e indicadores de productividad. Utilizando los registros administrativos de servicios de salud, primero construimos indicadores compuestos de la producción de servicios a nivel establecimiento de salud del MSP. Estos permiten describir y comprender la distribución geográfica de la provisión de servicios realizada por el MSP. Sin embargo, el mayor esfuerzo y contribución de este estudio ha sido integrar, por primera vez, los datos de gasto con los datos de producción, permitiendo calcular indicadores de productividad a nivel establecimiento de salud. Utilizando estos indicadores es posible indagar el grado de eficiencia en la asignación del personal. La interpretación y uso de los mismos para optimizar la distribución de recursos debe de hacerse con el debido grado de cuidado y revisión caso por caso, ya que los datos administrativos no necesariamente representan una visión completa de la producción de servicios en los establecimientos de salud. Para facilitar este trabajo, este estudio viene acompañado de la base de datos de productividad a nivel establecimiento, así como una aplicación web que permite visualizar y analizar los indicadores con un enfoque geográfico.

Complementando el análisis de productividad, el Capítulo 7 también presenta un breve análisis sobre algunos indicadores de salud materna para mujeres que dan a luz en establecimientos del MSP, comparado con mujeres que tienen su parto en otras instituciones y menciona algunas cifras sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud.

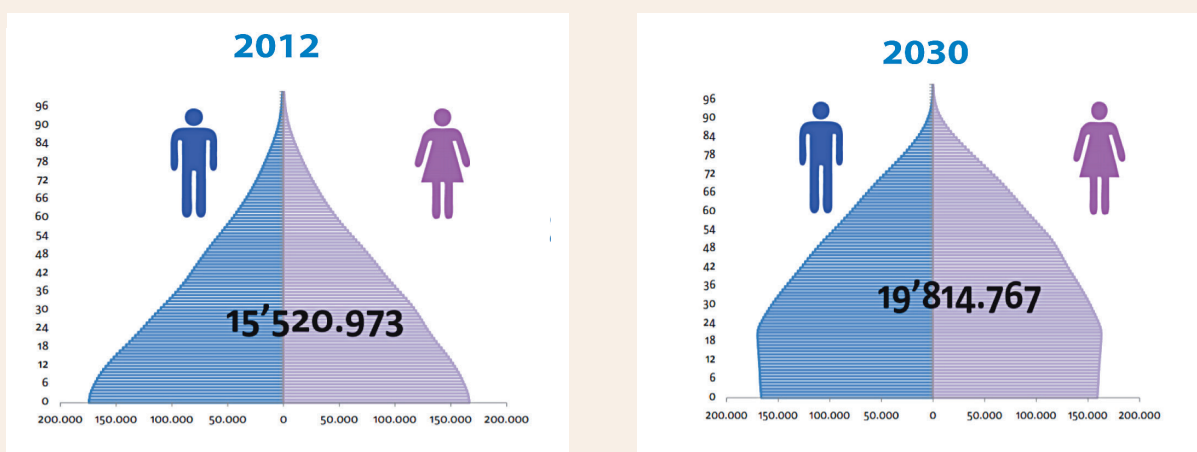


1 Capítulo

POBLACIÓN Y SITUACIÓN DE SALUD

Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Ecuador tenía 15.5 millones de habitantes en el 2012 y llegará a 23.4 millones de habitantes en el 2050. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2012b) Debido a que la tasa de fecundidad sigue siendo relativamente alta comparada con el resto de la región de América Latina, la población de Ecuador sigue caracterizándose como población relativamente joven. No obstante, el INEC estima que empezará a envejecer a partir del 2030. (Figura 1) La esperanza de vida creció de 66,9 años para los hombres y 71,4 años para las mujeres en el 1991 hasta 72,2 y 77,8 respectivamente en el 2010. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2012b)

Figura 1 PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. 2012-2030



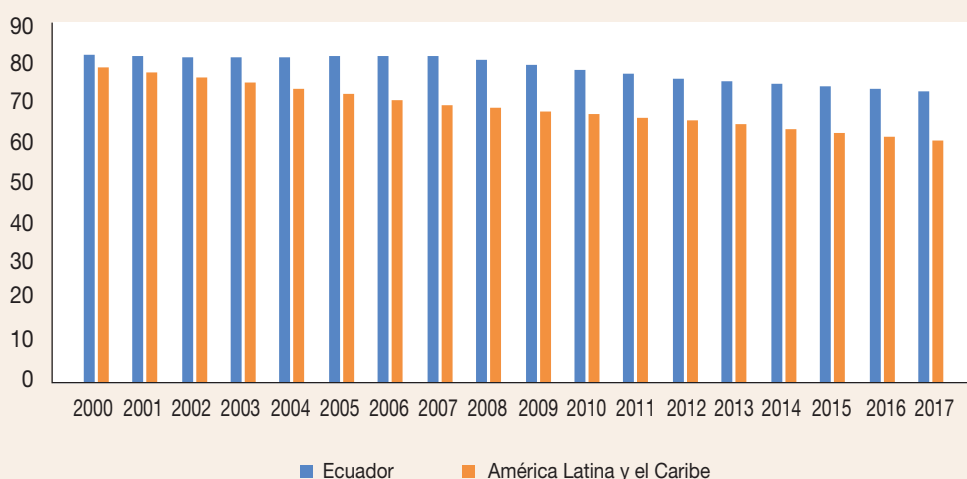
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012a).

En la última década, Ecuador ha logrado avances significativos en los indicadores de salud materno-infantil. Entre 2006 y 2016, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 23,7 a 17,8 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad de menores de 5 años disminuyó de 28,3 a 20,9 por 1.000. La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años disminuyó de 29% en 2004 a 23,9% en 2014. (World Bank 2019) La prevalencia de enfermedad diarreica reportada en niños menores de 5 años cayó de 25% a 16,9% entre 2006 y 2014, mientras que la prevalencia de enfermedad respiratoria disminuyó del 56% al 46,3%. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2015)

Sin embargo, a pesar de los avances aún existen asignaturas pendientes. En salud materna e infantil, los indicadores del Ecuador –incluyendo la mortalidad materna y las tasas de fertilidad de los adolescentes– siguen evidenciando un desempeño significativamente inferior al compararlos con la media regional para Latinoamérica y el Caribe (LAC). (Figura 2)

Figura 2

TASA DE FERTILIDAD DE LOS ADOLESCENTES (NACIMIENTOS POR 1.000 MUJERES DE 15-19 AÑOS)



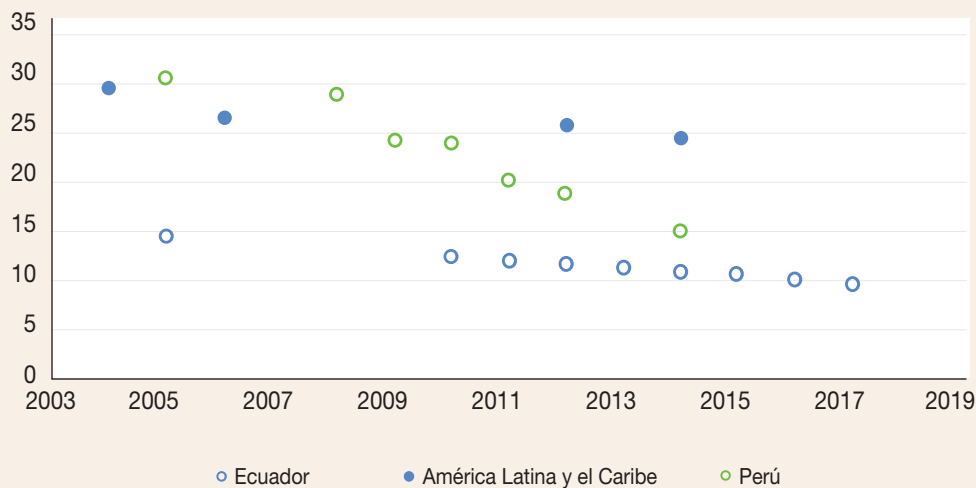
Fuente: elaboración propia con base en World Bank (2019).



Los avances en la lucha contra la desnutrición pareciesen haber sido más lentos que en su país vecino, Perú (Figura 3) así como desigual entre grupos socioeconómicos. Si bien la desnutrición crónica en niños menores de 5 años se situó en 23,9% para el país en su conjunto en 2014, el 35,4% de los niños en el quintil de consumo más bajo se vieron afectados en comparación con el 12,6% de los niños en el quintil superior. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2015)

Figura 3

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA, ALTURA PARA LA EDAD (% DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)



Fuente: elaboración propia con base en ECV2013-2014 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2015) (dato 2014 para Ecuador) y World Bank (2019) (todos los demás puntos de datos).

Las tasas de inmunización descendieron entre el 2015 y 2016, pero se registraron mejoras en los últimos dos años reportados. Las tasas de inmunizaciones para sarampión (SRP 2) pasaron de registrar tasas por encima del 95% en 2013, disminuyendo su cobertura por debajo del 65% en 2016, aunque mejorando casi 10 puntos porcentuales hacia 2018. Por su parte, la BCG² y la Polio han logrado

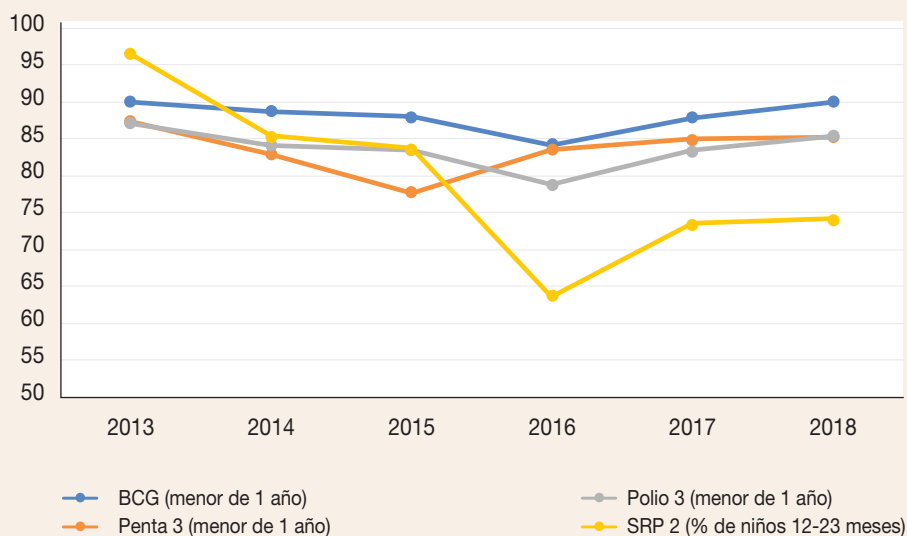


Notas: la vacuna Bacilo Calmette Guérin (BCG) ha existido por 80 años y es una de las más ampliamente utilizadas de todas las vacunas actuales. La vacuna BCG tiene un efecto protector documentado contra la meningitis y la tuberculosis en niños. (World Health Organization 2018).

en 2018 valores similares a 2013. La vacuna de la pentavalente, que cubre contra difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B, y haemophilus influenza tipo B(Hib), registró su menor cobertura en 2015 y desde entonces ha mejorado, logrando en 2018 que un 85% de la población de niños menores de un año hayan recibido la vacuna (Figura 4).

Figura 4

COBERTURA DE INMUNIZACIONES SEGÚN BIOLÓGICO DEL ESQUEMA REGULAR DE VACUNAS EN ECUADOR. 2013-2018



Fuente: elaborado por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (MSP). Base de Esquema Regular de vacunas 2013-2018.

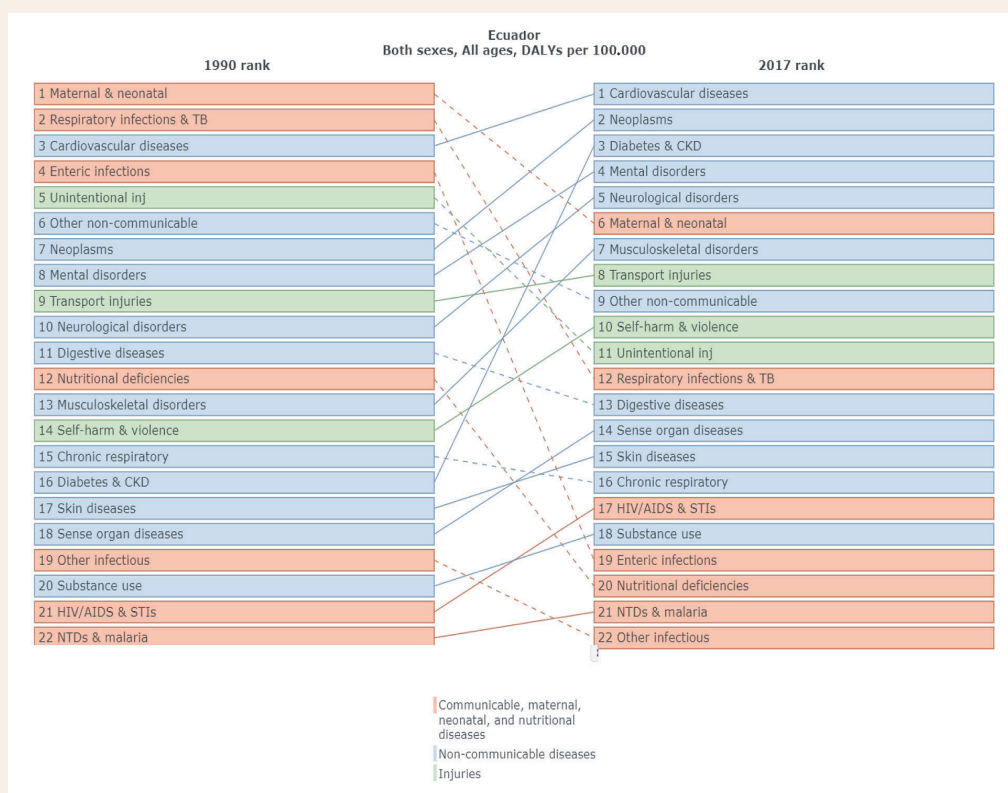
En consonancia con la transición demográfica del Ecuador y con el progreso en la lucha contra las enfermedades transmisibles y la mejora de la salud materna e infantil, las enfermedades no transmisibles representan actualmente la carga principal de enfermedad del país, contabilizando el 65% de la pérdida en años de vida ajustados por discapacidad (“Disability Adjusted Life Years” o DALY). (Institute for Health Metrics and Evaluation 2017) Las enfermedades cardiovasculares, los problemas mentales y de abuso de sustancias, el cáncer, la diabetes y las condiciones osteomusculares ocasionan más pérdida de DALYS que desordenes neonatales, diarreas, infecciones respiratorias bajas y deficiencias alimenticias.



(Figura 5) Las enfermedades no-transmisibles afectan principalmente a los adultos productivos y su incidencia aumenta a medida que las poblaciones envejecen. Dos de cada tres ecuatorianos de entre 19 y 59 años tienen sobrepeso u obesidad. Incluso en el quintil más pobre, más del 56% de los adultos tienen sobrepeso. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2015) A la edad de 50 años, uno de cada 10 ecuatorianos tiene diabetes. (Panamerican Health Organization, Ecuador 2014) Esto no es sólo un problema grave de salud pública, sino también genera grandes pérdidas de productividad debido al absentismo, la discapacidad y las muertes prematuras de las personas afectadas, así como los efectos derivados para las familias que cuidan a los parientes afectados. El sector salud desempeña un papel crucial en ayudar a prevenir estas condiciones, así como en mitigar su efecto por lo que la efectividad del sector salud tiene efectos directos sobre la productividad de la economía.

Figura 5

PRINCIPALES CAUSAS DE LA CARGA DE MORBILIDAD, POR IMPORTANCIA. 1990-2016



Fuente: Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (2017).

2

Capítulo

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: MODELO DE PROVISIÓN Y FINANCIAMIENTO

La Constitución de 2008 impulsó un proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS). (Tabla 1) Es en la Constitución donde se define a la salud como un derecho que debe garantizar el Estado, se reconoce a la red pública de salud como eje central del sistema y se explicita el acceso gratuito en todos los niveles de atención de los servicios públicos de salud, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios³. Bajo este contexto, se establece que el financiamiento público en salud deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado (PGE) y se reconoce además que el Estado, mediante la Autoridad Sanitaria Nacional⁴, ejercerá la rectoría sobre las entidades que componen el sistema.

3

Cabe resaltar que el mismo marco legal garantiza el acceso a la salud no sólo a los ciudadanos ecuatorianos, sino también a los ciudadanos extranjeros residentes en Ecuador. En particular los artículos 3, 9, 43 y 362 de la Constitución y el artículo 52 de la Ley Orgánica de Movilidad Humana establecen que las personas extranjeras tienen, al igual de los ciudadanos, acceso gratuito en todos los niveles de atención, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Además, debido a que el artículo 7 de la Constitución estipula que las personas nacidas en Ecuador son ecuatorianas, los niños nacidos de madres extranjeras automáticamente adquieren la nacionalidad ecuatoriana.

4

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Ley Nro. 2002-80) Art 4 define al MSP como Autoridad Sanitaria Nacional.



Tabla 1
PRINCIPALES TEXTOS SOBRE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DEL 2008

Derecho a la salud	Art. 32	<i>“La salud es un derecho que garantiza el Estado [...] El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, ...”.</i>
Sistema nacional de salud	Art. 359	<i>“El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.</i>
Red pública integral de salud	Art. 360	<i>“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.....”.</i> <i>“La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.</i>
Autoridad sanitaria	Art. 361	<i>“El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.</i>
Provisión de servicios	Art. 362	<i>“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias [...]”.</i> <i>“Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.</i>
Financiamiento	Art. 366	<i>“El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado”.</i>
Sistema de seguridad social	Art. 367	<i>“El sistema de seguridad social es público y universal [...]. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales”.</i>

Fuente: Asamblea Nacional del Ecuador (2008).

Modelo de provisión de servicios de salud

Los prestadores de servicios de salud en el SNS pueden ser entidades públicas o privadas siempre que las mismas hayan sido acreditadas por la Autoridad Sanitaria de Salud. Las entidades públicas son parte de la Red Pública Integral del Salud (RPIS) e incluyen los establecimientos estatales pertenecientes al MSP, los establecimientos pertenecientes a la seguridad social (unidades del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS), unidades militares administradas por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA), las unidades de la Policía Nacional) y las demás entidades que pertenecen al estado-entidades de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD); entidades del Ministerio de Justicia y Fiscomisional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012; Asamblea Nacional del Ecuador 2008: Art. 360) Las entidades privadas son parte de la Red Privada Complementaria (RPC) e incluyen entidades con y sin fines de lucro. En el segmento sin fines de lucro se encuentran: la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), una institución que fue puesta a cargo de la prevención y tratamiento del cáncer a partir de 1953; la Cruz Roja Ecuatoriana; la Junta de Beneficencia de Guayaquil y otros miembros de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador (ACHPE)⁵. La ACHPE es una entidad gremial de derecho privado que agrupa a clínicas, hospitales y centros especializados privados del Ecuador en 8 provincias del país. Para que las entidades sean parte de la RPIS y la RCS deben obtener el permiso de funcionamiento⁶ expedido por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepaga (ACESS) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016b) en cumplimiento con la Ley Orgánica de Salud (Art. 180).

El MSP, como institución pública prestadora de servicios de salud, concentra la mayor cantidad de establecimientos del SNS, su participación es mayor en el primer nivel de atención. (Tabla 2) De un total de 3.073 unidades acreditadas en el primer nivel de atención a febrero 2019, el 63% pertenecen al MSP, un 23% al IESS y el 14% a las restantes entidades. Los

5

Desde 1989 la ACHPE tiene personería jurídica por Acuerdo Ministerial Nro. 3206.

6

“El permiso de funcionamiento es un documento otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional a los establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria que cumplen con todos los requisitos para su funcionamiento, establecidos en los reglamentos correspondiente” (Art. 259, Ley 67 Ley Orgánica de Salud). En términos operativos, para ser considerado prestador de servicios de salud de la RPIS el establecimiento solicita inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la RPIS en la Coordinación Zonal de Salud de su localidad.



establecimientos de este nivel son “los más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema”, son ambulatorios y esenciales en garantizar un cuidado integral mediante el adecuado uso del sistema de referencia o derivación. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014b) Por su parte, los establecimientos del segundo nivel de atención se subclasifican en establecimientos “ambulatorios” y establecimientos “hospitalarios”. En los ambulatorios predomina la RPC representando un 65% de los establecimientos de este tipo seguido por los establecimientos del IESS que representan el 22%. Estos establecimientos prestan servicios de atención ambulatoria “especializada” y servicios que requieren hospitalización por lapsos menores a 24 horas e incluyen centro de especialidades, centros quirúrgicos ambulatorios (hospital de día) y consultorios de especialidades clínico quirúrgicos. En los “hospitalarios”, la mayor cantidad de unidades pertenecen al MSP (67% del total) seguido de IESS (12%) y entidades de la RPC (10%). Esta clasificación incluye a los hospitales básicos y hospitales generales. El tercer nivel de atención incluye establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados y resuelven los problemas de salud de alta complejidad. Los establecimientos de la RPC son mayoría tanto en nivel ambulatorio como hospitalario seguido por unidades del MSP. Las unidades ambulatorias son centros especializados que prestan servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, recuperación y/o rehabilitación en una especialidad específica clínica/quirúrgica, brindan servicios de diálisis, oftalmología, oncología, salud mental entre otros. Las unidades hospitalarias son, en su mayoría, hospitales especializados de alta complejidad y cuentan con servicios de internación, centros quirúrgicos y terapias intensivas, entre otros. En cuanto a los servicios de apoyo, son transversales a los niveles de atención e incluyen los servicios de radiología, laboratorios de análisis y centros de diagnóstico integral, entre otros. Finalmente, los servicios de atención de salud móvil, también transversal a los niveles de atención, proveen prestaciones de salud móvil. Vale aclarar que esta clasificación de los establecimientos, realizada por la Autoridad Sanitaria, tiene como objetivo organizar la oferta de servicios de manera que se garantice la capacidad resolutoria y continuidad en la atención de los problemas de salud de la población. Por lo tanto, los establecimientos no necesariamente son comparables en términos de otras dimensiones como por ejemplo el tamaño del establecimiento.

Tabla 2
PRESTACIÓN DE SERVICIOS. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS
SEGÚN TIPO Y NIVEL DE ATENCIÓN

Establecimientos	Red Pública Integral de Salud							Red Privada Complementaria			Total
	MSP	IESS*	ISSFA	ISSPOL	MIN JUST	FISC +	GAD	SOLCA	JUNAT	Otros x	
Nivel I	1.939	710	87	49	56	12	67	8	0	145	3.073
Nivel II ambulatorio	2	30	3	2	0	3	5	2	1	90	138
Nivel II hospitalario	115	21	12	1	0	4	1	0	0	18	172
Nivel III ambulatorio	25	2	2	0	0	1	12	1	0	31	74
Nivel III hospitalario	15	3	1	1	0	0	1	9	4	3	28
Subtotal establecimientos	2.096	766	105	53	56	20	86	20	5	287	3.485
Servicios de apoyo	16	36	1	3	0	2	8	0	1	71	138
Servicios de atención móvil	567	110	33	11	0	0	24	7	5	54	811
Total	2.679	912	139	67	56	22	118	27	11	412	4.434

Notas: * IEISS nivel I: del total de 710, 51 unidades pertenecen al IEISS y las 659 restantes son unidades del Seguro Campesino que atienden de manera itinerante no permanente.

+ En el convenio marco de la RIPS 2012 no aparecen los establecimientos de tipo "FISCOMISAL" y GAD. En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) clasifica a fiscomisionales como entidades privadas sin fines de lucro. Estas entidades aparecen como fiscomisionales en la base GeoSalud pero en la nómina se clasifican como MSP⁷.

x La clasificación "Otros" incluye 14 establecimientos universitarios y el resto son ONGs. Los unicódigos con estado informado por MSP como "desactivado" no están reportados.

Fuente: elaboración propia con base en Geo-Salud, febrero 2019.

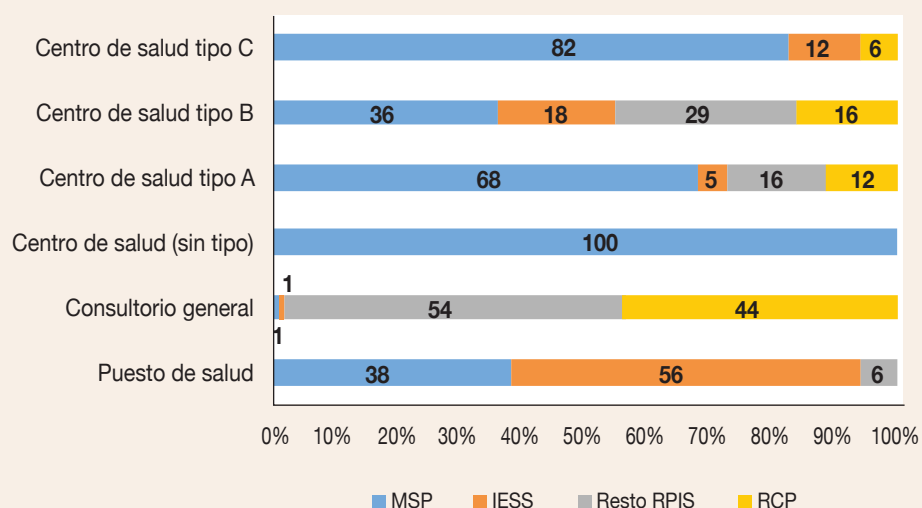
7

Ej. unicódigo 000709, HOSPITAL BASICO DE ATACAMES - JUAN CARLOS GUASTI, unicódigo 001515 HOSPITAL BASICO DE TAISHA - SAN JOSE.



Dentro del primer nivel de atención, la participación de establecimientos del MSP es más importante cuanto mayor es el nivel de complejidad de las unidades. (Figura 6) Un 82% de establecimientos de mayor complejidad –Centros de Salud Tipo C Materno Infantil y Emergencias– pertenecen a unidades del MPS, un 12% al IESS y el resto a unidades de la RPC. Son unidades ubicadas en el sector urbano que prestan una amplia variedad de servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, incluyendo gineco-obstetricia, maternidad de corta estancia, emergencias y cuentan con farmacia institucional. Para el sector público, estos establecimientos tienen adscritos entre 25 mil a 50 mil habitantes. Le siguen en nivel de complejidad los Centros de Salud Tipo B (que atienden una población entre 10 mil y 50 mil) y Tipo A (población de hasta 10 mil) que pueden ubicarse tanto en zonas rurales como urbanas prestando servicios de promoción y prevención de la salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014b) Los Centros Tipo B pueden contar con unidades de trabajo de parto, obstetricia, psicología nutrición y odontología. Los Centros Tipo A brindan atención a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), concentrando el MSP cerca del 70% de este tipo de establecimientos. De las 3.073 unidades de nivel primario, un 36% están bajo el nombre “Centro de Salud” en la base de datos de Geo-Salud, pertenecen al MSP y posiblemente no habían sido clasificados dentro de A, B o C al momento del análisis de la base de datos. Los establecimientos clasificados como Consultorio General están distribuidos entre las unidades de las FFAA, Fiscomisional y GAD (de la RPIS) y unidades de la RPC. Finalmente, los establecimientos de menor complejidad – puestos de salud– ubicados en zonas rurales de amplia dispersión poblacional, prestan servicios a través de auxiliares de enfermería o Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS). En particular, para aquellos lugares donde el acceso es difícil, la atención la brindan los EAIS. Estos puestos pertenecen mayormente a los prestadores del IESS, seguidos de unidades operativas del MSP.

Figura 6

PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS PERTENECIENTES A CADA ENTIDAD SEGÚN TIPOLOGÍA, PRIMER NIVEL


Fuente: elaboración propia con base en Geo-Salud consultada en febrero 2019.

La manera en que los establecimientos y servicios interactúan y trabajan en redes para garantizar el derecho a la salud se plasma en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) elaborado por el MSP en su rol de Autoridad Nacional de Salud, para ser aplicada por todos los actores del SNS. El objetivo del MAIS-FCI es “integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad...”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013b, p. 56)⁸ El MAIS-FCI se nutre del “Plan Nacional de Desarrollo para El Buen Vivir 2009-2013” elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) como manera de materializar los postulados enunciados en la Constitución de 2008.

8

El primer manual del modelo se aprueba en 2011 en el Acuerdo Ministerial 0001162, diciembre 2011 y luego es modificado por el Acuerdo 00725 del 2012 y actualizado en 2013.



(Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2009) El modelo se basa en cuatro componentes esenciales para lograr sus objetivos: (i) componente de provisión de servicios que presenta los grupos de población a quienes se brindan la atención, las prestaciones y las modalidades de prestación; (ii) el componente de organización que define las tipología de establecimientos de salud, la organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) y la organización territorial y funcionamiento de las RPIS y la RPC; (iii) el componente de gestión que describe los procesos gerenciales que dan soporte a la provisión y organización de los servicios de salud incluyendo la gestión de un Sistema Único Integral e Integrado de Información; y (iv) el componente de financiamiento que incluye la definición de las fuentes de financiamiento, la asignación de recursos y los mecanismos de pago. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013b, Cap.5)

Uno de los principios básicos del MAIS-FCI es la universalidad entendida como la *“garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional”*. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013b, p.57) De esta manera, toda persona que necesite acceder a un servicio de salud, independientemente de su condición de pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado, podrá ser atendida en las unidades de la RPIS o derivada entre las redes en caso de que la RPIS no cuente con la capacidad resolutive necesaria. El MAIS-FCI provee los lineamientos operativos para la activación de la red para derivación, normados luego en procedimientos administrativos e instrumentos específicos publicados por la Autoridad Sanitaria Nacional para efectivizar estas derivaciones de usuarios/pacientes entre establecimientos de la misma RPIS, o entre establecimientos de la RPIS y la RPC y garantizar el acceso universal, oportuno y equitativo. Estas normas definen, entre otras cuestiones, a qué entidad le corresponde el “financiamiento de la prestación”, de acuerdo con la afiliación registrada del “beneficiario” que recibe la prestación.

En cuanto a la organización administrativa, el MAIS-FCI apunta a fortalecer la capacidad resolutive del primer y segundo nivel de atención. Se llevó a cabo la desconcentración que implicó distribuir los procesos, servicios y productos a los niveles territoriales más desagregados. Esta nueva organización fue implementada por SENPLADES para la gestión de los servicios públicos, entre los que se incluyen los servicios de salud. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo 2012) Esta nueva estructura establece 9 zonas de planificación, 140 distritos (cada distrito puede estar conformado

por uno o varios cantones) y 1.134 circuitos. Las coordinaciones zonales y las direcciones distritales de salud son quienes deben “articular e implementar gerencialmente la RPIS y la RPC en su territorio de influencia”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013a) De esta manera, bajo la nueva organización, se transfirieron competencias que previamente gestionaba el nivel central a los niveles zonales y distritales. En lo que se refiere a la organización de los establecimientos de salud del MSP, las coordinaciones zonales son las que deben “controlar la gestión, consolidar y validar la planificación de las Direcciones Distritales de Salud y de los establecimientos del segundo, tercer y cuarto nivel de atención, a excepción de los hospitales básicos”. Por su parte, las Direcciones Distritales de Salud deben “coordinar, planificar, evaluar, controlar, gestionar y ejecutar los recursos de los establecimientos del primer nivel de atención y de los hospitales básicos”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013a)

Financiamiento en salud: instituciones y procesos

Históricamente, el Sistema Nacional de Salud en Ecuador fue conformándose de una manera fraccionada y segmentada, lo cual generó que cada uno de los subsistemas que lo conforman tengan diferentes métodos de gestionar sus recursos. (Villacrés y Mena, 2017) Por un lado, el sistema público está compuesto por el MSP y las entidades del seguro social: el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y el IESS. También existe el Seguro Social Campesino como parte del IESS, que brinda protección a los trabajadores rurales⁹. Por otro lado, el sistema privado está compuesto por compañías privadas de seguros de salud y medicina prepagada¹⁰.

De acuerdo con la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ECV), el 58,6% de la población no tenía acceso a un seguro de salud formal en 2014. La encuesta permite estimar la cantidad de población

9

Los afiliados del Seguro Campesino son (i) personas cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural y que laboren en el campo. (ii) trabajadores que se dedican a la pesca artesanal, que no reciban remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia. Se financia con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, el aporte diferenciado de jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales. (Instituto Ecuatoriano del Seguro Social 2019)

10

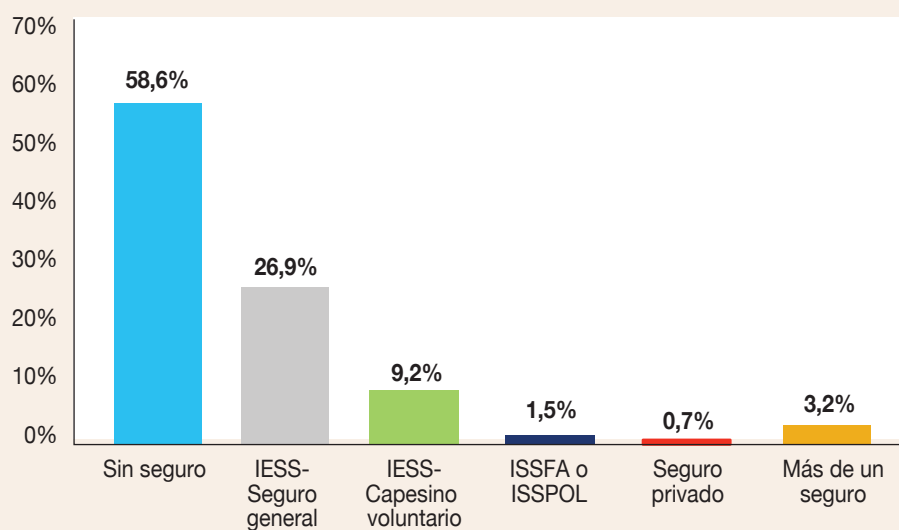
Una fuente adicional de financiamiento en salud es el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito (SPPAT), que es el responsable del financiamiento de los gastos- causados por las prestaciones de salud originadas por accidentes de tránsito, en los establecimientos de salud de la RPIS y de la RPC. Protege a todo ciudadano, ya sea conductor, pasajero o peatón, que sufra lesiones o lamentablemente fallezca en un accidente de tránsito, causado por la circulación de un vehículo a motor en el territorio ecuatoriano. (<https://www.protecciontransito.gob.ec/servicios/preguntas-frecuentes-sobre-las-protecciones-que-brinda-el-sppat/>)



afiliada o cubierta por algún tipo de seguro, reflejando la estructura de la cobertura de los sistemas de aseguramiento público y privado en Ecuador. Por cada 100 personas de todas las edades, se estiman 41,4 personas se encuentran afiliadas o cubiertas por algún tipo de seguro de salud. Las posibilidades de aseguramiento incluyen a IESS Seguro General, IESS Seguro Voluntario, IESS Seguro Campesino, Seguro ISSFA o ISSPOL, Seguro de salud privado y Seguro comunitario. El 36,1% de la población cuenta exclusivamente con seguro de salud a través del IESS (General, Campesino o Voluntario), mientras que el 1,5% cuenta con ISSPOL o ISSFA. Menos del 1% cuenta exclusivamente con cobertura privada, y el 3,2% reportó contar con más de un seguro¹¹. (Figura 7)

Figura 7

**COBERTURA DE SEGURO DE SALUD,
% DE LA POBLACIÓN. 2014**



Fuente: elaboración propia con base en ECV 2013-2014 (INEC).

11

El total de las categorías suma 100% sin redondeo. Se estimó el porcentaje de personas cubiertas.

La conformación segmentada del sector salud generó que las poblaciones cubiertas tengan diferente gasto per cápita, provocando inequidades en el acceso, que se buscaron mitigar con la creación de la RPIS. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012) Sin embargo, la naturaleza de las funciones del financiamiento del sistema se ha mantenido dentro de cada una de las instituciones que la integran. Cada una de las instituciones del subsistema público no solamente tiene su propia fuente de financiamiento, sino que a su vez realizan un manejo diferente de los recursos y utilizan diferentes mecanismos de pago. A continuación, se explica las características generales del manejo de los procesos recaudación, mancomunación y flujo de recursos de los subsistemas públicos y privados.

Subsistema MSP

El MSP obtiene sus recursos del PGE. Estos recursos son transferidos por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para el funcionamiento de las unidades de salud pertenecientes al MSP. Al ser un ministerio que se financia desde el PGE, el MSP ha incorporado esta lógica y aplica la normativa que imparte el MEF. (Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador 2012) La asignación de recursos inicia por una planificación de necesidades el año anterior a su ejecución. La planificación la realizan las Entidades Operativas Desconcentradas¹² (EOD), se plasma en la matriz de Programación Anual de la Política Pública (PAPP) y se remite a la Coordinación Zonal correspondiente para su consolidación. Una vez que la PAPP es validada por la respectiva Coordinación Zonal se envía al MSP quien, a través de la Dirección Nacional Financiera, realiza las reformas en el Sistema Integrado de Gestión Financiera (e-SIGEF¹³) del MEF. Esta planificación es revisada por el MEF, SENPLADES y el Presidente de la República. Luego pasa a debate de la Asamblea Nacional, quien tiene la última palabra en cuanto a valor inicial del presupuesto para todas las instituciones que se financian del PGE. (Figura 8) La inclusión en el presupuesto como compromiso financiero le provee garantía a la ejecución de dicha planificación.

12

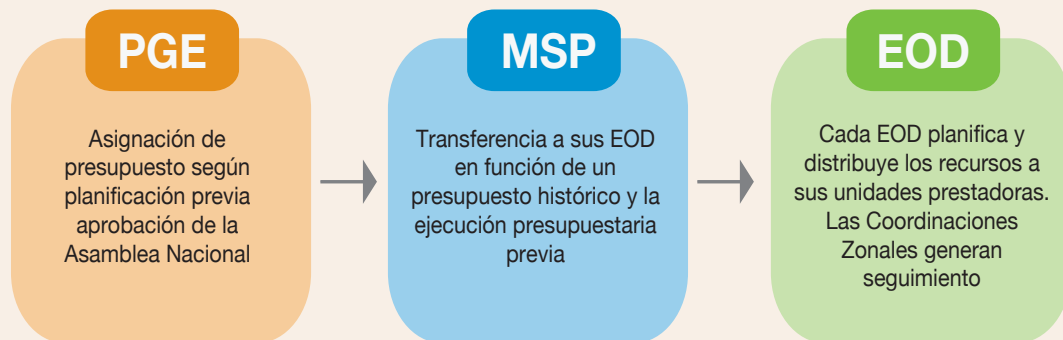
La EOD es una entidad desconcentrada con atribuciones y competencias para realizar funciones administrativas y financieras y que, estructuralmente, forma parte de una Unidad de Administración Financiera (UDAF). La UDAF es la máxima instancia institucional en materia financiera y presupuestaria; cumple y vela por la aplicación de leyes, normas y procedimientos que rigen la actividad financiera y presupuestaria. La UDAF no tiene competencias de carácter operativo: aglutina las solicitudes de sus EOD para su tratamiento al nivel del ente rector; y, autoriza y aprueba las operaciones presupuestarias delegadas para su tratamiento. En el sector salud, el MSP Planta Central opera como UDAF y los distritos de salud, algunos hospitales grandes, las coordinaciones zonales, planta central y entidades adscriptas al MSP operan como EOD.

13

El e-SIGEF es una herramienta informática a través de la cual se facilita el desarrollo de los procesos de la gestión financiera pública del PGE. En particular, las instituciones públicas gestionan sus presupuestos (subsistema presupuestario), registran su contabilidad (subsistema de contabilidad) y autorizan los pagos (subsistema de tesorería). El Capítulo 3 realiza un análisis del Gasto Público utilizando los datos de este sistema.



Figura 8 PROCESO PRESUPUESTAL EN EL MSP



Fuente: elaboración propia.

Una vez que el MSP recibe su presupuesto inicial, lo distribuye a sus EOD de acuerdo con lo planificado y con base a una lógica de presupuesto histórico según su accionar del año anterior¹⁴. Cada EOD está compuesta por uno o varios establecimientos de salud, quienes ejecutarán estos recursos para proveer de servicios de salud a la población. A nivel territorial, el director distrital o el jefe administrativo/financiero de cada EOD es responsable de la ejecución y del buen uso de los recursos. A su vez, la Coordinación Zonal a la que pertenece la EOD se encarga del debido seguimiento del presupuesto. Esta instancia consolida las necesidades y el uso de los recursos para su rendición de cuentas a las autoridades nacionales del MSP.

Subsistema IESS

El seguro de salud del IESS se financia con las aportaciones individuales (empleado) y patronales (empleador) de los afiliados al Seguro General. Vale recalcar que, dentro del PGE, se destina al

14

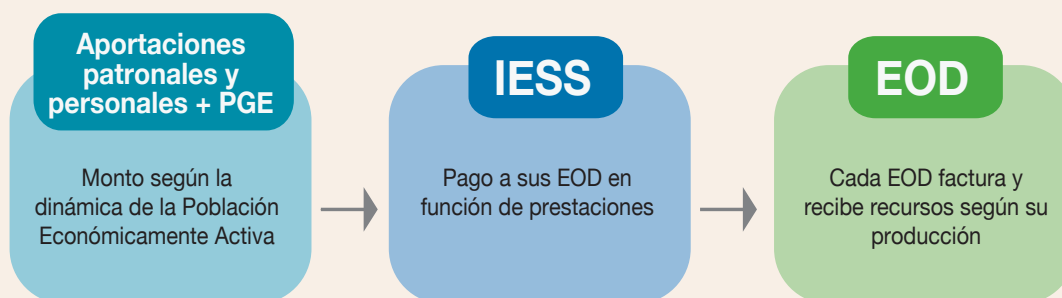
Es importante destacar también que de acuerdo al Art. 366 de la Constitución Nacional, “Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud (...)”

IESS el valor correspondiente a la cotización patronal de aquellas personas que son servidores y servidoras públicas. El Seguro General del IESS recibe sus recursos de acuerdo con un porcentaje regulado por ley. **El Seguro Social Campesino**, como régimen especial del seguro universal obligatorio, se financia con “el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del Sistema Nacional de Seguridad Social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garantizan su fortalecimiento y desarrollo”. (Asamblea Nacional del Ecuador 2008, Art. 373)

Los establecimientos de salud que pertenecen al IESS reciben recursos en base a la prestación y registro de las actividades que ellos realizan. Para su verificación se realiza un cruce de información de costos, planillas y facturas. Cada uno de los establecimientos de salud tiene la autonomía en el uso de los recursos recibidos por parte del IESS, siempre cumpliendo con las disposiciones normativas que para el efecto emita la institución. Aunque el pago que las entidades de salud reciben es un pago por prestación, el pago a los diferentes profesionales que laboran en ellas se da por un salario definido, de acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Trabajo. (Figura 9)

Figura 9

PROCESO PRESUPUESTAL EN EL IESS



Fuente: elaboración propia.



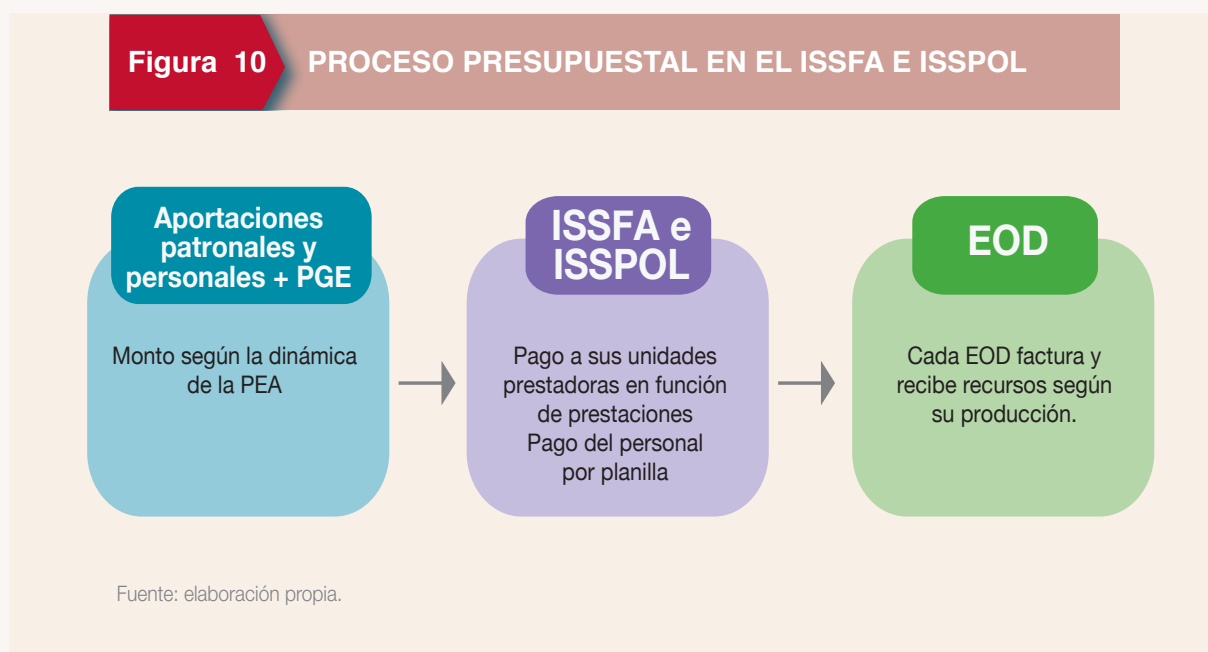
Desde el 2010, el IESS amplió dos veces la cobertura de poblaciones con baja o nula contribución. En el 2010, se incorporó la población dependiente de 7 a 18 años, expandiendo la cobertura anterior de los menores de 6 años. (Instituto Ecuatoriano del Seguro Social 2010) En 2015, la denominada Ley de Justicia Laboral incorporó a trabajadores domésticos no remunerados¹⁵. En los dos casos, no hubo claridad en cuanto al financiamiento para estos nuevos grupos de beneficiarios. Los niños dependientes se incorporaron sin contribuciones adicionales, mientras los trabajadores domésticos sin remuneración sólo deben pagar contribuciones mínimas.

El Seguro General de Salud Individual y Familiar enfrenta desafíos financieros importante. Con la incorporación de poblaciones de baja contribución, el Seguro General de Salud Individual y Familiar intensificó las pérdidas financieras. Para buscar una solución, mediante la resolución C.D. 501 del año 2015, se dio un cambio temporal en la distribución de las tasas de cotización del IESS: el porcentaje de cotización dedicado al seguro de salud pasó de 5,71% a 9,94%, mientras que lo correspondiente al seguro de pensión, invalidez y muerte disminuyó de 9,44% a 5,76%, y el seguro de riesgo laboral pasó de 0,55% a 0,20%; se estableció que existiría un retorno gradual a las tasas naturales de cotización. Sin embargo, esta decisión no es consistente con lo establecido en la ley de seguridad social vigente, donde se indica que el IESS no puede utilizar fondos de otros planes de seguro para cubrir los déficits en las instituciones médicas. Estos cambios no resolvieron las pérdidas financieras de mediano plazo empeorando la situación financiera del IESS. Un desafío adicional se generó en el año 2017 cuando se eliminó de las cuentas de la institución la deuda que el Gobierno Central mantenía con ellos, misma que crecía anualmente de manera significativa. Esto produjo una reducción importante en los activos del IESS. En el 2018, el presidente de turno reconoció la deuda que existe con este Instituto.

Subsistemas ISSPOL e ISSFA

Los institutos de seguridad social de la policía nacional y las fuerzas armadas (ISSPOL e ISSFA) se manejan con una lógica similar al IESS, excepto para el financiamiento del recurso humano en salud. Los recursos de los seguros de enfermedad y maternidad de estas entidades provienen de las aportaciones individuales y

patronales, lo cual es recaudado por estas aseguradoras. Siendo el Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio del Interior las entidades a cargo de la milicia y la policía nacional, el Estado provee aportes patronales de este sector desde el PGE. (Figura 10)



Los establecimientos de salud que dependen del ISSPOL y del ISSFA reciben recursos con base en la prestación. El porcentaje que corresponde al seguro de enfermedad y maternidad es distribuido a las entidades de salud que dependen del ISSFA e ISSPOL según las prestaciones brindadas y registradas en las planillas. Sin embargo, los valores que corresponden al pago de salarios del recurso humano de fuerzas armadas y policía nacional que laboran en estos hospitales y dispensarios médicos es financiado por el presupuesto del Ministerio del Interior y Ministerio de Justicia, quienes entregan este dinero directamente al presupuesto de las respectivas EOD¹⁶.

16

En particular, según indica la Ley de Seguridad Social del ISSFA, “[l]os gastos de personal, operacionales y administrativos en general, para el funcionamiento del ISSFA, no podrán superar el uno por ciento (1%) de la masa de sueldos imponibles del personal militar en servicio activo” (Art. 99). En lo que respecta al ISSPOL “podrá destinar a solventar sus gastos de personal, operacionales y administrativos hasta un valor equivalente al cero punto setenta y cinco por ciento (0.75%) de la masa salarial imponible anual de los asegurados en la participación de los diferentes fondos del Seguro en los Gastos Administrativos del ISSPOL será de hasta los siguientes porcentajes de la masa salarial imponible anual: [...] Enfermedad y Maternidad 0,0958%”. (Art. 95 del Reglamento a la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional 2010)



Ambos, ISSFA e ISSPOL, tienen en su estructura una Dirección Nacional de Salud, la cual es la encargada de emitir la reglamentación correspondiente al uso y posterior seguimiento y control de los recursos utilizados por el ISSFA/ISSPOL y sus establecimientos de salud.

Subsistema privado

En cuanto al sector privado, existen dos fuentes de financiamiento: el presupuesto de las familias y el presupuesto de las entidades públicas. Las familias pueden adquirir seguros de salud privados o planes de medicina prepagada o generar un pago directo al proveedor del servicio o bien relacionado a la salud. Según la ECV 2014, menos del 1% de los ecuatorianos contaban exclusivamente con un seguro privado de salud. La ley de medicina prepagada 2016 requiere que los aseguradores privados con fines de lucro reembolsan al sector público por los servicios prestados a sus afiliados, cambian los periodos de carencia y modifican las condiciones del capital inicial y su inversión. Sin embargo, al momento de redactar este estudio no se ha identificado un reglamento que norme estos reembolsos al sector público.

Mecanismos de compensación financiera entre subsistemas

A fin de garantizar el derecho a la salud, la Autoridad Sanitaria Nacional generó mecanismos legales y administrativos entre los subsistemas. Como se menciona en el capítulo precedente, a partir de la Constitución de 2008, que establece la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, toda persona que necesite acceder a un servicio de salud, independientemente de su condición de pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado, podrá ser atendida en las unidades de la RPIS o derivada entre las redes en caso de que la RPIS no cuente con la capacidad resolutoria necesaria. Con base en esto, el MSP creó varias comisiones y acuerdos ministeriales estableciendo relaciones para la atención de pacientes y pago por estas prestaciones entre proveedores públicos y también con establecimientos de salud privados. Para ello se creó el tarifario de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El tarifario de prestaciones del SNS es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud en el marco de la RIPS y la RPC. En él se establecen los valores máximos de pago por cada prestación y por ende en ningún caso puede ser superior al establecido en el tarifario. El pago se realiza “contra presentación de la factura de los valores económicos aprobados como resultado del proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016a, Art.36) Si bien este reconocimiento económico está pautado en principio para las entidades que forman parte de la RIPS o RPC, “cuando un paciente requiera una atención emergente, o en los casos que la RIPS, una vez agotada la capacidad resolutive en la RIPS y en los prestadores habilitados de la RPC, derive un paciente a un prestador que no tiene convenio para una prestación específica de alta complejidad [...] los pagos serán por prestación o paquete según el tarifario de prestaciones y cubrirá la atención integral brindada al paciente” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018, Art.6), sin necesidad que el prestador esté inscripto en el Registro de Prestadores de Servicios de Salud. El Capítulo 5 incluye un análisis del grado de implementación de estos pagos entre las distintas entidades.



3

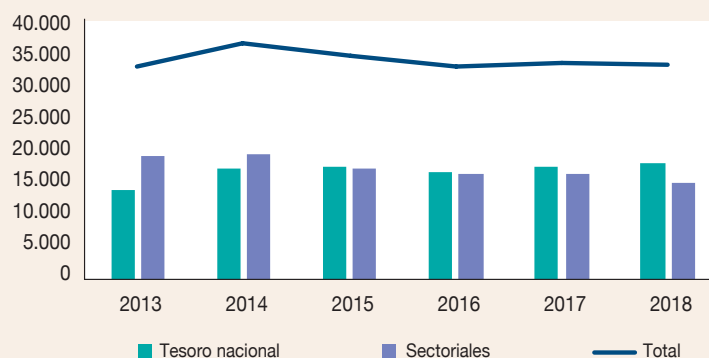
Capítulo

COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD DEL MSP

El objetivo de este capítulo es cuantificar la composición del gasto en salud del MSP para luego evaluar la eficiencia técnica de los procesos de gasto, y la eficiencia en la asignación entre factores de producción. No se incluyó el resto de las entidades de la RPIS en el análisis debido a la ausencia de la información requerida.

Como se menciona en el Capítulo 2, el MSP financia sus acciones con el PGE. Entre el 2015 y 2018, el monto total devengado¹⁷ registrado en el PGE se mantuvo constante alrededor de 35 mil millones de dólares en cada año fiscal. Los gastos de los 21 “sectoriales” representan alrededor del 45% del total devengado en 2018 (15.5 mil millones) y evidencian un leve descenso en comparación con los gastos registrados por Tesoro Nacional. (Figura 11)

Figura 11 EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL DEVENGADO DEL ESTADO. 2013-2018



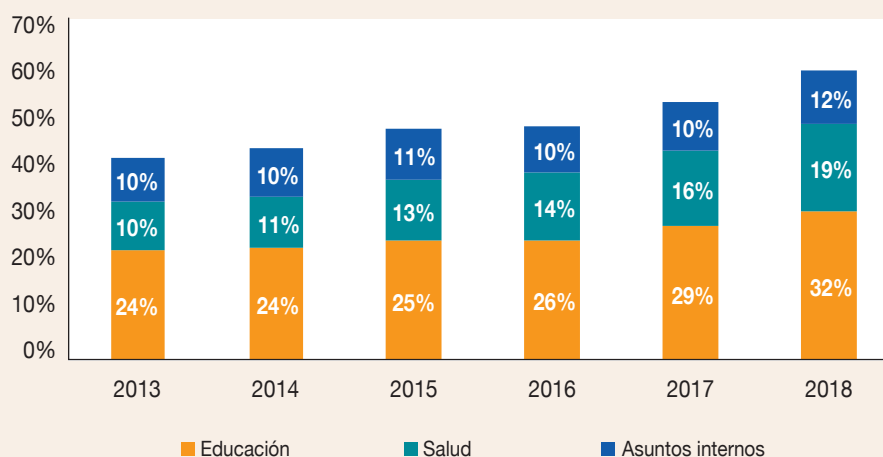
Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF.

17

El monto total devengado está tomado de la base del e-SIGEF remitida por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), con corte al 31 de diciembre de cada ejercicio fiscal. El registro del monto con categoría de “devengado” significa que la autoridad competente reconoce una obligación a un tercero como consecuencia de la recepción de los bienes y servicios previamente convenidos o contratados. La obligación causará la afectación definitiva de la asignación presupuestaria y del compromiso en el mismo monto, al mes de corte.

En este contexto, el sector salud evidenció un incremento sostenido de su presupuesto - pasando de representar el 10% del gasto sectorial en 2013 al 19% en 2018 y el 8,4% del total del gasto. (Figura 12) Educación y Asuntos Internos también incrementaron su participación, en detrimento a la reducción presupuestaria registrada en otros sectoriales como Comunicaciones, Desarrollo Urbano, Recursos Naturales, Administrativo, Defensa Nacional, entre otros.

Figura 12 PARTICIPACIÓN DE LOS PRINCIPALES SECTORES EN EL GASTO SECTORIAL TOTAL (%). 2013-2018



Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF.

En 2018, el sectorial salud devengó 2.883 millones de dólares. (Tabla 3) Cabe aclarar que aquellos gastos públicos que según su funcionalidad están clasificados en el PGE como “salud”, aunque ejecutados por otro sectorial distinto a salud, no están incluidos. Los gastos corrientes relacionados a salud que realizan otros sectoriales representan menos de 5% del total del gasto en salud y están asociados a hospitales de las Fuerzas Armadas y de la Policía. Estos gastos, además de representar un bajo porcentaje del total, no son fácilmente identificables en otras fuentes de datos o sistemas de registros. Por ejemplo, para el caso del gasto en remuneraciones, se puede identificar el gasto realizado en el sectorial salud, aunque no así el gasto salarial asociado a las funcionalidades de salud



realizadas por otros sectoriales. Es por ello que de aquí en adelante nos referimos a gasto público en salud a aquellos recursos financieros autorizados en el PGE y registrados en el sistema e-SIGEF por las entidades que pertenecen al sectorial salud¹⁸. Por otro lado, el PGE tiene la particularidad que la construcción de infraestructura sanitaria del MSP no se registra en el presupuesto del MSP sino por otros ministerios o unidades incluyendo el Servicio de Contratación de Obras (SERCOB). Estos gastos también están excluidos de las cifras aquí presentadas.

Clasificación	2015	2016	2017	2018
Sectorial salud	2.362	2.427	2.727	2.883
Otro sectorial/funcional salud	101	79	90	85
Total	2.463	2.506	2.817	2.968

Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF.

El concepto de eficiencia utilizado en este reporte está basado en el manejo de los recursos dedicados a la producción de servicios de salud. Consideramos los siguientes dos procesos claves: (a) la optimización en la asignación de recursos financieros; y (b) la combinación de los recursos físicos, que determinan la cobertura y calidad en la provisión de servicios de salud a la población. (Figura 13) Se considera que un sistema logra eficiencia asignativa si prioriza sus recursos de manera tal que logra maximizar el bienestar de la población, incluyendo la cobertura de servicios y la protección financiera contra gastos catastróficos en salud. Por otro lado, logra eficiencia técnica si combina sus factores de manera tal que no podría aumentar la provisión de sus servicios¹⁹ sin elevar su costo.

18

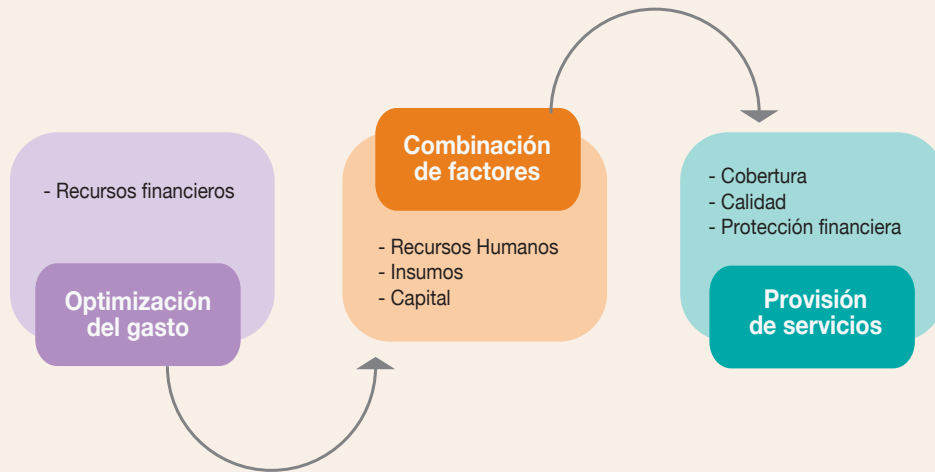
El sectorial salud se refiere a las entidades que pertenecen al sectorial, estas son: MSP, ARCSA, ACESS, INDOT, CONASA, INSPI. El MSP representa más del 98% del gasto de estas entidades. Al momento de elaboración de este reporte, no contamos con la información de los presupuestos de las Entidades de la Seguridad Social, ni de los GAD para analizarlos. Tampoco contamos con datos de cuentas nacionales.

19

Provisión de servicios incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos e integración social con actividades intra-murales y extra-murales.

Figura 13

PROCESO DE PRODUCCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD



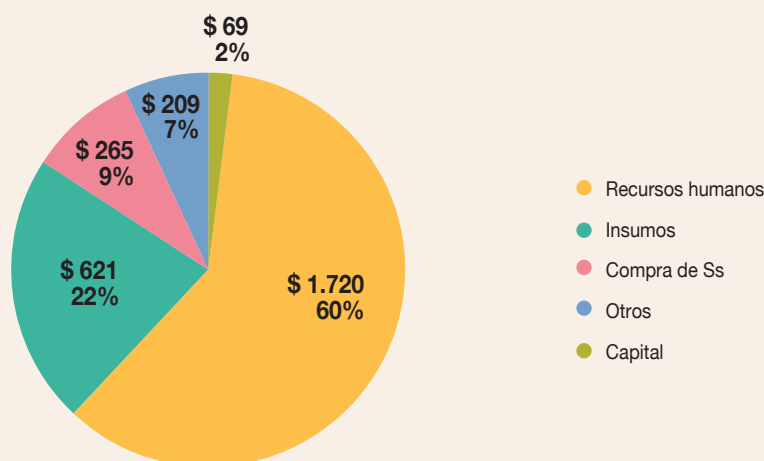
Fuente: elaboración propia.

En el 2018, de los 2.883 millones de dólares devengados por el sectorial salud, el recurso humano representó 1.720 millones de dólares, insumos 621 millones, capital 69 millones y otros gastos 209 millones. (Figura 14) EL gasto en recursos humanos refleja las remuneraciones básicas y demás beneficios económicos y sociales que recibe el servidor público. Los insumos incluyen medicamentos, insumos médicos e insumos y servicios no médicos. El factor capital se refiere tanto a la compra de edificios y activos registrados por sectorial salud como al mantenimiento de edificios, vehículos/maquinarias y otros. La categoría “Compra de Servicios” si bien no es un factor de producción per sé, es considerado ya que representa el 9% del total del gasto sectorial, totalizando en 2018, 265 millones de USD. Esta categoría en el PGE se encuentra definida como “compra de servicios médicos hospitalarios y complementarios a terceros” La categoría “Otros” se refiere a las transferencias, incluyendo las donaciones al sector privado no financiero-SOLCA (véase página 68), las comisiones, seguros tasas y obligaciones, lo viáticos, traslados y eventos y los servicios de consultoría.



Figura 14

GASTO PÚBLICO EN SALUD SEGÚN FACTORES DE PRODUCCIÓN. 2018



Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018.

Todos los factores, con excepción del capital y de la compra a terceros, han evidenciado un aumento en términos absolutos del monto total gastado en el período 2015-2018. (Tabla 4) En términos relativos mientras que el capital y la compra de servicios a terceros han reducido su participación, la participación de los insumos se mantuvo alrededor de 21%-23% del total. (Figura 15) Los recursos humanos por su parte, incrementan su participación relativa en el gasto sectorial total. En 2015 representaban el 55% del gasto total, mientras que en 2018 alcanzan un 60% del gasto sectorial total. El Capítulo 6 realiza un análisis detallado sobre el cambio en la composición en los recursos humanos, las condiciones de contratación y su asignación a los distintos niveles de atención (primer, segundo o tercer nivel²⁰).

20

Ministerio de Salud Pública (2014b).

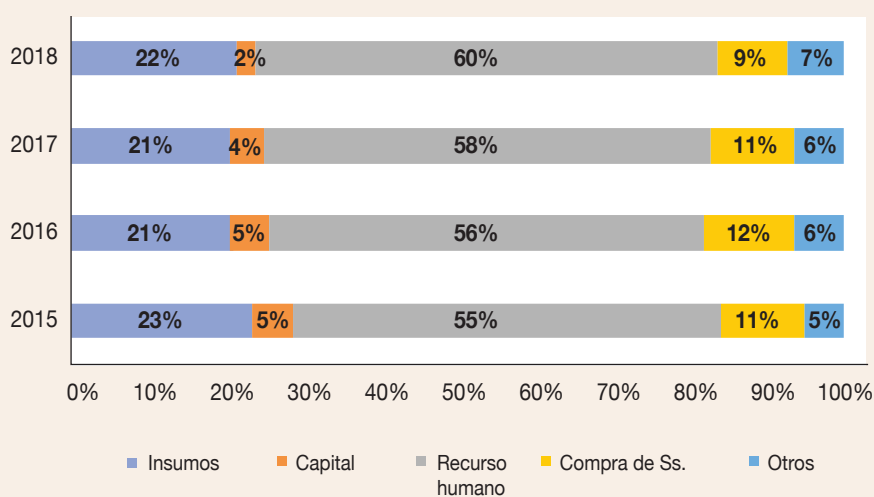
Tabla 4
GASTO PÚBLICO EN SALUD SEGÚN FACTORES DE PRODUCCIÓN. 2015-2018

Factores de producción	2015	2016	2017	2018
1. Insumos	555	509	562	621
2. Capital	123	115	116	69
3. Recurso Humano	1.306	1.366	1.576	1.720
4. Compra de servicios	256	283	300	265
5. Otros	122	155	172	209
4. Compra de servicios	256	283	300	265
5. Otros	122	155	172	209
Total	2.362	2.427	2.727	2.883

Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018.

Figura 15

GASTO PÚBLICO EN SALUD SEGÚN FACTORES DE PRODUCCIÓN (%). 2015-2018



Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018.



4

Capítulo

Fuentes de datos

INSUMOS Y CAPITAL DEL MSP

El objetivo de este capítulo es analizar las compras de insumos: ¿qué insumos se compran?, ¿cómo se compran?, ¿quién los compra?, ¿existen oportunidades para mejorar la eficiencia de estos procesos? ¿cuáles son estas oportunidades? Analizamos las compras que hace el sectorial salud (Unidad de Administración Financiera UDAF 320 y entidades adscritas) aunque también contamos con registros para otras instituciones de la RIPS.

Para poder identificar las compras, utilizamos dos fuentes de datos: (i) el sistema e-SIGEF donde se registran los gastos del PGE; (ii) la base de datos del Servicio Nacional de Contratación Pública de Ecuador (SERCOP), entidad responsable de administrar el Sistema Oficial de Contratación Pública (SOCE). (Tabla 5) Las bases de datos suministradas por SERCOP registran los procesos de contratación y compras públicas realizadas entre las entidades y proveedores del Estado. Cabe destacar que la estructura de estas dos fuentes dificulta un análisis comprensivo y consistente. (Tabla 6) Un desafío crítico es que la base de datos SERCOP no permite extraer el precio unitario pagado por medicamentos e insumos, ya que las unidades de compra no se registran de manera estandarizada para aquellos productos que se adquieren fuera del catálogo electrónico. Además, la base de datos SERCOP y el PGE no contienen un identificador común de las unidades compradoras, ya que SERCOP usa el Registro Único del Contribuyente (RUC) mientras el PGE usa los códigos del catálogo de entidades (Sector + UDAF + EOD). Para solucionar estas dificultades, usamos varias estrategias *ad-hoc* de reconciliación y corrección de variables. No obstante, se recomienda implementar soluciones permanentes en las dos fuentes de datos. (Tabla 6)

Tabla 5
COMPRA DE INSUMOS: FUENTES DE DATOS

	E-SIGEF (PGE)	Base SERCOP
Alcance	Todas las compras.	Solo las compras realizadas mediante la plataforma SERCOP y “régimen especial”: excluye otros mecanismos de compra.
Nivel de detalle	Clasificación de producto ²¹ , monto total devengado.	Para cada compra: producto comprado, precio, cantidad.
Precio y cantidad	No registrado: solo se registra el monto total (precio*cantidad).	Registrados, pero no comparable debido a falta de estandarización de unidades de compra.
Comprador	Hasta nivel EOD.	Identificado con RUC.

Tabla 6
ANÁLISIS DE LAS BASES DE DATOS PGE Y SERCOP: DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

Desafío	Descripción	Solución para este estudio	Recomendaciones
Identificación unívoca de entidades	En las bases de datos SERCOP para la identificación del contratante se utiliza el Registro Único del Contribuyente (RUC) ²² y el “nombre”. En las bases de datos del PGE se utiliza el código del catálogo de entidades (Sector UDAF EOD), que no se registra en el SERCOP.	Para fines de este estudio y para poder identificar unívocamente cada una de las entidades contratantes en SERCOP y su correspondiente en PGE, se unió el catálogo de entidades del MEF (que contiene Sector UDAF EOD y RUC) con la base de SERCOP, utilizando el RUC.	Incluir el código de la entidad hasta el nivel EOD como campo requerido en los formularios y la base SERCOP.

²¹ El PGE incluye los detalles de qué productos se compraron. El MSP informó dicho detalle proporcionando las partidas presupuestarias con las que se clasifica “Medicamentos e Insumos Médicos” para el período 2013-2018. (Oficio Nro. MSP-DNCRI-2019-0350-O).

²² RUC corresponde al número de identificación asignado a todas aquellas personas naturales y/o sociedades, que sean titulares de bienes o derechos por los cuales deben pagar impuestos.



Desafío	Descripción	Solución para este estudio	Recomendaciones
		De esta manera se recuperaron para cada RUC los códigos de Sector UDAF EOD utilizados en PGE. Así se logró identificar de manera unívoca las entidades contratantes en ambas bases de datos.	
Identificación de precios y cantidades de compra	En los sistemas de compra de SERCOP no se ha exigido registrar de manera estandarizada el precio y cantidad de cada compra de medicamentos e insumos. Para el mismo medicamento, el precio y cantidad de la compra se puede registrar por unidad de ingestión (ej. tableta, píldora), blíster, paquete u otros. Por ende, los precios y cantidades de las compras no son comparables. Para extraer la unidad de compra se requiere consultar el documento PDF de especificaciones técnicas de cada compra, que tampoco está lo suficientemente estandarizado para extraer la información de manera digitalizada.	No se pudo resolver este problema. Por esta razón el estudio no incluye ningún análisis de los precios pagados por el MSP.	Estandarizar las cantidades. Introducir un formulario electrónico que recopile la información básica de cada proceso, incluyendo precio y cantidades. Usar PDF estandarizados de solicitud de compra.



Desafío	Descripción	Solución para este estudio	Recomendaciones
Clasificación en SERCOP del tipo de compra: medicamentos e insumos médicos	La variable "tipo_compra" incluida en la base indica si la compra es de bienes, servicios, obras, consultor, fármacos o seguros. Sin embargo, la categorización no necesariamente corresponde con la naturaleza de lo que se adquirió. Por ejemplo, los productos farmacéuticos no necesariamente se categorizan como "fármacos" sino que también suelen categorizarse como "bienes". Por otro lado, encontramos compras de productos farmacéuticos e insumos médicos que se categorizan como "servicios". Debido a esto, no se puede utilizar la variable tipo_compra para identificar compras relevantes para el sector salud.	En cambio, se identificaron los códigos CPCN9 relevantes, se reclasificaron en 5 categorías (medicamentos, vacunas, insumos médicos, informática, construcción y otros servicios) y se analizó la base de datos utilizando estas categorías.	Estandarizar la clasificación de los productos entre medicamentos e insumos médicos.
Inconsistencia en el clasificador CPCN	En la base SERCOP un mismo producto se puede encontrar registrado con códigos distintos. Por ejemplo, la peracilina + tazobactam se identificó como cpcn9 3525011327 y también como 35200000320, el OCTANATE se encuentra como 520000072 y como 3520000073 aunque también está registrado como FACTOR VIII DE LA COAGULACION cpcn9 35250151102 0 3526053710 o 3526053711.	No se utilizó la descripción del producto de la base. Sin embargo, se recategorizaron los productos usando los códigos CPCN9.	Estandarizar el listado de productos y códigos correspondientes. Incorporar la descripción de los productos para que el usuario no tenga que registrarla manualmente.





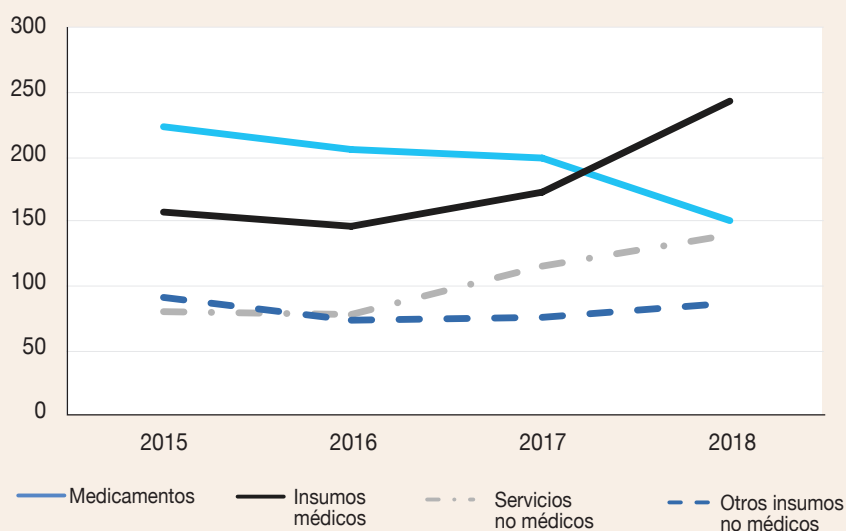
Desafío	Descripción	Solución para este estudio	Recomendaciones
	Además, la descripción de un mismo código varía debido que su carga es manual.		
Clasificación de las vacunas en la base de datos	La adquisición de vacunas no es directamente identificable. Por ejemplo, la vacuna pentavalente viral (difteria-haemophilus influenza B-pertussis-tétanos-hepatitis B) está clasificada como agente antineoplásico e inmunomodulador.	Se hizo una corrección <i>ad-hoc</i> de la clasificación de vacunas.	Corregir la clasificación de vacunas en la base de datos de SERCOP.

¿Qué se compra?

Según el PGE, entre el 21% y 23% del gasto total en salud corresponde a insumos. (véase Tabla 4) Con el objetivo de analizar estos gastos desagregamos la categoría de insumos en las siguientes subcategorías:

- Medicamentos (fármacos y vacunas).
- Insumos médicos.
- Insumos y servicios no médicos:
 - Servicios no médicos (incluidos los servicios básicos como agua, luz, teléfono, así como otros servicios de seguridad, limpieza, fumigación, correo, flete entre otros).
 - Otros insumos no médicos (combustibles, vestimentas, herramientas, alimentos/bebidas).

Utilizando esta desagregación, según el PGE, en el período 2015-2018 el monto total de gastos devengados en medicamentos decrece al mismo tiempo que se incrementa el gasto en insumos médicos. (Figura 16) Respecto a los insumos no médicos, el incremento en los últimos ejercicios fiscales está explicado por un incremento en los servicios que se duplicó entre 2016 y 2018, mientras que los gastos en otros insumos no médicos se mantuvieron constantes.

Figura 16 GASTO EN INSUMOS. 2015-2018

Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018.

Una vez que se logró identificar en forma unívoca la entidad en la base del PGE y en la base SERCOP, un segundo paso del análisis fue confirmar la consistencia entre la base de datos de SERCOP y el PGE en cuanto a los montos gastados por el sectorial salud (UDAF 320 y entidades adscriptas al MSP) en medicamentos e insumos médicos. En el PGE se tomaron los montos devengados correspondientes a las categorías medicamentos por un lado y *dispositivos médicos* e instrumental por otro lado²³, excluyendo aquellos medicamentos que se compraron por los fondos rotatorios de la OPS; en la base SERCOP, se computó el total de valor adjudicado correspondiente al año de adjudicación para compra en medicamentos e insumos médicos (categorización propia) incluyendo ambos los procesos regulares y el “régimen especial”²⁴. En el caso de medicamentos, la base SERCOP

23

El ítem 530835 que se describe como “Compra de Medicamentos y Dispositivos de uso inmediato para la prestación de servicios de salud” es la única línea que no permite desagregar entre medicamentos e insumos médicos. Se le asignó la categoría insumos ya que “Medicamentos” aún sin este ítem los montos en el PGE ya son superiores a los montos en la base de datos de SERCOP.

24

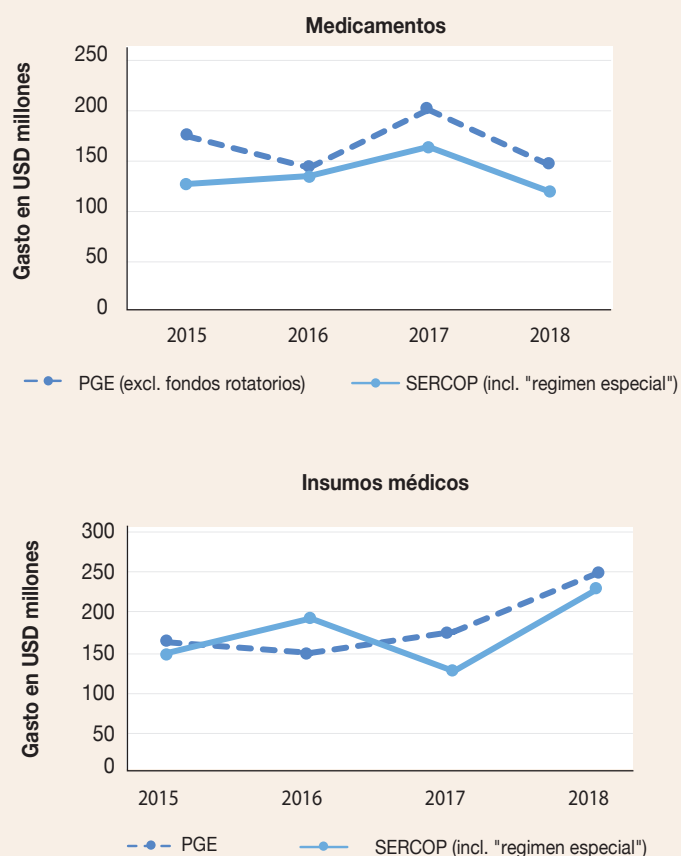
El análisis asume que las compras bajo “régimen especial” corresponden al MSP o a entidades adscriptas al MSP. No se dispone de información adicional sobre el modo de compra, comprador o producto comprado bajo este régimen especial.



registra menos gasto que el PGE en todos los años entre 2015 y 2018. Un análisis desagregado a nivel de entidades del MSP demuestra que, a lo largo de los distintos ejercicios fiscales, SERCOP registra montos menores en todas las entidades, aunque las mayores diferencias se dan en el caso de MSP Planta Central. (Tabla Anexa 3) En el caso del gasto en insumos médicos, los montos para el grupo de entidades del sectorial salud tampoco coinciden entre el PGE y la base de datos SERCOP²⁵. (Figura 17)

Figura 17

GASTO EN MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS REGISTRADOS EN PGE Y SERCOP

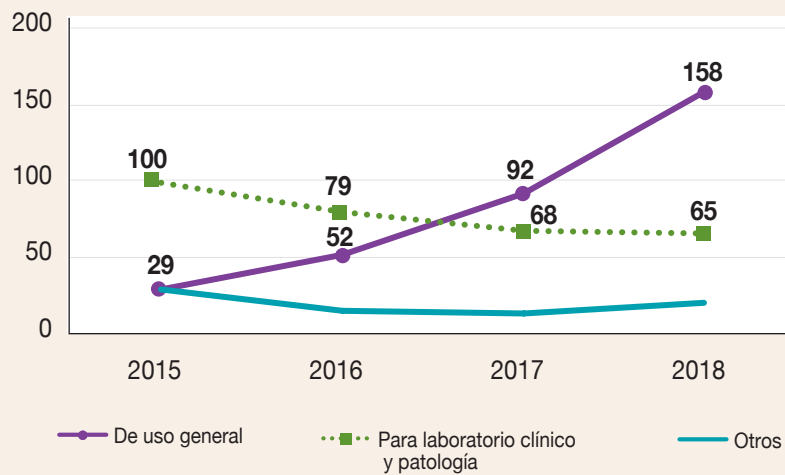


Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP y PGE.

En ambos PGE y SERCOP, los gastos en medicamentos e insumos médicos evidencian bastante variación de un año a otro. El aumento del gasto en insumos en el PGE se explica por un incremento significativo en gastos registrados como “dispositivos médicos de uso general”.²⁶ (Figura 18) En 2015 éste ítem representaba el 18% de los gastos en insumos médicos, mientras que en 2018 representa el 65%. Sigue en importancia el ítem relacionado a laboratorio clínico y patología, que ha venido decreciendo en el tiempo siguiendo un comportamiento inverso al anterior. (Tabla 7) La reducción de los gastos en dispositivos médicos para laboratorio clínico y patología se explica por el creciente uso de contratos de terciarización para la provisión, mantenimiento y abastecimiento de los laboratorios clínicos en hospitales y centros de salud²⁷.

Figura 18

GASTO EN INSUMOS MÉDICOS DESAGREGADO. 2015-2018



Notas: el gasto se presenta en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018. La categoría del PGE es dispositivos médicos e instrumental.

26

Este es el menor nivel de desagregación disponible (ítem) en el PGE. Según el clasificador presupuestario, el ítem 530826 - Dispositivos médicos de uso general –registra los gastos destinados para la adquisición de todo tipo de dispositivos médicos para uso general, utilizados en los diferentes procedimientos médicos, no clasificados en otros ítems; incluyen reactivos, sustancias antisépticas y desinfectantes, excepto los equipos biomédicos.

Esta explicación se basa en observaciones realizadas en visitas a establecimientos. No se dispuso de la información necesaria para poder identificar esta terciarización en el PGE.



Tabla 7
GASTO EN INSUMOS MÉDICOS DESAGREGADO (%). 2015-2018

Insumos médicos	2015	2016	2017	2018
De uso general	18%	36%	53%	65%
Para laboratorio clínico y patología	63%	54%	39%	27%
Otros	19%	10%	7%	8%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018. Incluye la categoría dispositivos médicos e instrumental del PGE.

Un análisis detallado, informado por el MSP, sobre el gasto en los insumos médicos “de uso general” sugiere que los mayores montos están asociados a la compra de dispositivos en el tercer y cuarto nivel de atención²⁸. En 2015 se gastaba un total de 6.8 millones en estos productos llegando a 66.6 millones en 2018. Seguida en importancia, se encuentran los gastos en instrumental asociados a micricubetas frs, guantes y jeringuillas, pósito transparente, termohigrómetros. El gasto registrado en 2015 para estos insumos fue de 10.6 millones mientras que en 2018 asciende a 66.9 millones, asociándose a las actividades del segundo nivel de atención.

Por otro lado, los gastos en servicios no médicos han evidenciado también un incremento, incluyendo los servicios de aseo²⁹; los servicios de seguridad y vigilancia³⁰ y en tercer lugar gastos en telecomunicaciones. (Figura 19)

28

Se asigna al tercer y cuarto nivel de atención porque la actividad para este registro se refiere a: “Prestación de Servicios de Salud Tercer y Cuarto nivel. Política de Igualdad”. Similar cuando se asigna a segundo nivel, es debido a que la actividad registrada para ese gasto se refiere a “Prestación de Servicios de Salud segundo nivel. Política de Igualdad” o atención primaria, “Prestación de Servicios de Salud de primer nivel. Política de Igualdad”. Los ítems comprados incluyen trocar premium para cirugía laparoscópica, sujetador de tubo endotraqueal, hoja de recambio para dermatomo y guantes de manejo caja x100. Esta información fue provista por el MSP mediante Oficio Nro. MSP-DNCRI-2019-0350-O y contiene el detalle de las partidas presupuestarias con las que se clasifica “Medicamentos e Insumos Médicos” y se presenta el presupuesto (codificado) recibido, el devengado (gasto) efectuado por MSP por programa, proyecto y actividad correspondiente al período 2013-2018 de medicamentos y dispositivos médicos de gasto corriente y de inversión.

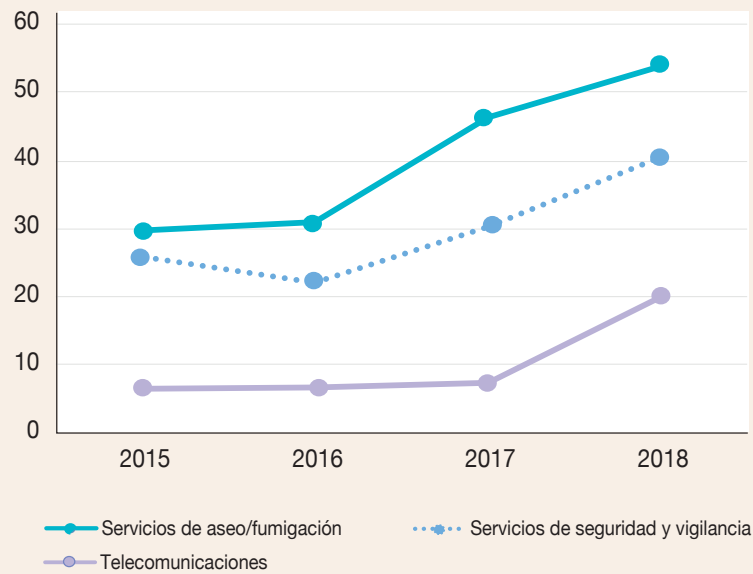
29

Estos son pago por servicios de lavado de ropa de trabajo, manteles, toallas y similares; fumigación, desinfección y aseo de áreas dentales, quirúrgicas y demás instalaciones; recolección y manejo de desechos contaminados; y recuperación y clasificación de materiales reciclables.

30

Estos incluyen pagos por servicios de seguridad de personas y vigilancia de bienes muebles, inmuebles, valores y otros, contratados con empresas de seguridad.

Figura 19

GASTOS EN SERVICIOS NO MÉDICOS
DESAGREGADOS. 2015-2018

Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en bases de datos e-SIGEF.

¿Cómo se compra?

En el sectorial salud se utilizan diversos mecanismos de compra de insumos, incluyendo un catálogo electrónico, subastas inversas electrónicas corporativas, subastas inversas electrónicas institucionales, compras directas, y compra por fondos de la OPS. (Tabla 8)³¹

31

Ver https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/wp-content/uploads/downloads/2016/11/CONTRATO-REGLAMENTO_A_LA_LEY_ORGANICA_SISTEMA_NACIONAL_CONTRATACION_PUBLICA.pdf.



Tabla 8
MECANISMOS DE COMPRA DE INSUMOS

Mecanismo	Principales características	Portal	Compradores
Catálogo electrónico-convenio marco	Se usa subasta inversa electrónica corporativa ³² para alimentar un catálogo de proveedores de medicamentos que forman parte del Cuadro Nacional Básico de Medicamentos. Las EOD compran directamente en el catálogo sin hacer ningún proceso adicional de adquisiciones. Los proveedores entregan los productos directamente en los almacenes de las EOD. Para las EOD, existe una obligatoriedad de comprar los medicamentos que se encuentran en este catálogo, por esta vía.	Catálogo electrónico de SERCOP.	EOD de RPIS, incluyendo IESS, ISSFA, ISSPOL.
Subasta inversa electrónica institucional	Para bienes y servicios que no consten en el catálogo. Las EOD solicitan ofertas y los proveedores ofertan el mejor precio posible de su bien mediante la plataforma de adquisiciones del SERCOP.	SERCOP.	EOD.
Bienes y servicios únicos (compra directa)	Procedimiento sometido a régimen especial.	SERCOP: deben publicar a través de la herramienta informática denominada "Régimen especial" o "Publicación" ³³ .	MSP, EOD.
Fondo rotatorio y fondo estratégico OPS ³⁴	Estos fondos consolidan entre países de la región los procesos de compra para vacunas, ciertos medicamentos de muy alto volumen y medicamentos de importancia estratégica, tales como antirretrovirales.	OPS.	MSP.

Fuente: elaboración propia con base en las fuentes referenciadas.

32

Ver <https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/subasta-publica-de-medicamentos/>

33

https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/wp-content/uploads/2018/02/Codificacion_Actualizacion_Resoluciones_-0000086.pdf (página 33).

34

(Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) and Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP) 2018)

La disminución en los gastos en medicamentos durante el ejercicio 2018 analizado refleja en parte el comportamiento de las adquisiciones llevadas a cabo mediante los fondos administrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), siendo el Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el Fondo Estratégico (relacionado a compra de medicamentos para VIH, Malaria y Tuberculosis)³⁵. (Tabla 9) Durante el 2015 y 2016 se devengaron a estos fondos 54 millones y 68 millones, respectivamente. Con este devengamiento se cubrieron las necesidades del 2017 y parte del 2018³⁶. En agosto de 2017 se firmó un nuevo convenio de cooperación entre el MSP y la OPS para la adquisición especial de medicamentos con una vigencia de 5 años³⁶. En 2018 hay 8 millones devengados al fondo estratégico.

Tabla 9
TOTAL GASTO DEVENGADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN FORMA DE ADQUISICIÓN

Adquiridos con fondos OPS*	2015	2016	2017	2018
No	171	141	198	142
Fondo estratégico	10	4	0	8
Fondo rotatorio	44	62	0	0
Total	224	206	198	150

Notas: el gasto se presenta en millones de USD. Los medicamentos adquiridos con los fondos (estratégicos o rotatorios) fueron informados por el MSP Disposición 1013 (2018) correspondientes a UDAF 320 y fuentes "Recursos Fiscales". No incluyen anticipos de ejercicios anteriores.

Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018 e información provista por el MSP.

Utilizando la base de SERCOP, y considerando las compras relacionadas al sectorial salud, clasificamos el número de procesos, así como el monto total adjudicado para la adquisición de medicamentos e insumos médicos según tipos de procesos.

35

El objetivo de estos fondos es promover la disponibilidad continua de insumos médicos de calidad a bajo costo vinculando el proceso de planificación con el proceso de adquisición. Para ello, el país planifica con anticipación el requerimiento de medicamentos. Luego remite su pedido a la OPS con al menos 6 meses previos al período para el cual se planificó el abastecimiento. La planificación se realiza para asegurar el abastecimiento de 12 meses + 6 meses adicionales a fin de contar con un stock mínimo. Recibida la planificación, OPS confecciona la factura y se la envía al MSP, quien debe "anticipadamente" transferir el monto total, que incluirá además un 4,5% de costos por administración para mantener el funcionamiento del fondo y posibilitar líneas de créditos a tasa de interés nula. (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) and Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP) 2018 sección 1.6.4, página 93)

36

https://subastademedicamentos.compraspublicas.gob.ec/pdf/LIBRO_UNASUR_MARZO_13_2018.pdf, página 92

37

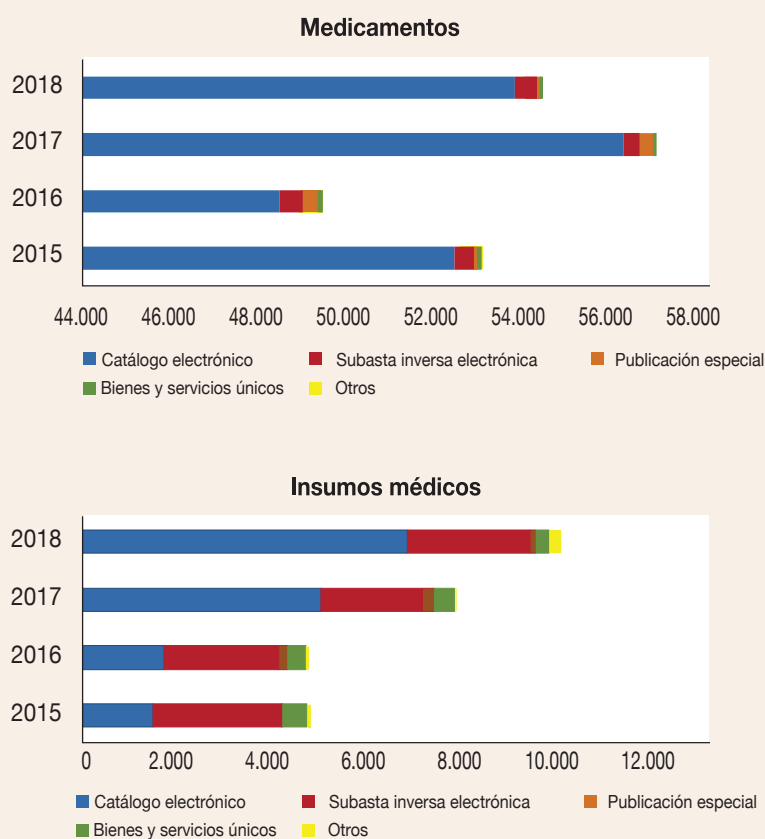
El convenio es ejecutado por la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. Para el caso de dispositivos médicos e instrumental, el fondo financia un monto muy pequeño del gasto que no superan los 0.5 millones de dólares. Es por ello que en el reporte no se realiza un análisis adicional como se hace para el caso de los medicamentos.



En términos del número de procesos, el más utilizados es el catálogo electrónico, seguido por la Subasta Inversa Electrónica (SIE) que se usa más frecuente en la adquisición de insumos médicos. (Figura 20) En términos de valor, la SIE es el proceso que mayor gasto registra con un incremento en 2018 que supera los 200 millones en adquisición de insumos médicos, seguido del catálogo electrónico que registra un gasto total estable. Este último se utiliza casi exclusivamente para la adquisición de medicamentos, aunque con la normatización e incorporación de algunos insumos se registran también compras utilizando este procedimiento en los últimos ejercicios fiscales. (Figura 21)

Figura 20

ORDENES DE COMPRA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS REGISTRADAS EN SERCOP SEGÚN TIPO DE PROCESO. 2015-2018

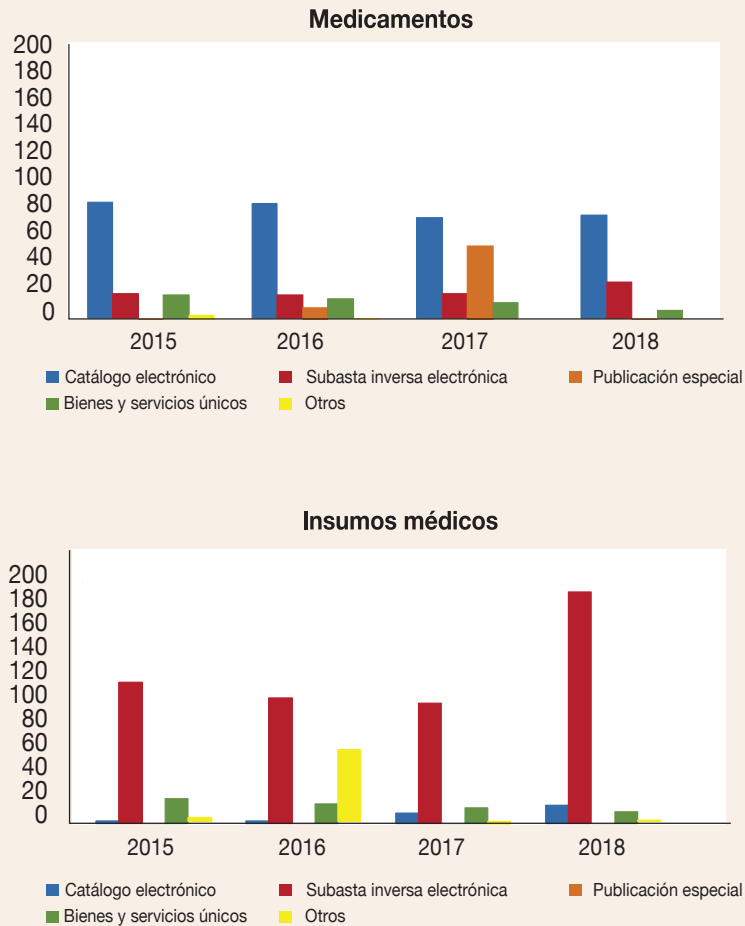


Notas: las figuras presentan el número de procesos de compra de medicamentos e insumos médicos registrados en SERCOP según el tipo de proceso utilizado.

Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP.

Figura 21

GASTO EN MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS REGISTRADOS EN SERCOP SEGÚN TIPO DE PROCESO. 2015-2018



Notas: cifras presentadas en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP.

¿Quiénes compran?

Al desagregar el gasto reportado en el PGE por tipo de entidad ejecutora, los hospitales y centros de salud registradas como EOD son quienes realizan la mayor cantidad del gasto total en medicamentos, seguida de las direcciones distritales de salud. (Tabla 10) El MSP Planta Central también participa comprando alrededor del 14% del monto total; exceptuando el ejercicio 2017.



Esta entidad usualmente devengaba entre 20 y 24 millones de USD en medicamentos, en 2017 registró gastos por 75 millones de USD³⁸. De estos 75 millones, el 95,7% está registrado bajo el programa de “Provisión y Prestación de Servicios de Salud”. En este programa la actividad denominada “Prestación de Servicios de Salud Segundo Nivel. Política de Igualdad” registra gastos por 65 millones y la actividad “Prestación de Servicios de Salud Primer Nivel” unos 7.2 millones. En el PGE no se cuenta con los detalles de qué medicamentos se compraron durante ese período. El MSP complementó esta información reportando, para las líneas presupuestarias asociadas a medicamentos, la descripción de las compras³⁹. En 2017, bajo la línea de medicamentos para el programa y la actividad mencionada, se describen gastos en Piperacilina 4G+Tazobactam, Octanate 50U Factor VIII de la coagulación de 250 UI Kits y oxígeno medicinal, aunque no se identifican los valores de cada una de esas compras ni se especifica el ejercicio fiscal.

Tabla 10
TOTAL GASTO DEVENGADO EN MEDICAMENTOS POR ENTIDAD. 2015-2018

Tipo de entidad	2015	2016	2017	2018
MSP planta central	23.8	19.9	74.9	20.8
Entidad adscrita al MSP (agencias & institutos)	2.4	0.6	0.6	0.0
Coordinación zonal de salud	0.9	0.2	0.2	0.1
Dirección distrital de salud	57.9	44.9	47.6	48.0
Hospitales y centros de salud con EOD propia	85.5	75.1	75.0	73.2
Total	170.5	140.7	198.3	142.2

Notas: los gastos se presentan en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF. Excluye gastos financiados por los Fondos Rotatorios o Estratégicos.

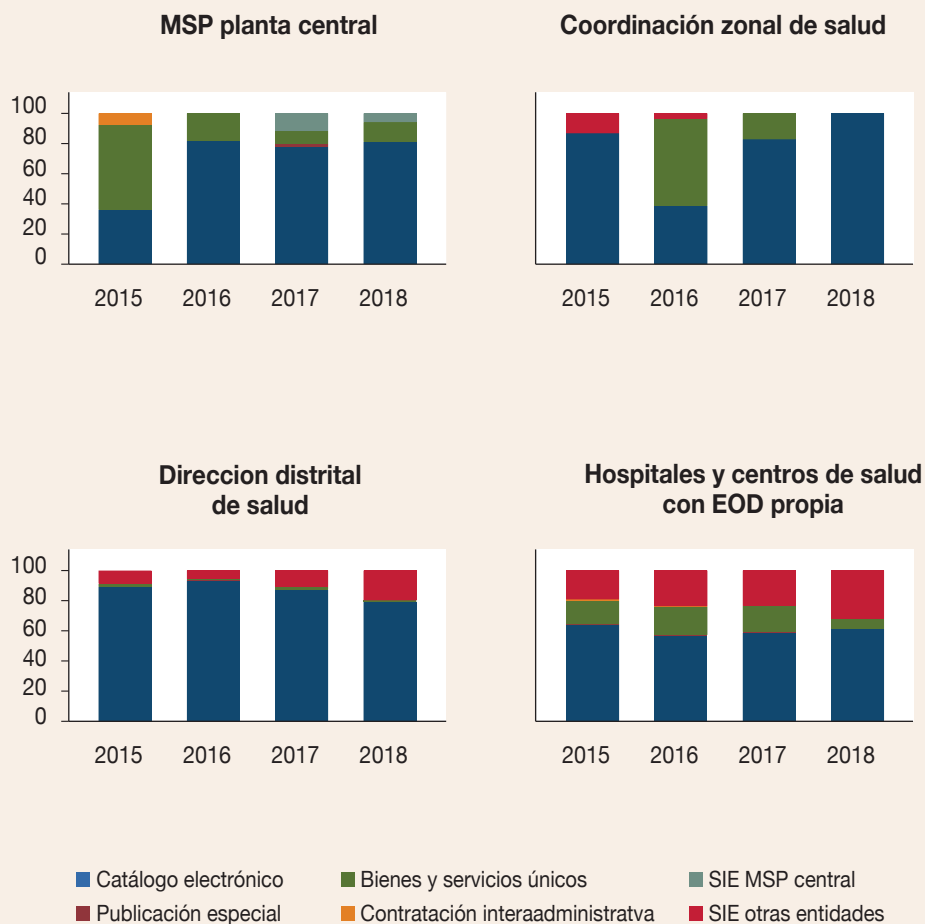
³⁸ De los 75 millones el 97% está registrado como gasto corriente (ítem 530809) y el 3% como gasto de inversión (ítem 730809).

³⁹ Información enviada mediante Oficio Nro. MSP-DNCRI-2019-0350-O que contiene el detalle de las partidas presupuestarias con las que se clasifica “Medicamentos e Insumos Médicos” presupuesto (codificado) y devengado (gasto) efectuado por MSP por programa proyecto y actividad correspondiente al período 2013-2018 de medicamentos y dispositivos médicos de gasto corrientes y de inversión.

El grado de utilización de cada uno de los procesos de adquisición varía según entidad. (Figura 22) Por un lado, los hospitales y centros de salud realizan alrededor de un 60% de su compra mediante catálogo electrónico, observándose un leve incremento en la utilización de la Subasta Inversa Electrónica en detrimento a Bienes y Servicios Únicos. Por otro lado, las direcciones distritales han venido

Figura 22

PARTICIPACIÓN DE LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN SOBRE EL GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS (%)



El gráfico representa la participación de los procesos de adquisición sobre el gasto total en medicamentos como % del valor adjudicado.

Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP.



comprando prácticamente todos sus medicamentos por medio del catálogo, aunque en 2018 también muestran aumento en la utilización de subastas inversas electrónicas. El MSP Planta Central en 2015 adquirió mayormente mediante procesos de bienes y servicios únicos, seguido de catálogo electrónico y contratación interadministrativa. Desde 2016 en adelante predominó el catálogo electrónico en sus compras, con utilización de la Subaste Inversa Electrónica en 2017.

Logros y desafíos

El MSP ha logrado avances importantes en el ámbito de compra y gestión de insumos. Entre ellos destacan: (i) la implementación de un catálogo electrónico de medicamentos que permite negociar los precios a nivel central y gestionar la entrega y distribución a nivel local (EOD), lo cual permite por un lado consolidar las cantidades de compra y obtener mejores precios y, por otro lado, evitar que el estado se tenga que encargar de logística de almacenamiento y distribución. (ii) establecer el rol central de la coordinación zonal, del distrito y de la EOD en la gestión de medicamentos e insumos para los establecimientos del Nivel 1. La EOD si bien compra los insumos y los distribuye a los centros de salud de su red, guarda la propiedad de estos insumos. Por ende, la EOD está en posición de optimizar y redistribuir los insumos dentro de su red. Esto permite que las EOD “eficientes” puedan mover insumos entre su almacén y las farmacias de los establecimientos para evitar sobre-stocks, ruptura de stocks, y caducidad de medicamentos. Además, como las EOD están encargadas de comprar los medicamentos básicos por vía del catálogo, pueden proyectar la necesidad de acuerdo con el perfil epidemiológico de su población y planificar la compra y entrega de acuerdo con sus posibilidades de almacenamiento.

A pesar de ser un logro importante, la implementación del catálogo electrónico ha experimentado desafíos y dificultades. Identificamos algunos desafíos: (i) Los períodos de vigencia de los contratos con los proveedores se vuelven, en algunos casos, excesivamente largos. Esto sucede cuando se celebran convenios complementarios debido a varias causas, entre ellas cuando el medicamento se encuentra en sobre demanda, la entidad contratante ha planificado cantidades menores a sus necesidades o cuando por causas de fuerza mayor debidamente comprobadas ante entidad contratante o el establecimiento de salud pública, el proveedor solicita el respectivo acuerdo complementario, para ampliar el plazo de entrega previsto en el convenio marco. (ii) El sistema de compra

por contrato marco incluye penalidades a los proveedores que entran al catálogo. Por ejemplo, si el proveedor pacta una entrega de productos para una fecha determinada y esta entrega se demora, este proveedor, en teoría, podría ser penalizado. Cabe destacar que la penalidad no es aplicable en los casos en que las entidades contratantes solicitan cantidades superiores a las referenciales. Para estas situaciones, se amplía el plazo de entrega sin que corresponda una penalización. (iii) Al momento de la fecha de elaboración de este informe, el catálogo electrónico incluye una cantidad muy pequeña de insumos médicos (aproximadamente 70 ítems), la mayoría de los insumos médicos se compran por subasta inversa institucional o por compra directa. Para que estos insumos puedan estar en el catálogo, deben ser normalizados por la Autoridad Sanitaria.

| Capital

Aunque el gasto del MSP reflejado en el PGE incluye gasto en capital, este gasto no refleja el total del gasto en construcción de infraestructura sanitaria. El PGE tiene la particularidad que la construcción de infraestructura sanitaria del MSP no se registra en el presupuesto del MSP sino por otros ministerios o unidades incluyendo el Servicio de Contratación de Obras (SERCOB). Para fines de este estudio, no se pudo identificar aquellos gastos que corresponden a construcción de infraestructura de salud del MSP.

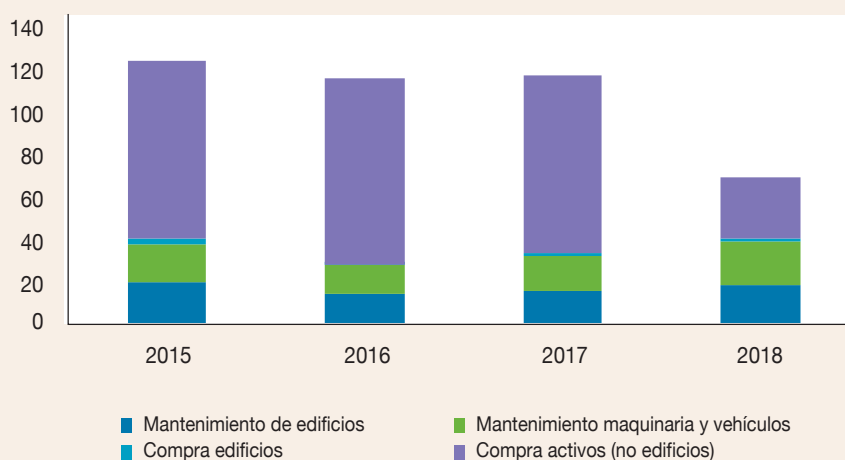
Con base en varios informes y cobertura de noticias, estimamos que entre 2013 y 2018 MSP invirtió en hospitales nuevos o renovados que, contabilizan 2.966 camas hospitalarias y que costaron USD 1.361 millones. Por otra parte, el IESS también ha construido varios hospitales nuevos. Sin embargo, la información publicada por el INEC en cuanto a camas hospitalarias y recursos y actividades de salud no permite identificar el establecimiento o hospital, ya que no incluye el identificador único del establecimiento. Por ende, no fue posible llevar a cabo un análisis de eficiencia de la distribución de la infraestructura sanitaria.

Tanto el gasto total devengado en capital en términos absolutos como su participación relativa van decreciendo en el tiempo. (Figura 23) En 2018, el gasto en capital cayó casi a la mitad en comparación a 2015, y apenas supera los 60 millones de dólares. La composición de este gasto muestra que la reducción en el tiempo está dada mayormente en la compra de activos (no edificios). Estos se refieren a la adquisición de vehículos, maquinarias, mobiliarios, equipos médicos, inversiones



intangibles y otros gastos en activos no financieros. Por su parte, los gastos en mantenimiento no se han reducido, y se evidencia un leve incremento hacia el final del período.

Figura 23 GASTO TOTAL EN CAPITAL SEGÚN FUNCIÓN, 2015-2018



Notas: el gasto se presenta en millones de USD.
Fuente: elaboración propia con base en e-SIGEF 2015-2018.

5

Capítulo

COMPRAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL MSP A OTRAS ENTIDADES

Como se mencionó en el Capítulo 2, si existiese saturación de los servicios de salud o imposibilidad de satisfacer la demanda, los establecimientos están autorizados a derivar a sus usuarios entre entidades que conforman la RPIS y/o a unidades de la RPC. En esta sección se analizan las derivaciones realizadas desde el MSP a otras entidades de la RPIS y la RPC. Estas entidades facturan al MSP las prestaciones/paquetes brindados a los usuarios del MSP según tarifario de las prestaciones definido para el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con las cifras del PGE presentadas en la Tabla 4, entre el 2015 y 2018, se han destinado unos 1.103 millones al pago de compras de servicios médicos hospitalarios y complementarios a estas entidades (representando entre el 9% y el 11% del total de gastos del sectorial salud, dependiendo del ejercicio fiscal). Cabe resaltar que en el PGE también deberían verse reflejados “los ingresos” que el MSP recibe como reconocimiento económico por prestaciones brindadas a afiliados a los seguros públicos o privados. Al analizar los datos de ingresos se identificaron pagos ínfimos a nulos –dependiendo de los ejercicios fiscales– desde la RPIS o RPC al MSP, sugiriendo que los pagos por compras de servicios médicos estarían siendo unidireccional - desde MSP al resto de las entidades.

Los pagos desde el MSP a las entidades de la RPIS y RPC se registran en el PGE en un solo ítem presupuestario –compras a terceros– pero en aquella base no existe detalles sobre qué tipos de servicios se están comprando ni a que prestadores⁴⁰. A los fines de poder caracterizar dichas compras, la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud dependiente de la Subsecretaría

40

Vale aclarar que mientras las compras a tercero que representan el 10% del gasto se registran en el PGE en un único ítem presupuestario, el 90% restante del gasto se desagrega en más de 400 ítems. Se consideró importante complementar el análisis con fuentes secundarias provistas por el MSP a fin de comprender en detalle la asignación de este gasto, qué servicios se están comprando y a quién se están comprando estos servicios.



de Gobernanza brindó una matriz de monitoreo, la cual permitió tener acceso a datos adicionales sobre cada una de las facturaciones registradas. La matriz incluye información sobre los pagos cancelados según fecha de servicio y fecha de comprobante único de registro (momento de liquidación del pago), entre otras variables, por tipo de entidad⁴¹.

Según la información disponible en dicha matriz, el MSP ha pagado un total de 1.507 millones de dólares hasta abril de 2019 por concepto de compra de servicios a otras entidades. Este total contabiliza los trámites presentados por los distintos prestadores que han pasado por las fases del proceso de auditoría y ya se encuentran aprobados para ser pagados o enviados a pagos, y además se han registrado en el PGE (esto es, cuentan con un Comprobante Único de Registro, CUR). Con el objetivo de comparar estas cifras con las cifras presentadas con base en el PGE (devengado a diciembre de cada ejercicio fiscal entre 2015-2018), se clasificaron los montos según fecha de pago y fecha de prestación. El total pagado entre 2015 y 2018 asciende a 1.092 millones de dólares. (Figura 24) El monto es similar a los 1.103 millones informados por e-SIGEF. (Tabla 4) Entre el 2014 y el 2018 los montos de compras a terceros oscilaron entre los 240 y 285 millones de USD, siendo el 2017 el ejercicio que registró la mayor cantidad de compras de servicios a terceros. (Figura 24)

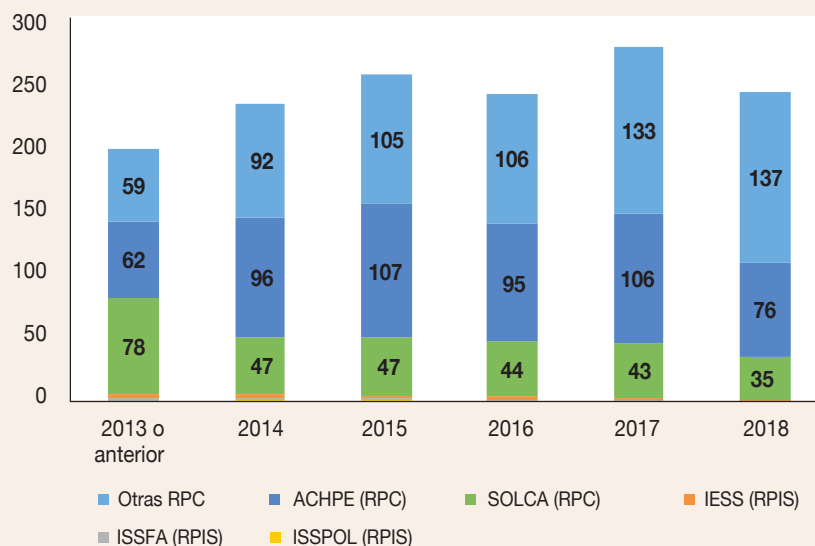
La participación en el total facturado de las unidades pertenecientes a la RPC ha crecido con el paso del tiempo, en particular aquellas entidades de la RPC excluyendo SOLCA y los miembros de la ACHPE indicadas como “Otras RPC”. La ACHPE, por su parte, registra una participación importante respecto al total, con valores cercanos a los 100 millones por año. (Figura 24) SOLCA, por su parte, pasó de facturar 78 millones por prestaciones brindadas entre 2011-2013 a 35 millones en 2018. Los montos pagados al IESS, ISSPOL e ISSFA por las prestaciones brindadas a los usuarios son en cambio muy pequeños en relación con el total.

41

La matriz identifica las entidades tal como están descritas en esta sección: entidades de la RPIS: IESS, ISSFA, ISSPOL y las entidades de la RPC, desagregadas como: ACHPE, SOLCA y “otras RPC” que refieren a otras entidades de la Red Privada Complementaria que están identificadas en los datos recibidos.

Figura 24

MONTOS PAGADOS POR MSP A CADA ENTIDAD SEGÚN AÑO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO



Notas: montos presentados en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, Subsecretaría de Gobernanza, MSP.

Los datos registrados en la matriz también permiten analizar el tipo de enfermedad atendida (Catastrófica o No Catastrófica) y el tipo de servicios que se está comprando a cada entidad (Hospitalización, Ambulatorio, Diálisis, Emergencias u otros servicios). (Tabla 11) Si bien tanto ACHPE como otras entidades de la RPC atienden a pacientes con enfermedades catastróficas y no catastróficas, en el caso de “otras RPC” el mayor porcentaje de facturación está concentrado en enfermedades catastróficas mientras que ACHPE presta servicios especialmente para enfermedades no catastróficas.



Tabla 11
MONTOS PAGADOS POR MSP A CADA ENTIDAD SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD.
2013 O ANTERIOR A 2018

Tipo de entidad	2016	2017	2018
ACHPE (RPC)	391	153	545
SOLCA (RPC)	0	294	294
Otras RPC	269	375	644
IESS (RPIS)	15	0	15
ISSFA (RPIS)	7	0	7
ISSPOL (RPIS)	2	0	2
Total	684	823	1.507

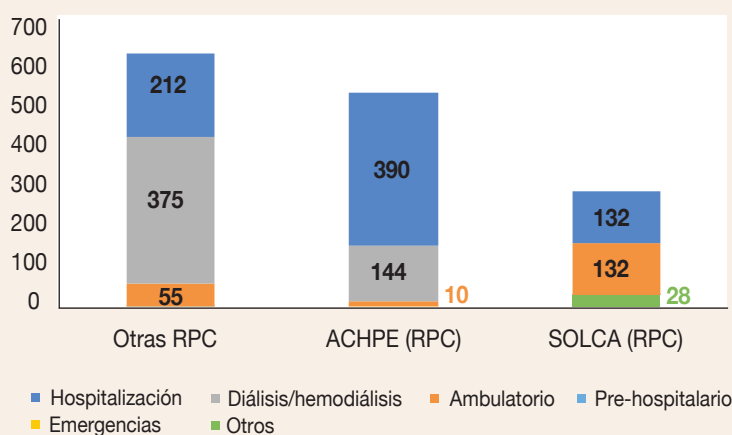
Notas: montos presentados en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Subsecretaría de Gobernanza. MSP.

En términos del tipo de servicios, la hospitalización es el servicio más facturado a las entidades de ACHPE, seguida por RPC y SOLCA. (Figura 25) Los servicios de diálisis/hemodiálisis siguen en importancia siendo en este caso otras entidades de RPC las que registran la mayor facturación. Respecto a los servicios ambulatorios, la mayor facturación se concentra en SOLCA (posiblemente debido a los tratamientos ambulatorios de quimioterapia).

Figura 25

MONTOS PAGADOS POR MSP A CADA ENTIDAD SEGÚN TIPO DE SERVICIOS. ACUMULADO AL 2018



Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Subsecretaría de Gobernanza. MSP.

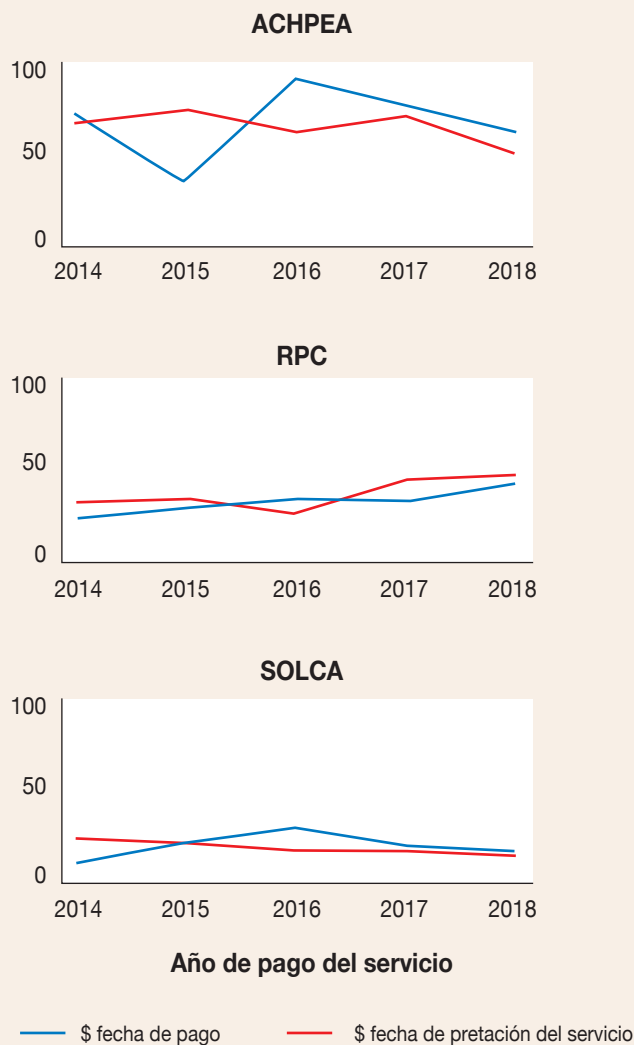
Cabe recordar que los períodos informados en el análisis se refieren al año de prestación del servicio, que no siempre coincide con el año de pago del servicio. A su vez, los montos informados pueden estar reflejando cambios en la cantidad o composición de servicios brindados o cambios en los precios de los servicios prestados. No se dispone de este detalle para poder identificar si los cambios observados en el tiempo se deben a cambios en la cantidad/composición de los servicios o cambios en sus precios. Si bien los precios están regulados por el tarifario de prestaciones para el SNS, éste impone un techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores que puede no necesariamente ser el precio final facturado.

Al contrastar la fecha de prestación con la fecha de pago según servicio para cada entidad, se observa que el 2016 ha sido el año de mayores pagos por prestaciones brindadas en relación con años anteriores. (Tabla Anexa 4) El monto total según fecha de prestación de servicios de hospitalización en ACHPE y SOLCA es relativamente constante en el tiempo, aunque se evidencia una caída en los montos de ACHPE a partir de 2017, en contraposición a un aumento registrado por otras entidades del RPC. (Figura 26) Para ACHPE y SOLCA se evidencia un desfase de un año entre la fecha de prestación y la fecha de pago para los servicios prestados antes del 2016. Por ejemplo, ACHPE en 2015 recibió menos pagos en ese año que los correspondientes por los servicios facturados. En 2016, tanto SOLCA como ACHPE reciben pagos de ese año y acumulados de años anteriores. Este comportamiento, aunque observado, no es tan marcado para el resto de las entidades de RPC, las fechas de pagos parecen ir en línea con las fechas de prestaciones. Similares conclusiones se observan para el caso de servicios ambulatorios. (Figura 27) Los datos provistos para los servicios de diálisis y hemodiálisis, en cambio, sugieren que a partir de 2018 se estarían registrando los mayores retrasos en los pagos que deberían saldarse en 2019. (Figura 28)



Figura 26

**MONTOS PAGADOS EN HOSPITALIZACIÓN POR MSP
A CADA ENTIDAD SEGÚN FECHAS**

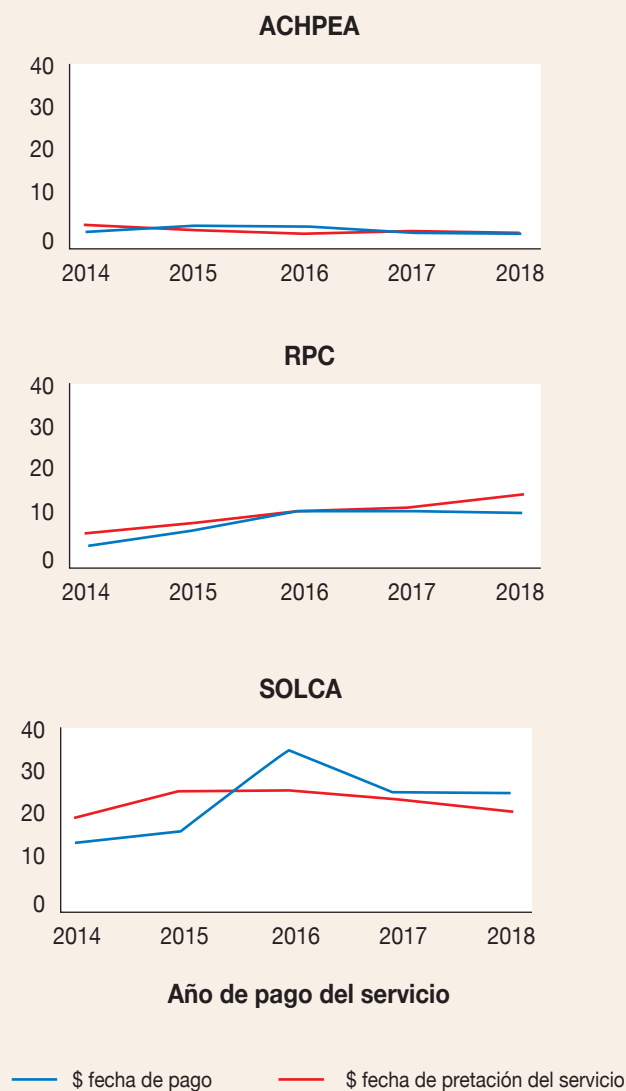


Notas: la figura representa los montos en millones de USD pagados en hospitalización por MSP a cada entidad según fecha de pago y de prestación.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Subsecretaría de Gobernanza. MSP.

Figura 27

MONTOS PAGADOS EN SERVICIOS AMBULATORIOS POR MSP A CADA ENTIDAD SEGÚN FECHAS



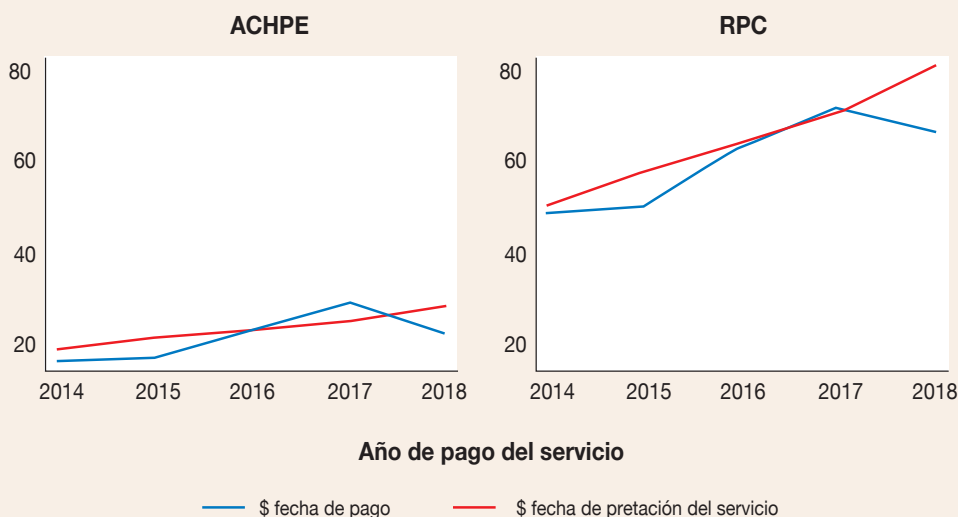
Notas: la figura representa los montos pagados en millones de USD en servicios ambulatorios por MSP a cada entidad según fecha de pago y de prestación.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, Subsecretaría de Gobernanza, MSP.



Figura 28

MONTOS PAGADOS EN DIÁLISIS/HEMODIÁLISIS
POR MSP A CADA ENTIDAD SEGÚN FECHAS



Notas: la figura representa los montos pagados en millones de USD en diálisis y hemodiálisis por MSP a cada entidad según fecha de pago y de prestación.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Subsecretaría de Gobernanza. MSP.

Con relación a la atención integral oncológica, vale destacar que el MSP, además de los pagos realizados a SOLCA por prestación de servicios, le transfiere a dicha entidad, trimestralmente y en forma anticipada, una “contribución”. Los recursos de esta contribución provienen del 0,5% aplicado sobre las operaciones de crédito según lo reglamentado por el Código Orgánico Monetario Financiero en su disposición general décimocuarta⁴², vigente desde 2014. Las entidades financieras privadas actúan como entidades de retención que deben depositar lo recaudado, dentro de las 48 horas, en una Cuenta Única del Tesoro Nacional y luego se transfiere a SOLCA por medio del MSP que lo registra en el PGE como “Donaciones al Sector Privado No Financiero”. El total de gasto devengado bajo este concepto es alrededor de unos 65 millones anuales para 2017 y un monto similar para 2018 y 63 millones para 2016. Por su parte, al analizar los ingresos provenientes del impuesto a las operaciones de crédito que entran en el Tesoro Nacional se registra un ingreso devengado a diciembre 2018 por 104 millones, mientras que un ingreso pagado por 65 millones.

42

La disposición general décimocuarta establece que: “las personas que reciban operaciones de créditos incluyendo el crédito diferido con tarjeta de crédito, de financiamiento, de compra de cartera, de descuentos de letras de cambio y operaciones de reporto con las entidades del sector financiero privado controladas por la Superintendencia de Bancos, pagarán una contribución del 0,5 % del monto de la operación”.

6

Capítulo

RECURSOS HUMANOS DEL MSP

Desde el 2015, se evidencia una creciente participación de los gastos en recursos humanos (RRHH) en el gasto sectorial total. En 2015 representaban el 55% del gasto total, mientras que en 2018 alcanzan un 60% del gasto sectorial total. (Tabla 4) En esta sección se realiza un análisis detallado de estos recursos del sectorial 12 (salud). El análisis incluye las tendencias generales de contratación y gasto en recursos humanos, modalidad de vinculación laboral, cargos ocupados, y asignación de personal según niveles de atención.

Se construyó una base de datos que combina las fuentes de información descriptas en la Tabla 13. Cabe aclarar que toda Entidad Operativa Desconcentrada (EOD) que forma parte del PGE debe registrar el pago de su personal en el Subsistema Presupuestario de Remuneración y Nómina (SPRYN)⁴³. Cada línea del SPRYN es un puesto de trabajo con su correspondiente remuneración mensual que tiene su contraparte presupuestaria en el PGE⁴⁴. Aunque el SPRYN registra para cada puesto la EOD contratante, en el caso que la EOD esté a cargo de varios establecimientos de salud, no se registra el establecimiento de salud o lugar de trabajo físico donde labora la persona. La base SPRYN incluye, además, una descripción (en formato texto) del cargo ocupado. La información sobre el lugar de

43

El SPRYN forma parte del eSIGEF y tiene como objetivo “vincular los procesos de manera transaccional entre el Presupuesto y Contabilidad, a través de los distributivos de remuneraciones y demás beneficios económicos y sociales con el pago de las nóminas institucionales”. (MEF 2014, Oficio Circular 001) El Ministerio de Economía y Finanzas es quien solicita los datos referidos a remuneraciones y nómina a las distintas entidades. Esos datos deben ser ingresados en un formato denominado “Distributivo y Nómina Institucional”. Cabe mencionar que el IESS, al no formar parte del PGE, no está obligado a reportar vía eSIGEF y por ende tampoco en SPRYN, sino que la adhesión al sistema eSIGEF es por voluntad propia. Por ende, al momento de redactar este informe, solo algunas entidades del IESS reportan sus recursos humanos al eSIGEF.

44 Se refiere a que la única forma de que una EOD pueda efectivizar un pago de salarios es habiendo previamente generado la partida presupuestaria correspondiente (ver Ley Orgánica del Servicio Público - LOSEP, Art. 105: “Preeminencia del presupuesto - La norma, acto decisorio, acción de personal, o el contrato que fije la remuneración de una servidora o servidor, no podrá ser aplicable si no existe la partida presupuestaria con la disponibilidad efectiva de fondos”).



trabajo físico de la persona se puede encontrar en el Relevamiento Especial llevado a cabo por el MSP en abril del 2019, aunque en aquella ocasión no se relevó el código del establecimiento (“unicódigo”). Para poder analizar los cargos ocupados y los lugares de afectación del personal, fue necesario codificar la variable de cargo del SPRYN, así como los establecimientos de salud del Relevamiento Especial (véase Anexo 2 para una descripción del proceso de asignación).

Cabe mencionar que complementar el SPRYN de manera permanente con el unicódigo del lugar de trabajo fortalecería la capacidad del MSP para poder planificar la fuerza laboral respondiendo a las necesidades reales en territorio. La incorporación de manera permanente al SPRYN del registro del establecimiento último donde el personal presta servicio es información esencial para poder desarrollar un sistema de planificación y monitoreo de los profesionales de la salud y de su movilidad.

Tabla 12 PROCESAMIENTO, SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

La realización de este estudio requirió trabajar con bases de datos de diferentes grados de complejidad, tamaños y provenientes de diversas fuentes. Por ejemplo, el MEF puso a disposición la nómina mensual de los servidores públicos que abarca los meses entre enero 2015 y octubre 2019 donde cada registro representa un servidor público en un mes particular. De esta base, que contiene millones de observaciones, se debió extraer la nómina referente al sectorial salud y procesarla a nivel individual. Paralelamente, el MSP compartió las bases crudas referidas a consultas ambulatorias y egresos, que debieron ser procesadas y consistidas para luego integrarlas a la nómina y crear una nueva base única de datos que conjuga la información sobre financiamiento y la información sobre la producción de los establecimientos de salud.

Un software estadístico convencional de una máquina (por ejemplo, Stata) no permite procesar esta cantidad de información en simultáneo e integrarla. Para ello, se requirió un sistema de computación multi-máquina que permita procesar los datos de manera paralela. En este estudio se utilizó el sistema Spark en una plataforma Databricks instalada en la nube privada del BM. Se utilizó el lenguaje PySpark para la programación. Aunque los datos entregados por el MSP se compartieron sin nombres y con DNI encriptados, el BM generó varios mecanismos adicionales para garantizar la seguridad y confidencialidad



de los datos, incluyendo el uso de un clúster de máquinas de alta concurrencia totalmente auditable y dedicado a este análisis. Los datos fueron almacenados en la nube privada con acceso restringido a usuarios autorizados, que requiere de una autenticación de dos factores. A los fines de asegurar la confidencialidad, se disoció la identificación en todas las bases de datos y se encriptan o quitaron aquellas variables que podrían identificar a una persona.

Para bases de datos de menor tamaño, como la base de compra de medicamentos y del PGE a nivel ítem presupuestario, sí pudo utilizarse un software convencional, en este caso trabajamos con el Stata 15. Finalmente, para el análisis de bases geográficas se utilizó ArcGIS Pro en la nube geowb del BM.

Tabla 13
FUENTES DE DATOS SOBRE EL RECURSO HUMANO EN SALUD

Base de datos	Unidad de observación	Contenido	Período	Procesamiento BM
SPRYN, MEF	Persona/ puesto de trabajo.	Nómina y distributivo: remuneración mensual básica y demás beneficios económicos y sociales. Modalidad de vinculación laboral: nombramiento, contrato ocasional, contrato indeterminado. Cargo: texto no codificado ⁴⁵ . EOD contratante Características demográficas: edad, sexo.	Mensual desde enero 2015 a octubre 2019.	Codificación del cargo usando algoritmo en Python
Relevamiento especial, MSP	Persona/ puesto de trabajo.	Se asoció a cada puesto de la nómina el lugar físico de trabajo /establecimiento de salud: texto no codificado.	Abril 2019.	Codificación (unicódigo) del lugar físico de trabajo.
Geo-salud MSP	Centro de salud (unicódigo).	Información geográfica.		

45

La variable en la base de datos se denomina "nombre_denominación_puesto".



Tendencias generales

El gasto total en recursos humanos consiste en la suma de las remuneraciones básicas y demás beneficios económicos y sociales que incluyen: décimo tercero (doceava parte de las remuneraciones que hubiere percibido durante un año); décimo cuarto (monto fijo-salario básico unificado-SBU) que se recibe una vez al año; c) viáticos, subsistencias, dietas, horas suplementarias y extraordinarias; fondo de reserva (que corresponde al 8,33% de la remuneración de aportación); subrogaciones o encargos y bonificación geográfica (bonificación para puestos que se desarrollan en zonas desfavorables, y corresponde entre un 10% y 20% adicional sobre el salario básico, dependiendo de la zona). (Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador 2017)

El gasto total anual en recursos humanos en salud aumentó de 1.306 millones en el 2015 a 1.720 millones en el 2018. (Tabla 14) En cuanto a las remuneraciones básicas se incrementaron en 230 millones en el mismo período. Este incremento en el gasto en recursos humanos está directamente relacionado con el incremento en el número total de puestos. Se pasó de unos 66 mil a inicios de 2015 a unos 88 mil empleados a fines de 2018, aunque a principios de 2019 comienza a decrecer llegando a unos 84 mil a octubre 2019. (Figura 29) En el mismo período, el salario promedio (remuneración básica mensual) pasó de USD 1.108 a USD 1.184, lo cual está por arriba de la inflación en el mismo período. Sin embargo, a partir de enero de 2019 se evidencia una disminución tanto del número de puestos (de 88.570 en enero a 84.699 en octubre) como del gasto mensual (de 104.1 millones en enero a 100.2 millones en octubre).

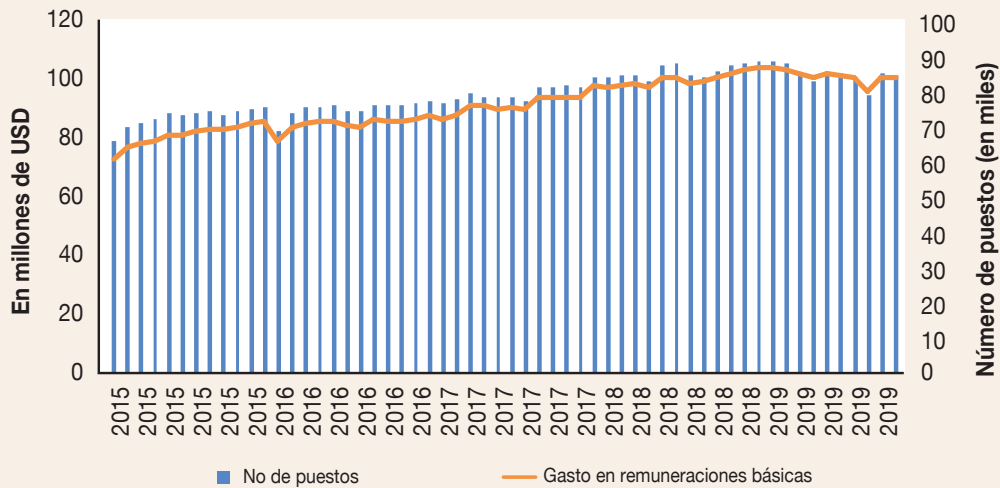
Tabla 14
GASTO ANUAL EN RECURSOS HUMANOS,
SECTORIAL 12. 2015-2018

Año	Contenido	Período
2015	971	1.306
2016	1.019	1.366
2017	1.099	1.576
2018	1.201	1.720

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN y PGE.

Figura 29

GASTO MENSUAL EN RECURSOS HUMANOS Y NÚMERO DE PUESTOS. ENERO 2015-OCTUBRE 2019



Notas: el gasto mensual sólo incluye remuneraciones básicas. El gasto en remuneraciones básicas es medido en el eje izquierdo en millones de USD. El número total de puestos es medido en el eje derecho en miles.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Modalidades de vinculación laboral

La contratación de servidores públicos⁴⁶ se rige por la Ley Orgánica de Servicios Públicos (LOSEP) y el Código de Trabajo (CT) que definen distintas modalidades de vinculación laboral. (Asamblea Nacional del Ecuador 2010) (Tabla 15) Según datos a octubre 2019, el 81,9% de las vinculaciones laborales en el sectorial salud se realizaron bajo la LOSEP utilizando alguna de las siguientes modalidades: “nombramiento” ya sea permanente (14,9%), provisorios (23,5%) o de libre remoción (0,03%) ú “ocasionales” (43,6%), con similares derechos que los contratos de nombramiento permanente aunque no cuentan indemnizaciones por supresión⁴⁷. (Figura 30) En lo que

⁴⁶

Se entiende como servidores públicos a “todas las personas que en cualquier forma o a cualquier título trabajen, presten servicios o ejerzan un cargo, función o dignidad dentro del sector público” Art. 229 (Asamblea Nacional, 2008.).

⁴⁷

Con la aprobación en enero 2019 del acuerdo ministerial número MDT 2019-001 se establece que estos contratos ocasionales no podrán ser mayor a 12 meses (en vez de 24 como era anteriormente), sólo deberán cubrir puestos cuya necesidad sea no permanente y deben poseer una asignación presupuestaria dentro del gasto corriente. Para los contratos ocasionales que hayan superado los 4 años de contratación consecutiva, el acuerdo establece que se deberá crear un nuevo puesto permanente y llamar a concurso para cubrir el puesto. Este acuerdo no aplica a contratos ocasionales de profesionales médicos residentes asistenciales hospitalarios.



respecta a los contratos realizados **bajo régimen del CT** conllevan costo de indemnización mayores a los regidos por la LOSEP e incluye los contratos “**indefinidos**” (9%) que como se verá más adelante están asociados mayormente al personal auxiliar y los “**colectivos**” (9,1%) que implican un convenio entre las partes (empleador y empleado) donde se definen las condiciones del contrato, los derechos y obligaciones. Los contratos colectivos se aplican a aquellos servidores públicos que realicen actividades distintas a las de “representación, directivas, administrativas o profesionales”. (Asamblea Nacional del Ecuador 2008, Art. 326, numeral 16)

Tabla 15
REGÍMENES Y MODALIDADES DE VINCULACIÓN LABORAL
PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Régimen	Modalidad	Descripción
LOSEP	Nombramiento permanente.	Se otorga a la o el ganador del concurso de méritos y oposición, una vez que haya aprobado el período de prueba (Reglamento LOSEP Art. 17 a) y asegura estabilidad ya que su contrato sólo puede terminar bajo ciertas circunstancias referidas a mal comportamiento, bajo desempeño o reestructuración. Tiene derecho a compensación por despido cuando haya trabajado más de 5 años.
	Nombramiento provisorio.	Otorgado para ocupar temporalmente los puestos de: prueba, suspendidos, destituidos o con licencia sin remuneración o puestos dentro de la escala de NJS. No generarán derecho de estabilidad (LOSEP Art 17 b y Reglamento LOSEP Art 17 b) y su contrato puede terminar unilateralmente sin derecho a compensación por despido.
	De libre nombramiento y remoción.	Puestos de dirección política, estratégica o administrativa en las instituciones del Estado (Reglamento LOSEP Art. 17 c). Ejemplos: gerentes hospitalarios, directores médicos.
	Contrato de servicio ocasional.	Contratos para satisfacer necesidades institucionales no permanentes, tiene relación de dependencia y derecho a todos los beneficios económicos contemplados para el personal de nombramiento permanente, con excepción de las indemnizaciones por supresión de puesto o partida o incentivos para jubilación. (LOSEP Art 58) No hay concurso de méritos y oposición.

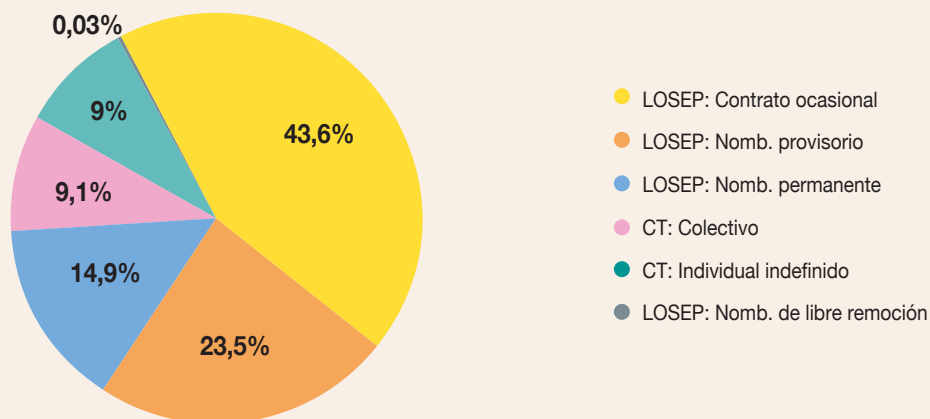


Régimen	Modalidad	Descripción
CT	Individual indefinido.	Contrato estable/permanente. Su terminación puede darse por renuncia o despido intempestivo, con indemnización al trabajador a partir del año de trabajo. No hay concurso de mérito y oposición ni puede ser finalizado unilateralmente.
	Colectivo.	Convenio celebrado entre empleadores y asociaciones de trabajadores donde se fijan las horas de trabajo; monto de las remuneraciones; intensidad y calidad del trabajo; descansos y vacaciones; subsidio familiar; y demás condiciones que estipulen las partes.

Nota: las categorías descritas no consideran la totalidad de las modalidades de contratos existentes y se centran en describir las modalidades registradas en el sectorial salud entre 2015 y 2019.
Fuente: LOSEP, su Reglamento y CT.

Figura 30

CLASIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO SEGÚN RÉGIMEN Y MODALIDAD DE VINCULACIÓN LABORAL. OCTUBRE 2019



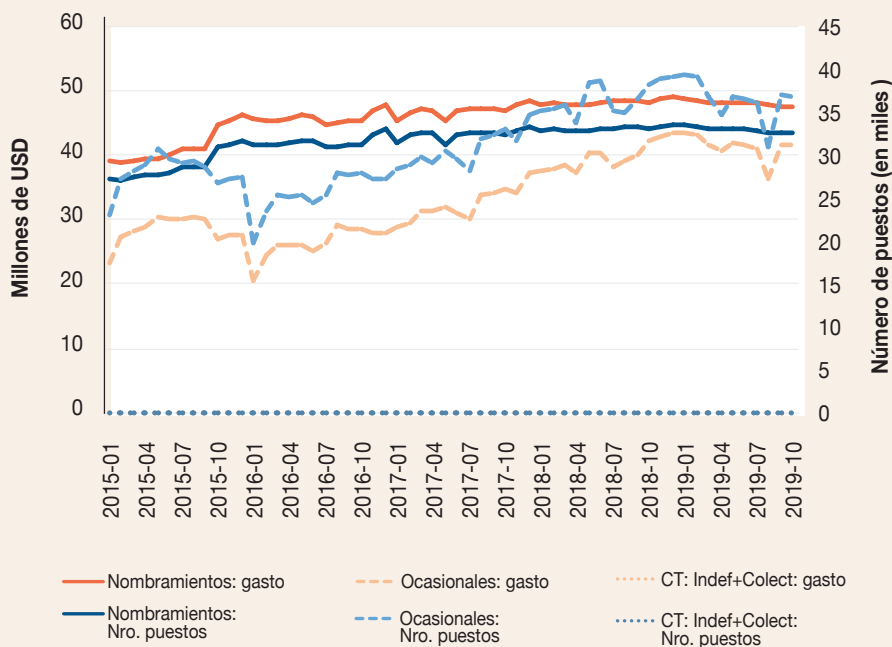
Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.



Desde inicios de 2016, los puestos bajo modalidad ocasional han venido incrementado su participación en la fuerza laboral en el sectorial salud en forma sostenida. (Figura 31) Entre enero 2016 y octubre 2019, el número de contratados bajo modalidad ocasional creció un 88% (y un 100% en términos de gastos) mientras que los nombramientos crecieron un 4% en términos de puestos y gastos.

Figura 31

GASTO MENSUAL EN RECURSOS HUMANOS Y NÚMERO DE PUESTOS SEGÚN MODALIDAD DE VINCULACIÓN LABORAL. 2015-2019



Notas: el gasto mensual se refiere sólo a remuneraciones básicas. Las líneas de color azul se refieren al número de puestos (medio en el eje derecho en miles), mientras que las líneas de color naranja se refieren al gasto asociado con cada tipo de modalidad laboral (medido en el eje izquierdo en millones de USD).

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

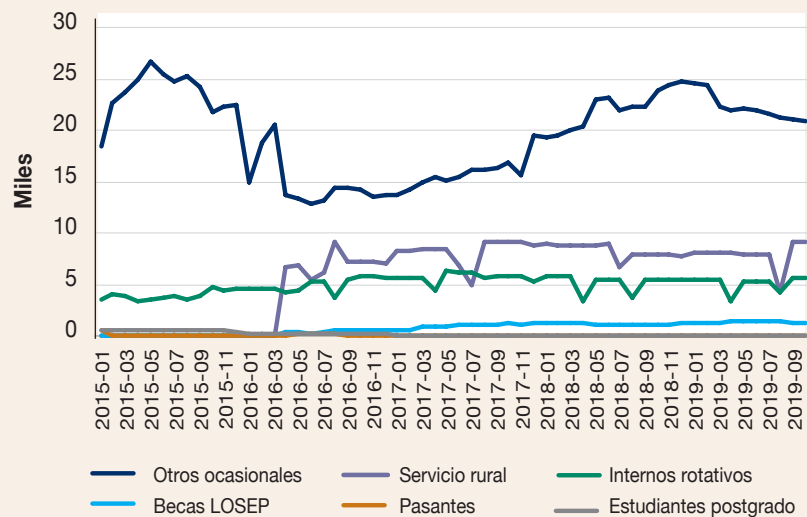
Contratos ocasionales

Bajo la categoría de contratos ocasionales incluimos varias subcategorías relacionadas con personal de salud bajo capacitación (becas de LOSEP, estudiantes de postgrado, internos rotativos, y pasantes) y la categoría remanente de “otros

contratos ocasionales⁴⁸. El personal bajo contrato de “servicio rural” se incluye en “otros ocasionales” hasta marzo del 2016 pero forma una categoría propia a partir del mes de abril 2016. Los contratos de servicio rural se otorgan a profesionales recién graduados quienes deben prestar servicios en establecimientos de la RIPS asignados por el MSP durante un año. Esta modalidad, junto con la modalidad de internos rotativos, tienen como finalidad mejorar la formación de los profesionales médicos a la vez de reforzar el MAIS-FCI, reasignando estos profesionales a la prevención y atención primaria de la salud. (véase Capítulo 2)

La categoría de “otros contratos ocasionales” evidenció un fuerte aumento a partir de abril del 2016, seguido por una disminución a partir de febrero de 2019. (Figura 32) El número de puestos con otros contratos ocasionales pasó de un máximo de 24.6 mil puestos en enero 2019 a 20.8 mil puestos en octubre del mismo año. Esta disminución fue producto del acuerdo ministerial número MDT 2019-001 (véase nota al pie 48) que impactó sobre la renovación de parte de los contratos ocasionales, a pesar de que quedaron exentos de

Figura 32 NÚMERO DE PUESTOS OCASIONALES SEGÚN TIPO DE CONTRATO OCASIONAL. 2015-2019



Fuente: elaboración con base en SPRYN.

⁴⁸ Cabe aclarar que, en 2015, del total de contratos ocasionales, se registraron unos 3.200 bajo régimen del CT y el resto bajo LOSEP. A partir de 2016 los contratos ocasionales aquí analizados pertenecen exclusivamente al régimen LOSEP.



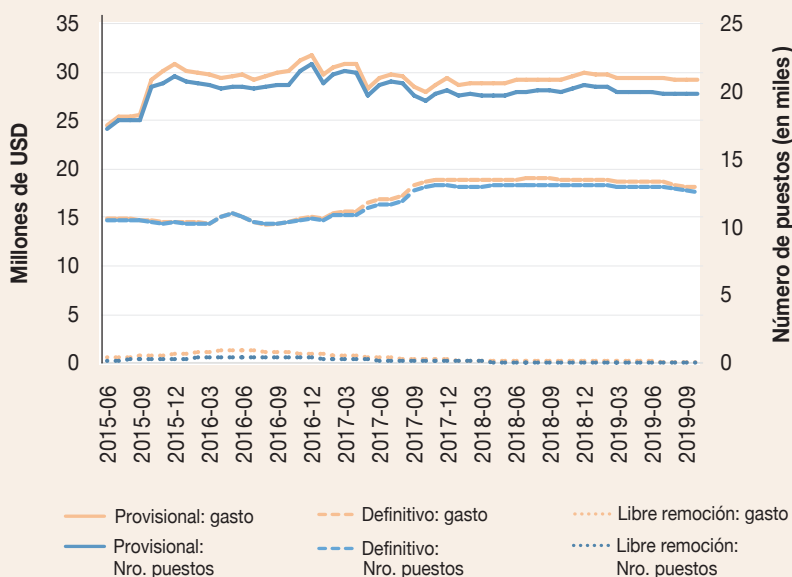
la aplicación del acuerdo los contratos ocasionales a profesionales médicos residentes asistenciales hospitalarios.

Nombramientos

La modalidad de nombramiento incluye varias subcategorías: nombramientos definitivos, provisionales o de libre nombramiento y remoción regidos por la LOSEP. De los aproximadamente 32.5 mil nombramientos a octubre de 2019, el 61% corresponde a nombramientos provisionales, un 38,8% a nombramientos definitivos y el resto a nombramientos de libre remoción. El número de contratos con nombramientos definitivos experimentó un incremento durante el segundo trimestre de 2017 para luego estabilizarse en los próximos periodos. (Figura 33)

Figura 33

GASTO SALARIAL Y NÚMERO DE PUESTOS CON NOMBRAMIENTO SEGÚN TIPO DE CONTRATO. 2015-2019



Notas: las líneas de color azul se refieren al número de puestos (medido en el eje derecho), mientras que las líneas de color naranja se refieren al gasto asociado con cada tipo de contrato (medido en el eje izquierdo en millones de USD)⁴⁹.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Cargos

En esta subsección, analizamos la evolución de los recursos humanos según el cargo que ocupan. Para obtener los cargos, utilizamos la denominación del puesto registrada en la nómina (SPRYN), y reclasificamos cada uno de los puestos en las categorías y subcategorías de cargos listadas en la Tabla 16⁵⁰. Esta reclasificación requirió de una revisión de cada una de las denominaciones asignadas a los puestos de la nómina. Esto fue así debido a que en el sistema no se implementa una homologación de denominaciones de los cargos, y por ende cada entidad registra cargos similares con nombres distintos. Cabe mencionar que, aunque el SPRYN incluye una variable⁵¹ que identifica una categoría de “profesionales de salud”, nuestro análisis evidenció que esta categoría solo incluye aproximadamente la mitad del personal del sectorial salud. Además, si se utilizase dicha categoría se cometerían tanto errores de inclusión (Ej. administrativos que se identifican como profesionales de la salud) como errores de exclusión (Ej. médicos que no se identifican como profesionales de la salud). Esto sugiere que la categoría tampoco identifica de manera confiable las personas que se desempeñan como profesionales de la salud.

Tabla 16
CODIFICACIÓN DE CARGOS DEL PERSONAL PERTENECIENDO
AL SECTORIAL 12 (SALUD)

Cargos	Cargos desagregados
Médicos	Médico general/familiar. Médico pediatra. Médico gineco/obstetra. Otros médicos especialistas.
Profesionales de la salud no médicos	Enfermeras/os. Obstetrices.1 Odontólogas/os, odontopediatras. Internos rotativos. Otros profesionales de la salud.
Licenciados/Tecnólogos	Tecnólogo de radiología; Tecnólogo médico. Tecnólogo de laboratorio. Tecnólogo: otro.



50

La clasificación se hizo mediante una tabla de equivalencia y un algoritmo de clasificación secuencial escrito en PySpark.

51

La variable en la base de datos se denomina “nombre_nivel_ocupacional”.



Cargos	Cargos desagregados
Auxiliares de enfermería Otros auxiliares	Auxiliares de enfermería. Auxiliar radiología. Auxiliar laboratorio. Auxiliar: otro.
Personal sanitario de apoyo ⁵²	Sanitario de apoyo (TAP). Trabajador sanitario.
Administrativos*	Directivo/gerente/administrador: NJS. Otros administrativos.
Analistas	Analistas.
Personal de servicio+	Personal de servicio.
Personal en la comunidad	Personal en la comunidad.

Notas: *Incluye asistente de admisiones, asistente de atención al usuario, asistente administrativo. +Incluye bodegueros choferes de ambulancia.

Fuente: elaboración propia.

Entre el 2015 y el 2019, se evidencia un aumento de la participación del personal “asistencial” (es decir, de contacto con el paciente). Al 2019, el 82% del personal del sectorial 12 ocupa cargos “asistenciales” mientras el 18% ocupan otros cargos (no asistenciales). (Tabla 17) A octubre 2019, los médicos representan un 22% del total de recursos humanos del sectorial salud, mientras un 35% están asociados a “profesionales de la salud no médicos”. Esta categoría incluye, entre otros, a enfermeras, obstetricas/obstetras, odontólogos e internos rotativos y ha estado creciendo a lo largo del período estudiado. (Tabla 18) El personal asistencial de apoyo (licenciados, tecnólogos, personal sanitario de apoyo, auxiliares, etc.) representa el 4% de la nómina.

52

El personal sanitario de apoyo incluye a los Trabajadores Sanitarios, y desde 2017, a los TAP, considerados uno de los ejes del MAIS-FCI, y la estrategia de “médico del barrio”, en particular. Esta estrategia se centra en la atención en la comunidad y tiene como objetivo encontrar los casos más pobres y más necesitados y traerlos al sistema de atención de la salud. Como en otros países que implementan estrategias de acercamiento a la comunidad, Ecuador también intenta hacerlo bajo la figura de TAP que cumplen el rol de trabajadores de salud comunitarios. Los TAP requieren 2 años de formación brindada por institutos acreditados del MSP.

Tabla 17
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PUESTOS, POR CARGOS ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES, SECTORIAL 12. 2015-2019

Descripción	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10
Personal asistencial	76%	79%	79%	80%	80%	82%
Personal no asistencial	24%	21%	21%	20%	20%	18%

Notas: el número de puestos se presenta a enero de cada año y octubre 2019. El personal “asistencial” incluye médicos, profesionales de la salud no médicos, licenciados/tecnólogos, auxiliares en enfermería, otros auxiliares, y personal sanitario de apoyo. El personal “no asistencial” incluye administrativos, analistas en procesos de salud, personal de servicio, y personal en la comunidad.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Tabla 18
NÚMERO DE PUESTOS SEGÚN CARGO. 2015-2019

Descripción	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10
Médicos	11.958	13.307	15.442	17473	18.789	18.865
Profesionales de la salud no médicos	19.028	21.741	24.968	28174	29.046	29.297
Licenciados/tecnólogos	2.570	2.816	2.772	3.497	3.788	3.653
Auxiliares de enfermería	7.639	7.599	6.897	7.182	7.181	6.779
Otros auxiliares	7.495	7.389	7.327	7.862	8.007	7.243
Personal sanitario de apoyo	1.627	1.578	3.588	3.373	3.954	3.267
Administrativos	8.375	7.851	8.199	8.839	9.435	7.957
Analistas en procesos de salud	4.407	4.411	4.683	5.091	5.500	4.883
Personal de servicio	2.843	2.185	2.906	2.920	2.916	2.793
Personal en la comunidad	15	14	16	15	15	15
Total mensual	65.957	68.891	76.798	84.426	88.631	84.752

Notas: el número de puestos se presenta a enero de cada año y octubre 2019. La evolución mensual del número de cargos se encuentra en la Figura Anexa 1.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.



En línea con el MAIS-FCI, se registra un fuerte aumento en la contratación de médicos generales/familiares. La contratación de este tipo de médicos casi se duplicó entre 2015 y 2019 llegando a representar a final de período un 60% en el total de médicos. (Tabla 19) Por su parte, los médicos especialistas en pediatría y gineco-obstetricia también registran aumentos representando a octubre 2019 un 10% del total de médicos. La Tabla Anexa 5 permite ver que los enfermeros representan más de la mitad de los profesionales de salud y tuvieron un incremento del 65% si se compara enero 2015 a octubre 2019. Los puestos relacionados a administrativos de nivel jerárquico superior a enero 2019 más que duplicaron la cantidad inicial a 2015, con un leve descenso hacia octubre 2019. El resto de los administrativos crecieron apenas el 10% entre enero 2015 y 2019 y continúan en caída hacia octubre 2019. La cantidad de puestos asignados a auxiliares de enfermería ronda los 7 mil al igual que otros auxiliares cuyo comportamiento es similar, ambos grupos también experimentan caídas en el número de puestos hacia finales del período. La siguiente categoría referida a “analistas” ha aumentado en un 25% entre enero 2015 y enero 2019 llegando a unos 5.5 mil puestos, aunque nuevamente se observa una reducción en la fuerza laboral de este grupo hacia octubre 2019. La categoría de licenciados/tecnólogos médicos incluye a los tecnólogos médicos de rehabilitación y tecnólogos de medicina transfusional. Esta categoría, aunque en términos absolutos es baja, ha duplicado la cantidad de puestos entre 2015 y 2019. El resto de los puestos están asociados a personal de servicio y personal de la comunidad (éste último prácticamente inexistente).

Tabla 19
NÚMERO DE PUESTOS SEGÚN CARGO, DESAGREGADO. 2015-2019

Descripción	Descripción desagregada	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10
Médicos	Médico general (*)/ familiar	6.952	8.585	10.149	11.267	11.168	11.212
	Médico/ especialista pediatra	427	655	763	892	960	950
	Médico gineco-obstetra	370	596	678	806	869	830
	Otros médicos o especialistas	4.209	3.471	3.852	4.508	5.792	5.873
	Enfermeros	10.136	11.264	14.301	16.252	16.888	16.749



Descripción	Descripción desagregada	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10
Profesionales de la salud no médicos	Obstetricas	1.713	1.976	1.853	2.267	2.346	2.007
	Odontólogos/odontopediatras	2.536	2.712	3.154	3.251	3.375	3.686
	Internos Rotativos (sin descripción)	2.291	2.833	3.004	2.960	2.739	3.422
	Otros profesionales de la salud no médicos	2.352	2.956	2.656	3.444	3.698	3.433

Notas: las cifras se presentan a enero de cada año y octubre 2019. (*) Médico general incluye las denominaciones de “médico general” y “médico general en funciones hospitalarias”.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

En términos del gasto en personal del sectorial 12, el 83% del mismo se vincula a cargos relacionados con la atención del paciente (gastos en personal asistencial)⁵³ mientras el 17% se vincula con otros cargos (gastos en personal no asistencial). (Tabla 20) Alrededor del 65% de los gastos en recursos humanos están destinados a remunerar a los médicos y a profesionales de la salud no médicos. En esta última categoría, los enfermeros y obstetricas/obstétricos representan los mayores gastos. Los cambios observados a lo largo del período analizado son consistentes con los cambios implementados en el modelo de atención. Le siguen en importancia el personal administrativo que en 2015 representaban el 14% del gasto, llegando a representar el 17% del gasto en 2018. Si sumamos a los administrativos los “analistas” que representan el 6% del gasto, acumulan en total 23% en 2018. Los auxiliares (incluyendo auxiliares de enfermería) participan con un 12% en el gasto anual en recursos humanos mientras que los Tecnólogos y Licenciados 4%, siendo ínfima la participación del resto de las categorías: personal sanitario de apoyo, de servicio y en la comunidad.

53

El MEF usa una categorización distinta de los puestos en base al Estatuto Orgánico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014a): los procesos del MSP se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

- Los Procesos Gobernantes, que orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Los Procesos Sustantivos, que son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- Los Procesos Adjetivos de Asesoría y de Apoyo, que generan productos y servicios para los procesos gobernantes, sustantivos y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.
- Los Procesos Desconcentrados gobernantes, sustantivos y adjetivos generan productos y servicios en las instancias desconcentradas del MSP.



Tabla 20
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO ANUAL EN RECURSOS HUMANOS
POR CARGO. 2015-2018

Descripción	2015	2016	2017	2018
Médicos	33%	34%	34%	35%
Profesionales de la salud no médicos	30%	31%	31%	31%
Licenciados/tecnólogos	4%	4%	4%	4%
Auxiliares de enfermería	8%	7%	6%	6%
Otros auxiliares	6%	6%	6%	6%
Personal sanitario de apoyo	1%	2%	2%	2%
Administrativos	9%	8%	8%	8%
Analistas en procesos de salud	7%	6%	6%	6%
Personal de servicio	2%	2%	2%	2%
Personal en la comunidad	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%
Personal asistencial	82%	83%	83%	83%
Personal no asistencial	18%	17%	17%	17%

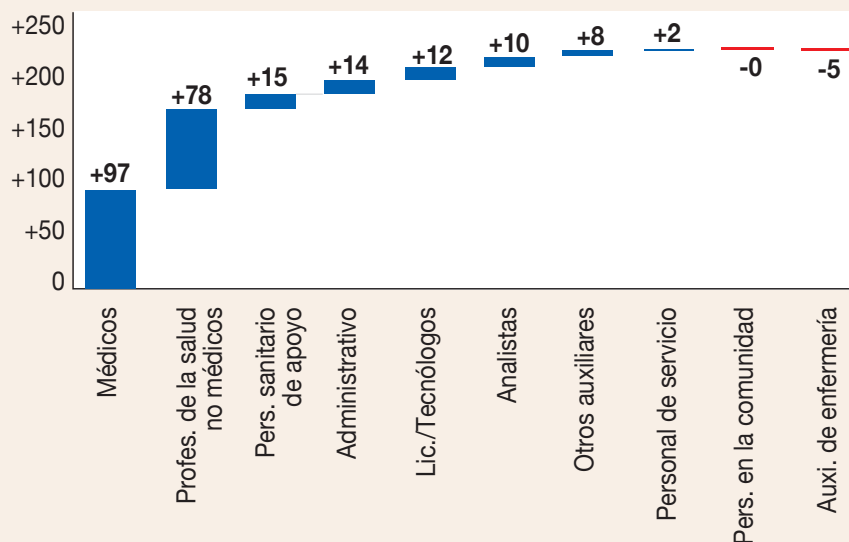
Nota: el gasto anual solo incluye remuneraciones básicas. El personal "asistencial" incluye médicos, profesionales de la salud no médicos, licenciados/tecnólogos, auxiliares en enfermería, otros auxiliares, y personal sanitario de apoyo. El personal "no asistencial" incluye administrativos, analistas en procesos de salud, personal de servicio, y personal en la comunidad.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

El cambio en el gasto comparando 2015 con 2018 se debe en su mayoría a aumentos de gastos en las categorías de médicos y profesionales de la salud no-médicos. Entre 2015 y 2018, el gasto en remuneraciones básicas en recursos humanos creció en términos absolutos en 230 millones de USD (Tabla 14): los médicos aumentaron 97 millones, seguido de los profesionales de la salud no médicos 78.3 millones. (Figura 34)

Figura 34

VARIACIÓN ABSOLUTA DEL GASTO. (2015-2018) SEGÚN TIPO DE PUESTO



Nota: variación en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Salario mensual promedio por cargo

Tomando en consideración el gasto en remuneraciones básicas, se calculó el salario mensual promedio para los distintos cargos⁵⁴. Se distinguen dos grandes grupos: los cargos médicos con salarios promedios por encima de los USD 1.500 mensuales dependiendo la especialidad médica y los cargos no médicos con salarios promedios inferiores a USD 1.200 mensuales. Dentro del primer grupo, los médicos especialistas en gineco-obstetricia y en pediatría perciben salarios que rondan, en promedio, los USD 2.650, seguido de otros especialistas y médicos generales y familiares. (Figura 35) En el segundo grupo se incluyen el resto de los cargos (Figura 36), registrándose el

54

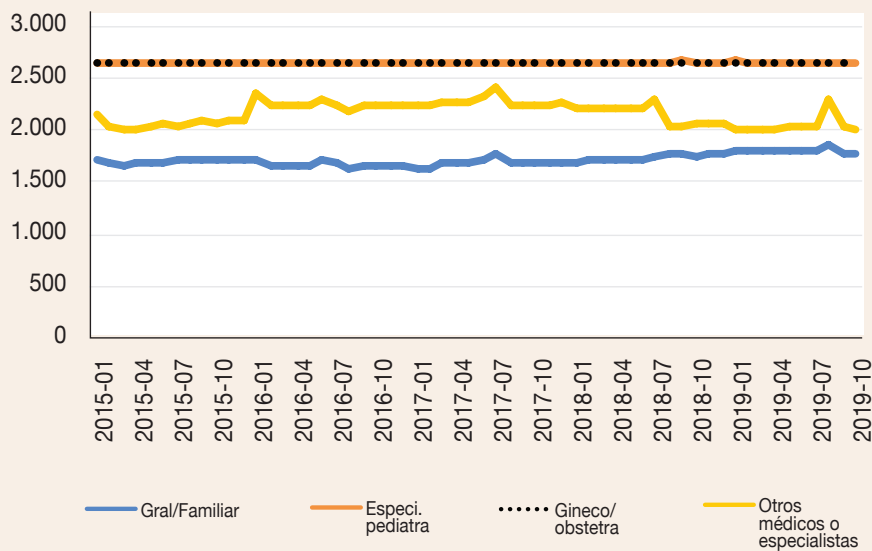
La LOSEP, bajo la cual se rigen la mayoría de los contratos, establece que las remuneraciones del sector público son fijadas por el Ministerio de Relaciones Laborales, mediante un sistema remunerativo que cuenta con una escala de valoración de cada puesto, que depende del grupo ocupacional y del grado. El salario promedio se calculó como el cociente entre la remuneración básica mensual en cada categoría sobre el total de puestos mensual en cada categoría.



mayor salario promedio para los analistas de procesos en salud (USD 1.200 mensuales), seguido por los profesionales de la salud y los licenciados/tecnólogos que ganan en promedio entre USD 1.100 y USD 1.150 mensuales, y los administrativos con un salario promedio mensual de USD 900. El resto de los cargos perciben un salario básico entre USD 800 y USD 600 mensuales, e incluye a los auxiliares de enfermería (USD 800), otros auxiliares (USD 700), personal de servicio (USD 680), personal sanitario de apoyo (USD 655), y de la comunidad (USD 585).

Figura 35

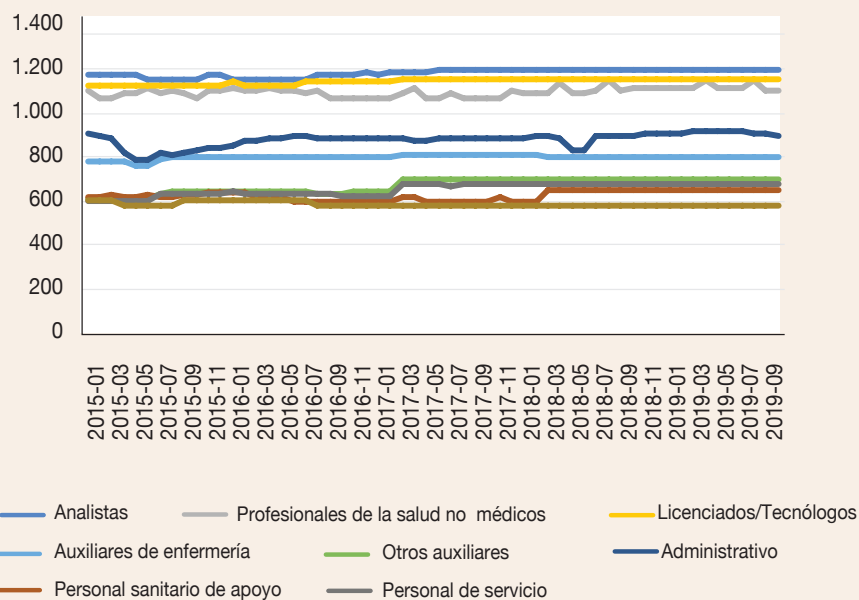
SALARIO MENSUAL PROMEDIO SEGÚN ESPECIALIDAD DEL MÉDICO. 2015-2019



Nota: incluye sólo remuneraciones básicas.
Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Figura 36

SALARIO MENSUAL PROMEDIO SEGÚN CARGOS NO MÉDICOS. 2015-2019



Nota: incluye sólo remuneraciones básicas.
Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Cargos y modalidades de vinculación laboral

Entre el 2015 y el 2019, el aumento de contratos bajo la modalidad de vinculación ocasional y el estancamiento de los nombramientos ha cambiado el perfil de vinculación del personal asistencial. A enero 2015, el 41% de la fuerza laboral en el sectorial salud estaba bajo nombramiento, un 35% bajo alguna modalidad de contrato ocasional y el restante 24% bajo categoría de contrato indefinido o colectivo (bajo CT). (Tabla 21) A enero de 2019, el porcentaje de puestos con vinculación ocasional subió a 44% y se mantiene a octubre del mismo año, mientras que el porcentaje de nombramientos bajó de 41% a 38% a fines del período analizado. A enero de 2019, un 50% de los médicos están contratados por contrato ocasional llegando a 52% en octubre del mismo año. Los contratos a profesionales de la salud no médicos



y el personal sanitario de apoyo tienen comportamientos similares, con incrementos en la participación de contratos ocasionales y disminución en la participación de nombramientos. Tanto los auxiliares de enfermería como el resto de los auxiliares son contratados mediante contratos colectivos (84% y 87%, respectivamente). La categoría de personal sanitario evidencia grandes cambios en la modalidad de vinculación laboral - no obstante, esto es debido a la incorporación de la nueva categoría de TAP en el 2017.

Tabla 21
MODALIDADES DE VINCULACIÓN LABORAL, POR CARGO, 2015-2019

Descripción	CT: Indefinido+Colectivo			Nombramiento			Ocasional		
	2015-01	2019-01	2019-10	2015-01	2019-01	2019-10	2015-01	2019-01	2019-10
Médicos	0%	0%	0%	61%	50%	48%	39%	50%	52%
Profesionales de la salud no médicos	0%	0%	0%	54%	43%	42%	45%	57%	58%
Licenciados/ Tecnólogos	3%	0%	0%	75%	68%	69%	22%	32%	31%
Auxiliares de enfermería	87%	83%	84%	1%	1%	1%	12%	17%	15%
Otros auxiliares	87%	81%	87%	1%	0%	0%	12%	18%	12%
Personal sanitario de apoyo	71%	22%	26%	27%	3%	3%	2%	75%	71%
Administrativos	0%	0%	0%	62%	61%	67%	37%	39%	33%
Analistas	0%	0%	0%	42%	56%	61%	58%	44%	39%
Personal de servicio	46%	83%	86%	1%	1%	1%	53%	16%	14%
Personal en la comunidad	0%	0%	0%	93%	73%	73%	7%	27%	27%
Total	24%	18%	18%	41%	38%	38%	35%	44%	44%

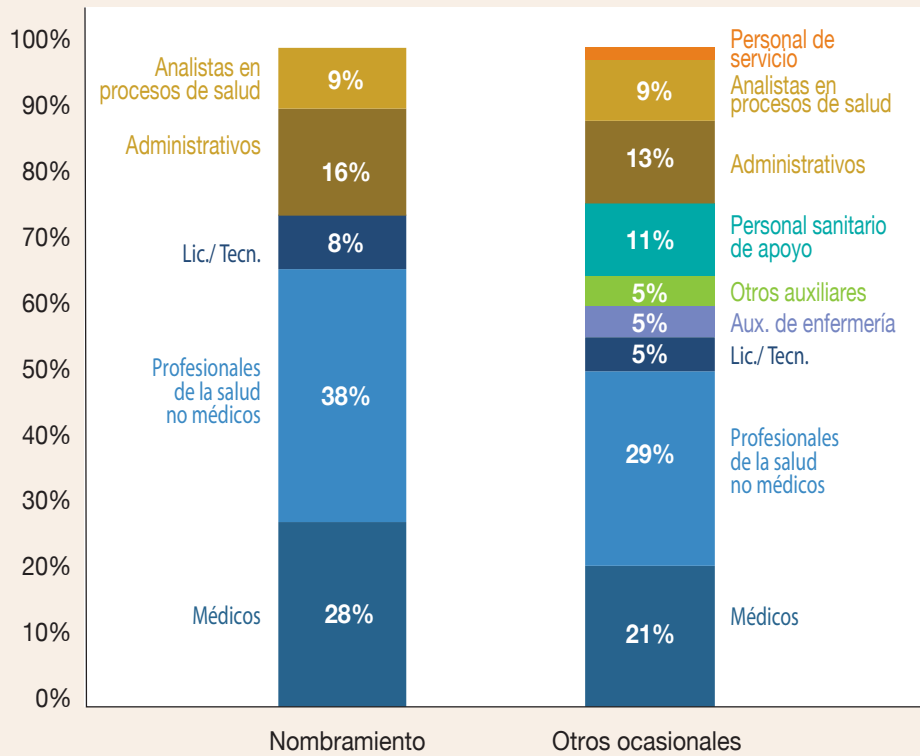
Notas: el número de cargos se presenta a enero de cada año y octubre 2019.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Los contratos ocasionales incluyen gran porcentaje de cargos asistenciales que no son de tipo “ocasional”. En octubre 2019, bajo la categoría de “otros contratos ocasionales” (pags.77-78), el 65% corresponde con cargos de médicos, profesionales de la salud no médicos, licenciados/tecnólogos y auxiliares, superando el 75% si se suma el personal sanitario de apoyo. (Figura 37) No se encuentra gran diferencia en el perfil de cargos entre las modalidades de vinculación laboral de nombramientos y “otros contratos ocasionales”.

Figura 37

PERFIL DE CARGOS EN NOMBRAMIENTOS Y “OTROS CONTRATOS OCASIONALES” (%). OCTUBRE 2019



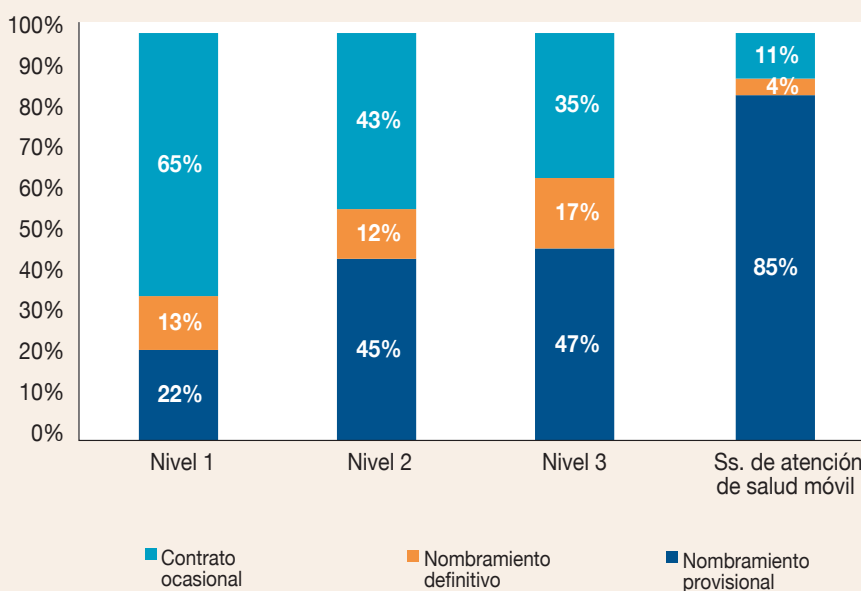
Fuente: elaboración propia con base en SPRYN. Octubre 2019.



Los contratos ocasionales de los médicos se concentran mayormente en el primer nivel de atención. (Figura 38) Del total de médicos, el 96% trabaja en establecimientos de salud. Para este grupo, el porcentaje que trabaja bajo un contrato ocasional tiende a ser inferior cuanto mayor es el nivel de atención del establecimiento. Mientras que el 65% de los médicos del primer nivel de atención cuentan con un contrato ocasional, el 57% de los médicos del segundo nivel de atención cuentan con nombramiento.

Figura 38

MODALIDAD DE VINCULACIÓN LABORAL DE MÉDICOS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN. ABRIL 2019



Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP (abril 2019).

Las modalidades de contratación de recursos humanos varían sustancialmente entre provincias. (Figura 39) Debido a que la expansión de los recursos humanos fue más importante en las provincias con alta tasa de pobreza, el porcentaje de médicos que tienen modalidad de vinculación laboral ocasional, que incluye contratos de servicios rurales, becas LOSEP y otros contratos ocasionales, tiende a ser más alto en las provincias más pobres. (Figura 40)

Figura 39

MODALIDAD DE VINCULACIÓN LABORAL DE MÉDICOS, POR PROVINCIA. ABRIL 2019

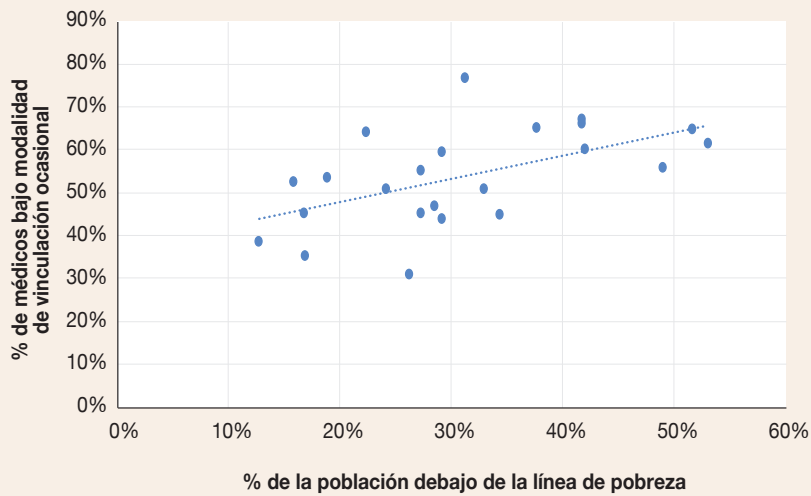


Notas: los médicos están todos bajo la LOSEP. El gráfico incluye todos los médicos, independientemente de su lugar de trabajo. El 96% de los médicos trabajan en establecimientos de salud.

Fuente: elaboración con base en el Relevamiento Especial MSP (abril 2019).

Figura 40

MODALIDAD DE VINCULACIÓN LABORAL DE MÉDICOS Y POBREZA. POR PROVINCIA



Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP (abril 2019) e INEC (2015).



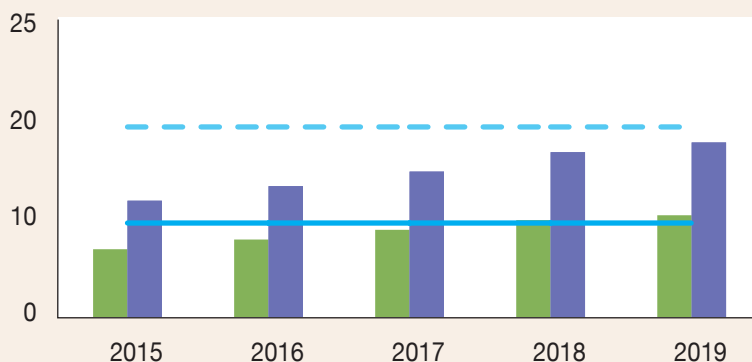
Indicadores de la Organización Mundial de la Salud

El uso de una modalidad de vinculación ocasional para atraer al personal asistencial que realiza tareas esenciales conlleva varios riesgos para la sostenibilidad de modelo de atención. Aunque no dispongamos de evidencia para relacionar la modalidad de vinculación con la calidad de la atención, no es difícil imaginar que la incertidumbre afecte negativamente la motivación del personal y la continuidad y calidad de la atención de salud. Precisamente en los lugares más vulnerables, y como se explicó en el párrafo anterior, en el primer nivel de atención se encuentran más médicos con contratos precarios. Por ende, si se realizase una reducción indiscriminada de estos contratos ocasionales sin compensar con otra modalidad de vinculación, se estaría impactando desproporcionadamente la provisión de servicios en las provincias más pobres.

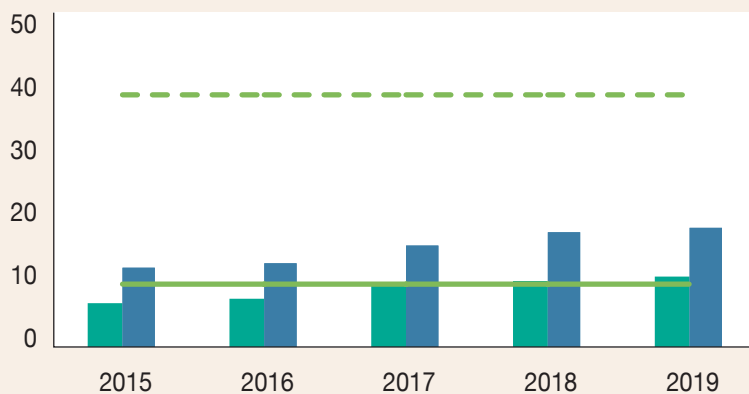
Densidad de recursos humanos: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una densidad mínima de 10 médicos y 10 enfermeros por 10 mil habitantes. El número de médicos trabajando para el MSP creció de 7,3 a 10,9 por cada 10 mil habitantes, y los enfermeros (licenciados, excluyendo auxiliares) pasaron de 7,3 en enero 2015 a 11,1 en enero 2019 por cada 10 mil habitantes. (Figura 41) No obstante, esta cifra no incluye los médicos y enfermeros que trabajan en establecimientos de la seguridad social o en el sector privado. Dado que no se dispone de estas cifras, ajustamos el denominador por la proporción de la población que no dispone de un seguro de salud de la seguridad social o privado, 59% según nuestros cálculos con base en la ECV. (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2015) Con estas cifras ajustadas Ecuador se sitúa en la mediana de los países miembros de la OMS (cuantil 50) para los médicos, comparable con países como Colombia, Brasil, Rumania, Singapur, República de Corea. Sin embargo, para enfermeras y obstétricas, Ecuador se sitúa solo en el cuartil 30, muy por debajo de la mediana de 40 por 10 mil habitantes. Ecuador tiene menos enfermeros y obstétricos por 10 mil habitantes que países como Ghana, Angola, Kenia, Nigeria y Nicaragua. (World Health Organization 2019a, 2019b)

Figura 41

DENSIDAD DEL RECURSO HUMANO DEL MSP POR 10 MIL HABITANTES SEGÚN CLASIFICACIÓN OMS. 2015-2019



■ Médicos por 10.000 habitantes — Médicos por 10.000 habitantes, mínimun OMS
 ■ Médicos por 10.000 habitantes, ajustado - - - Médicos por 10.000 habitantes, mediana OMS



■ Enf./Obst. por 10.000 habitantes — Enf./Obst. por 10.000 habitantes, mínimun OMS
 ■ Enf./Obst. por 10.000 habitantes, ajustado - - - Enf./Obst. por 10.000 habitantes, mediana OMS

Notas: el numerador incluye médicos, enfermeros y obstétricos que trabajan en sectorial 12 a enero de cada año. El denominador es la población de acuerdo con las proyecciones de población INEC para cada año.

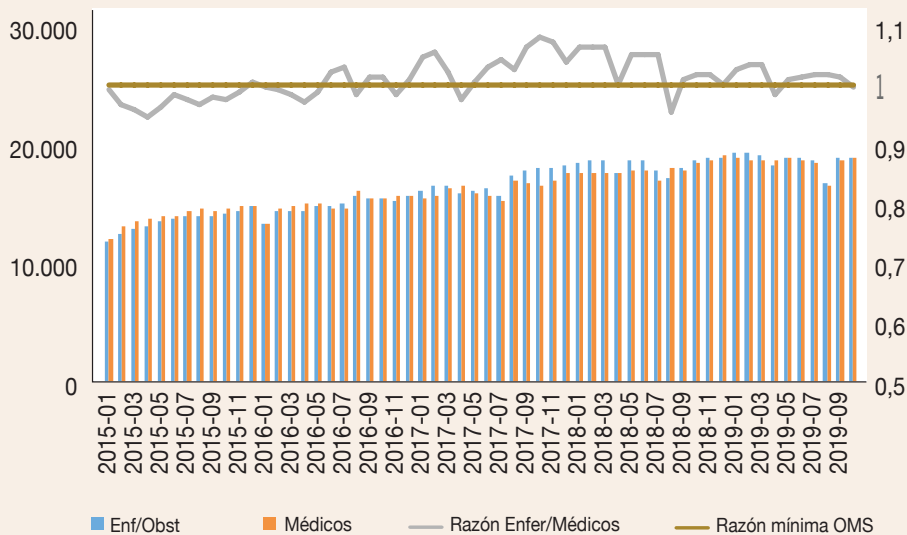
Fuente: elaboración propia con base en SPRYN (numerador), INEC (denominador) y WHO (2019a, 2019b)



Razón de enfermeros por médico. El Observatorio de Recursos Humanos de la OMS recomienda que la razón de enfermeros calificados⁵⁵ con relación a los médicos alcanzara al menos 1:1 en todos los países⁵⁶. En Ecuador, el número de médicos y enfermeros calificados creció en forma sostenida. (Figura 42) No obstante, la razón de enfermeros calificados por médico apenas alcanza la meta mínima. La combinación de médicos y enfermeros puede tener implicancias tanto del lado de la calidad de la atención como del lado de la eficiencia. La falta de enfermeros puede deteriorar la calidad del servicio (Ej. al faltar enfermeros que típicamente se encargan de la atención diaria de los pacientes hospitalizados y de la atención del niño sano y vacunaciones en atención primaria). A su vez la falta de enfermeros no permite que las tareas rutinarias puedan asignarse a este grupo liberando el tiempo del médico para tareas especializadas. Esta estrategia se ha utilizado en muchos países para reducir los costos de la expansión de la atención y mejorar la eficiencia.

Figura 42

EVOLUCIÓN DE PUESTOS DE MÉDICOS Y ENFERMEROS SEGÚN CLASIFICACIÓN OMS. 2015-2019



Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

55

Los enfermeros calificados incluyen los enfermeros y los obstétricos, excluyendo auxiliares de enfermería.

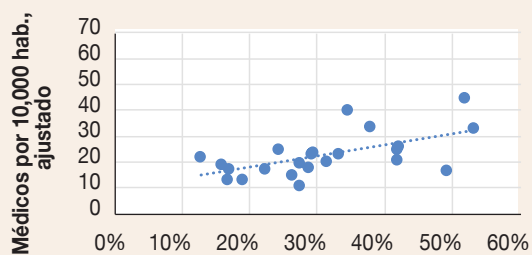
56

El Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud coordinado por la OPS/OMS menciona que, si bien en algunos países se espera que por cada médico existan por lo menos 4 enfermeras, la meta mínima es de 1 médico y un enfermero. <https://www.observatoriorh.org/metadeta4.pdf>

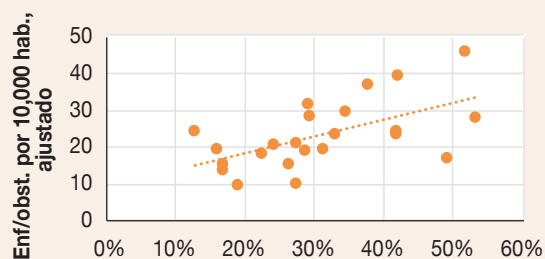
Distribución geográfica de recursos humanos . La densidad de los recursos humanos varía según provincias, y en general la densidad de médicos y enfermeras es más alta en las provincias más pobres. (Figura 43) Las provincias que menos densidad de personal tienen son Santa Elena, Los Ríos, Guayas, y Santo Domingo de los Tsáchilas. En general la proporción de enfermeras y obstétricas vs. médicos no es eficiente. En 9 de las 24 provincias el sector público emplea más médicos que enfermero(a)s y obstétricas: Galápagos, Zamora Chinchipe, Santa Elena, Cañar, Morona Santiago, El Oro, y Los Ríos. (Figura 44)

Figura 43

DENSIDAD DE MÉDICOS Y ENFERMERAS VS. POBREZA POR PROVINCIA. ABRIL 2019



% de población por debajo de la línea de pobreza



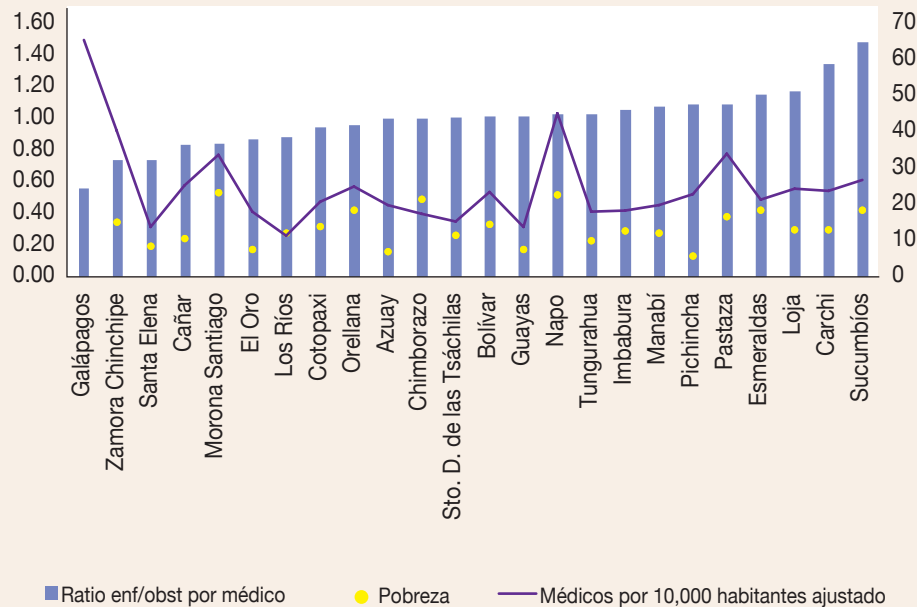
% de población por debajo de la línea de pobreza

Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP (abril 2019) e INEC (2015).



Figura 44

RATIO ENFERMERAS POR MÉDICOS Y POBREZA, POR PROVINCIA. ABRIL 2019

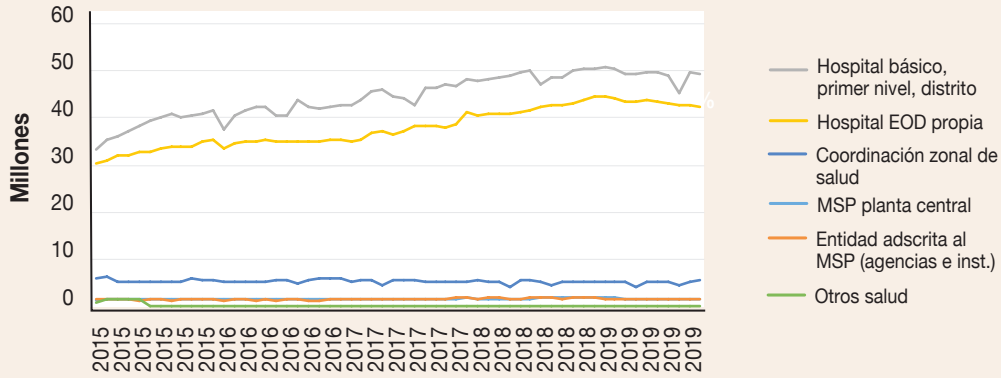


Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP (abril 2019) e INEC (2015).

Entidades contratantes y lugares de trabajo

El aumento en el gasto y cantidad de Recursos humanos ha sido exclusivamente en las EOD de la franja asistencia. (Figura 45 y Figura 46) Las EOD que más recursos humanos contratan son aquellas que corresponden con “direcciones distritales” y “establecimientos de salud”. Las direcciones distritales administran y registran los gastos en recursos humanos de los establecimientos de salud que no son EOD propias, mayormente los establecimientos del primer nivel de atención y los hospitales básicos con menos de 70 camas. Los hospitales que son EOD en la práctica son hospitales de nivel II y III, con más de 70 camas.

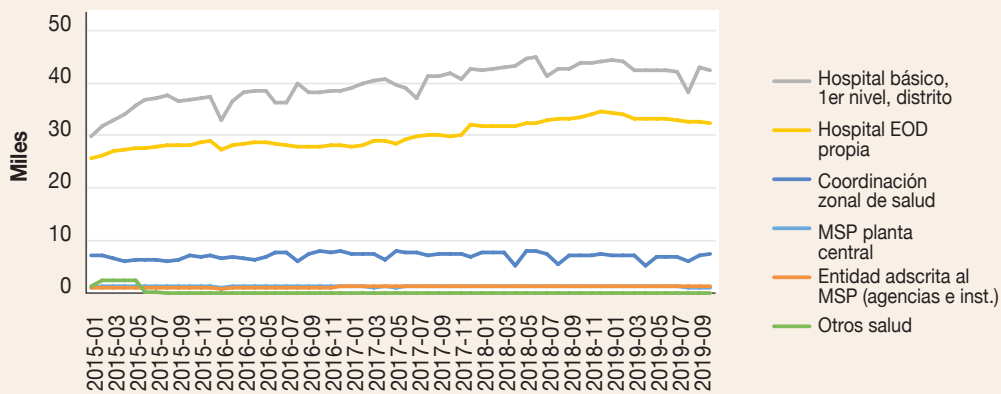
Figura 45 GASTO SALARIAL, SECTORIAL 12, POR TIPO DE EOD CONTRATANTE. 2015-2019



Nota: el número de entidades reportando a lo largo del período es constante. El gasto salarial se refiere a remuneraciones básicas, no incluye décimo tercero, décimo cuarto y otros beneficios.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Figura 46 NÚMERO DE PUESTOS EN SECTORIAL 12, POR TIPO DE EOD CONTRATANTE



Nota: el número de entidades reportando a lo largo del período es constante.

Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.



De los 99 millones de dólares mensuales gastados en remuneraciones en abril 2019 (unos 1.200 millones anual), el 87% corresponde a pagos de remuneraciones para personal que trabaja en los establecimientos de salud⁵⁷. Un 3% corresponde a Internos Rotativos⁵⁸ y personal de ambulancia y ECU911 y el resto corresponde a personal en planta central, zonas o distritos. (Tabla 22) Del personal asignado a establecimientos de salud, el 88% es personal asistencial, mientras el 12% consiste en personal administrativo, analistas, y personal de servicio. En los distritos, el 41% del personal es asistencial mientras en las zonas solo el 23%. (Figura 47)

El análisis no evidencia un sobre-dimensionamiento global de los cargos administrativos y analistas. Por un lado, tanto en términos de número de puestos como del gasto, disminuyó la participación de este tipo de puestos en el total. Por otro lado, estos cargos desempeñan sus funciones en línea con el modelo de organización de los servicios. Cabe resaltar que dentro del modelo de atención, las EOD cumplen el rol crítico de planificar, optimizar y redistribuir los factores de producción dentro de su red. Esto permite optimizar la asignación de recursos humanos dentro de su red y evitar falta o exceso de stocks y caducidad de medicamentos e insumos⁵⁹.

Una reducción de los contratos administrativos podría debilitar las funciones esenciales de las Entidades Operativas Desconcentradas (EOD). Reducir fuertemente estas funciones puede impactar negativamente en la gestión eficiente de los servicios y de los recursos, incluyendo el funcionamiento en red de los establecimientos de salud primaria, que ha sido uno de los logros importantes del sistema.

57

El sistema SPRYN actualmente no registra el lugar físico de trabajo, sólo la EOD contratante. Sin embargo, para el mes abril de 2019 el MSP realizó un Relevamiento Especial que incluye el lugar físico donde se desarrolla cada puesto. (Pág. 36) Los datos del relevamiento solo se refieren a la UDAF SALUD (320) y a abril 2019. Excluyen 100 puestos que están con licencia sin remuneración o inactivos temporalmente. Para el resto de los 83 mil puestos, el 1% no se pudo asignar un unicódigo (véase en Anexo Proceso de asignación de los recursos humanos por tipo de unidades/niveles de atención)- sin embargo, la composición de sus recursos humanos es similar a la de los recursos humanos con establecimientos identificados.

58

Los Internos Rotativos suelen cumplir funciones asistenciales en varios hospitales, y por ende en la mayoría de los casos no se encuentran asignados a un establecimiento en particular.

59

Para más detalles sobre las funciones de las EOD, ver pág. 31.

Tabla 22
CANTIDAD DE PUESTOS Y GASTO MENSUAL,
POR TIPO DE LUGAR FÍSICO DE TRABAJO. ABRIL 2019

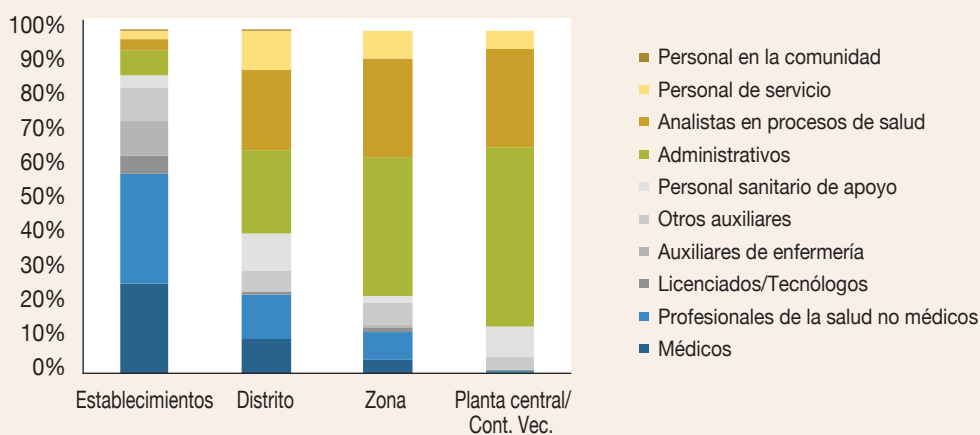
Descripción	Número de puestos	Gasto (USD millones)	% del número de puestos	% del gasto
Establecimientos	69.493	86,0	83,1%	86,6%
Internos rotativos sin hospital identificado*	4.374	2,5	5,2%	2,5%
Distrito	6.544	6,9	7,8%	6,9%
Zona/dirección zonal	1.586	2,0	1,9%	2,0%
Planta central/control vectorial	1.209	1,5	1,4%	1,5%
Ambulancia/ECU911	392	0,4	0,5%	0,5%
Total	83.598	99,3	100%	100%

Nota: para la mayoría de los casos de Internos Rotativos (4.374 de los 5.406) no se ha reportado lugar físico donde el profesional está realizando su rotación, excepto para el caso de Internos Rotativos 9 provincias que representan el 19% del total de internos rotativos. De los 5.406 internos, 44,15% son Internos Rotativos Médicos, 43,6% Enfermeras Rotativas, y 6,34% Interno Rotativo Nutrición y 5,9% Obstetriz Rotativa.

Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP, abril 2019.

Figura 47

CARGOS POR TIPO DE LUGAR FÍSICO DE TRABAJO.
ABRIL 2019



Nota: excluye internos rotativos.

Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP, abril 2019.



Asignación de personal según nivel de atención

Al clasificar los establecimientos según nivel de atención, estimamos que el 33% del personal del sectorial salud trabaja en el nivel I, el 35% en el nivel II y el 14% en el nivel III. (Tabla 23) Aproximadamente 10% del personal se encuentra asignado a trabajos en los distritos y zonas (un 9% del gasto) y el 1% en planta central (representando el 2% del gasto total en recursos humanos). Dentro de cada nivel de atención, calculamos el personal y el gasto, según la tipología presentada en el Capítulo 2. (Tabla 24)

Tabla 23
CANTIDAD DE PUESTOS Y GASTO.
POR TIPO DE LUGAR FÍSICO DE TRABAJO. ABRIL 2019

Descripción	Número de puestos	Gasto (USD millones)	% del número de puestos	% del gasto
Est. de nivel I	27.731	32.62	33%	33%
Est. de nivel II	29.406	37.57	35%	38%
Est. de nivel III	11.347	14.49	14%	15%
Ss de atención móvil	496	0.65	1%	1%
Internos rotativos (sin hosp. Id)	4.374	2.46	5%	2%
Distritos/zonas	8.130	8.90	10%	9%
Planta central/ control vectorial	1.209	1.50	1%	2%
Est. sin identificar	905	1.14	1%	1%
Total	83.598	99.34	100%	100%

Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP, abril 2019.

Tabla 24
CANTIDAD DE PUESTOS Y GASTO, POR TIPO DE LUGAR FÍSICO
DE TRABAJO DESAGREGADO. ABRIL 2019

Tipo de unidad	Tipología	Número de puestos	Gasto mensual (millones USD)	% del número de puestos	% del gasto
Establecimientos de nivel I	Centro de salud (sin tipo)	16.244	18.94	19%	19%
	Centro de salud tipo A	3.907	4.75	5%	5%
	Centro de salud tipo B	1.969	2.41	2%	2%
	Centro de salud tipo C	2.842	3,56	3%	4%
	Puesto de salud	2.279	2.39	3%	2%
	Unidades anidadas	490	0.58	1%	1%
Establecimientos de nivel II	Centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital de día)	394	0.52	0%	1%
	Hospital básico	8.947	11.16	11%	11%
	Hospital general	20.065	25.90	24%	26%
Establecimientos de nivel III	Hospital de especialidades	3.906	4.86	5%	5%
	Hospital especializado	7.089	9.24	8%	9%
	Centros especializados	352	0.39	0%	0%
Ss. de atención de salud móvil Internos rotativos	Hospitales móviles	181	0.28	0%	0%
	Unidad móvil general	315	0.37	0%	0%
	Sin hospital identificado	4.374	2.46	5%	2%





Tipo de unidad	Tipología	Número de puestos	Gasto mensual (millones USD)	% del número de puestos	% del gasto
Planta central		1.209	1.50	1%	2%
Distritos/zonas		8.130	8.90	10%	9%
Sin identificar		905	1.14	1%	1%
Total		83.598	99.34	100%	100%

Fuente: elaboración propia con base en el Relevamiento Especial MSP, abril 2019.

7

Capítulo

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS Y PRODUCTIVIDAD DEL MSP

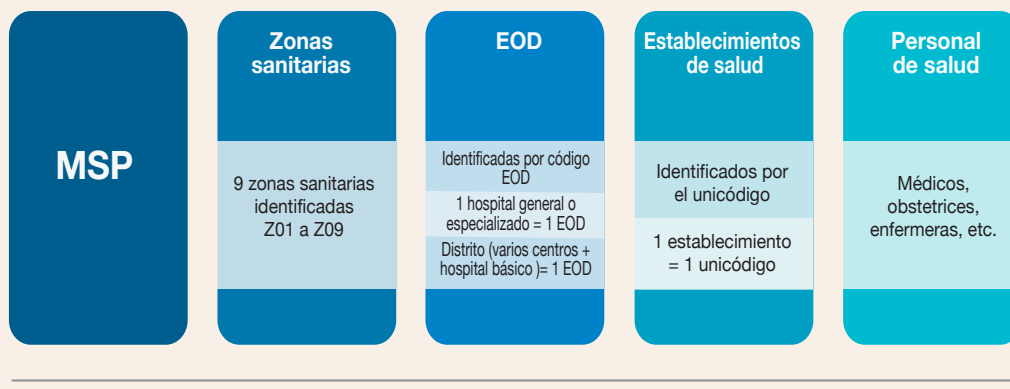
Este capítulo tiene dos objetivos principales. Por un lado, construir un indicador que permita medir la productividad de los servicios en los establecimientos del MSP. Por el otro, identificar, bajo el marco conceptual presentado en el Capítulo 3, si existe una mejor asignación de factores que maximice la cantidad de productos y resultados logrados en el sectorial salud, con el presupuesto dado. El capítulo también presenta un breve análisis sobre algunos resultados de salud materna del MSP en comparación con otras entidades de la RPIS y la RC. Finalmente, con los datos disponibles al momento de redactar este informe, se realiza un brevemente análisis sobre la equidad en el acceso al seguro de salud y a los servicios según grupos socioeconómicos.

Para poder medir la productividad es necesario vincular los factores (insumos, capital y recursos humanos) con la producción de servicios (resultado) al nivel de la unidad de análisis seleccionada. Dependiendo del objetivo del estudio, podría medirse, por ejemplo, la productividad de los médicos (nivel más micro posible) si existiese información de los insumos utilizados por cada médico y su correspondiente producción. En el otro extremo, podría medirse la productividad a un nivel más macro, tomando al MSP como unidad de análisis. Los posibles niveles intermedios de análisis incluyen las zonas sanitarias, las EOD, o los establecimientos de salud. (Figura 48) En este caso, tomamos como unidad de análisis al establecimiento de salud que forma parte del MSP. El MSP, como entidad prestadora de servicios, cuenta con autonomía para reasignar y combinar sus factores de producción entre las distintas unidades. Identificando la productividad a nivel establecimiento, el MSP puede tomar acciones concretas e informar a los niveles intermedios si existiesen espacios para mejorar la eficiencia.



Figura 48

POSIBLES NIVELES DE ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD



Fuente: elaboración propia.

A nivel de establecimiento de salud, y dada la información disponible, vinculamos los factores con la producción de servicios.

Del lado de la producción de servicios, se requiere incluir las consultas ambulatorias, atención de emergencias, atención de partos, atención hospitalaria, y procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos. Del lado de los factores de producción, se requiere incluir recursos humanos, capital y activos, e insumos médicos y no médicos.

Operativizar dicha vinculación requirió contar con información, a nivel establecimiento, sobre la asignación de cada factor de producción, el gasto en dicho factor y asociarle la producción de servicios. Demandó un gran esfuerzo de consolidación, homogenización y unión entre distintas bases de datos provenientes de fuentes diversas. Nos enfrentamos a varias limitaciones. (Figura 49) Quizás la más importante se refiere a que a nivel establecimiento, sólo contamos con los datos referidos a un único factor de producción: el recurso humano. El resto de los factores de producción no pudieron incluirse ya que no se identificaron o compartieron fuentes de datos que registran dicha información a nivel establecimiento de salud⁶⁰. Sin embargo, como se

60

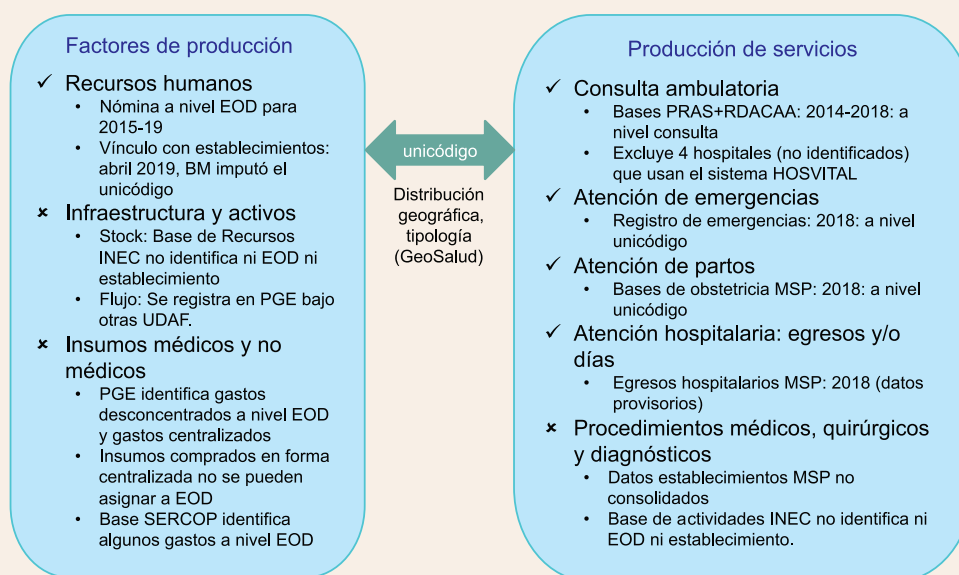
Cabe mencionar que la información faltante de factores de producción estaba sólo parcialmente disponible a nivel EOD, y por ende tampoco fue posible llevar a cabo un análisis incluyendo todos factores de producción a ese nivel.

evidencia en el Capítulo 3, los recursos humanos representan más de la mitad del gasto en factores de producción, siendo aún relevante su análisis.

Del lado de la producción de servicios, se procesaron las bases de consulta ambulatoria, atención de emergencias, atención de partos y atención hospitalaria. Los datos de procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos, si bien se recopilan en bases de datos propias de los establecimientos y hospitales, no se consolidan en una base de datos centralizada y por ende no fue posible incluirlos en el análisis.

Figura 49 ESTRATEGIA DE VINCULACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE PRODUCCIÓN Y LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

Para unidades del Ministerio de Salud Pública: sectorial 12 (UDAF 320)



El Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) es un sistema off-line en el cual los establecimientos de salud registran las consultas ambulatorias. Los establecimientos que disponen de una conexión web migraron a la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud (PRAS) que es un sistema online de historia clínica digital que incluye también el registro de las consultas ambulatorias. Las emergencias se registran en una base distinta (Registro de emergencias) que recopila el número de atenciones de emergencia mensual, por tipo de profesional, en cada establecimiento. Las bases de obstetricia recopilan el número de partos mensual, con algunas características de las madres gestantes y de los partos. La base de egresos hospitalarios es una base a nivel egreso, que registra el establecimiento donde se atendió el paciente, así como los principales diagnósticos. La base de Recursos y Actividades (RAS) que recopila INEC contiene ambos el stock de infraestructura como el total de procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos llevados a cabo por cada establecimiento. No obstante, la base puesta a disposición no identifica ni la EOD ni el establecimiento y por ende no pudo ser incluida.

Fuente: elaboración propia.



Una limitación adicional estuvo asociada con los periodos de medición disponibles para los recursos humanos y para la producción de servicios, no siendo estrictamente comparables. Para la producción de servicios, si bien contamos con datos mensuales hasta el 2018, para el caso de recursos humanos asignados a los establecimientos, sólo disponemos de un punto en el tiempo: abril 2019. A fin de controlar por la estacionalidad, trabajamos con la producción de “abril” 2018 y los recursos humanos de “abril” 2019⁶¹.

Una vez procesadas e integradas las bases de datos, se construyeron varios indicadores de producción y de productividad. Los indicadores de producción permiten describir y entender la distribución geográfica de la provisión de servicios. Estos datos de producción luego pueden cruzarse con datos sobre la distribución de la población para medir el grado de acceso, eficiencia y equidad de la distribución de los servicios. Los **indicadores de productividad** permiten aproximar el grado de eficiencia de la asignación del personal.

Cabe mencionar que la medición de los indicadores de productividad observada son el resultado de una combinación de factores de oferta (desempeño del personal, calificaciones, motivación, cartera de servicios adecuada, disponibilidad de medicamentos, adecuación cultural de los servicios, etc.) con **factores de demanda** (densidad de población, perfil de enfermedad, percepción y expectativas sobre los servicios, etc.). Por ende, una productividad baja puede ser el resultado de factores susceptibles de mejoramiento (Ej. exceso de personal en zona de poca demanda) como de factores no susceptibles (Ej. se requieren puestos de salud en zonas dispersas, aunque exista escasa densidad poblacional).

Análisis de la producción de servicios

El indicador de producción de servicios médicos utilizado en este análisis es un indicador compuesto de consultas ambulatorias, atención de emergencias, atención de partos y atención hospitalaria. (Tabla 25) La construcción del indicador requiere un supuesto sobre la ponderación de cada uno de los servicios de salud. Se definió la siguiente ponderación: una consulta ambulatoria

(visita) tiene un puntaje de 1, una atención de emergencia un puntaje de 2, un parto un puntaje de 3 y un egreso hospitalario un puntaje de 5. El indicador de producción de servicios odontológicos incluye exclusivamente las consultas ambulatorias odontológicas. Se suman los indicadores de producción de servicios médicos y odontológicos para obtener un tercer indicador. El cuarto indicador de producción de servicios es el número de partos.

Indicador	Componente	Actor de ponderación
Unidad de servicios médicos	Consulta ambulatoria médica: cada visita cuenta como una consulta, independientemente del número de atenciones que se dieron en la visita.*	1 punto.
	Atención de emergencias: cada atención	2 puntos.
	Partos: cada parto, independientemente del número de nacimientos.	3 puntos.
	Egresos hospitalarios: cada egreso, independientemente del número de días de estadía o de la modalidad de egreso (casa, transferencia, o muerte)	5 puntos.
Unidad servicios odontológicos	Consulta ambulatoria odontológica	1 punto.
Unidades de servicios médicos y odontológicos	Suma de unidades de servicios médicos y unidades de servicios odontológicos	
Número de partos	Partos: cada parto, independientemente del número de nacimientos.	1 punto.

Notas: *La base de datos PRAS permite distinguir entre atenciones que se dieron en una visita, mientras la base RDACAA no lo permite. Por ende, se consolidaron todas las consultas a nivel "visita".



En abril 2018, los establecimientos del primer nivel (excluyendo tipo C) produjeron un promedio de 1.126 unidades de servicios médicos. Los establecimientos del segundo y tercer nivel produjeron un promedio de 9.136 y 10.257 unidades, respectivamente. Los establecimientos de nivel I, tipo C prestan en promedio ocho veces más unidades de servicio que los demás establecimientos de este nivel. Excluyendo los establecimientos de tipo C, el resto de los establecimientos del primer nivel no atienden partos excepto en situaciones de emergencia. (Tabla 26)

Tabla 26
INDICADORES DE PRODUCCIÓN, PROMEDIO MENSUAL.
ABRIL 2018

Nivel de atención	Unidades de servicios médicos	Unidades de servicios odontológicos	Número de partos	Número de establecimientos
Nivel I - EXCL tipo C	1.126	150	0	1.866
Nivel I - Tipo C	9.417	757	32	28
Nivel II	9.136	131	91	115
Nivel III	10.257	272	162	16

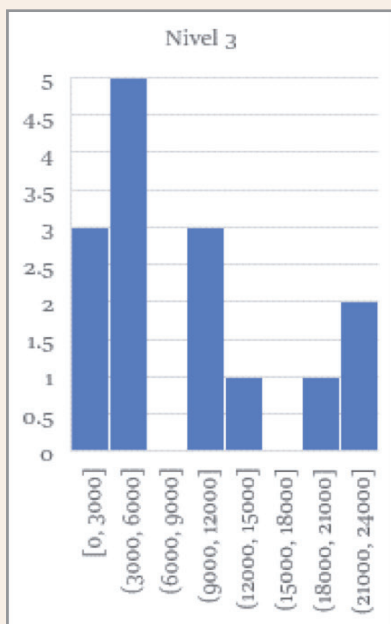
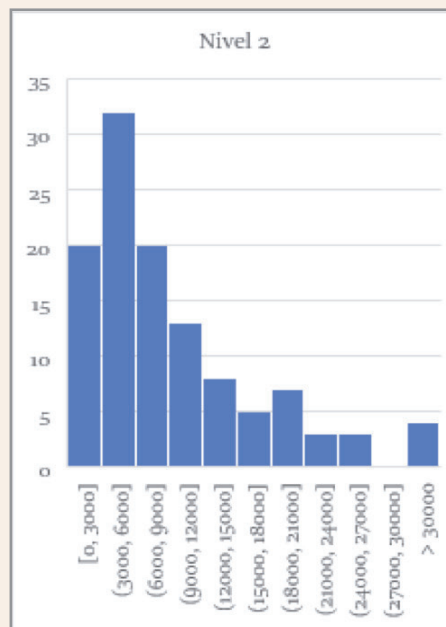
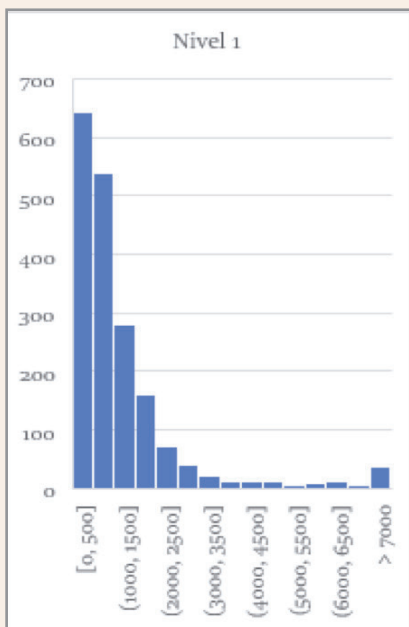
Notas: los establecimientos de nivel I, tipo C son los centros materno-infantiles de tipo C, que atienden partos.

Fuente: elaboración propia con base en las fuentes de datos referenciadas. El número de establecimientos se refiere a aquellos establecimientos para los cuales se identificó algún gasto de personal en la nómina pública. En el nivel II, se excluyeron establecimientos con la tipología de “centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital de día)” y “centro de especialidades clínico-quirúrgico”. En el nivel III, se excluyeron centros con la tipología “centro especializado”. Por ende, los niveles 2 y 3 en este estudio solo incluyen hospitales.

Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas

Figura 50

HISTOGRAMA DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, POR NIVEL DE ATENCIÓN. ABRIL 2018

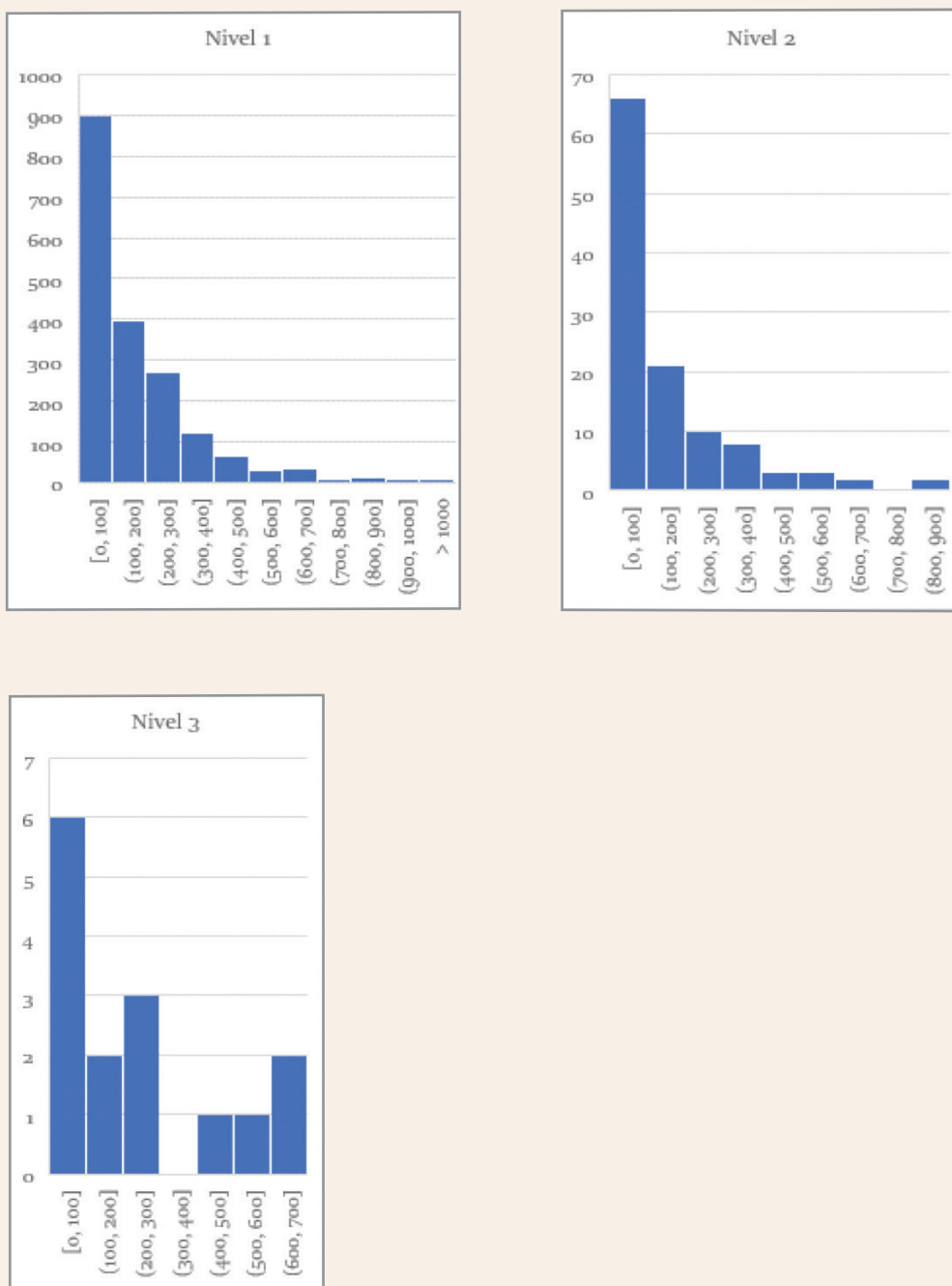


Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.



Figura 51

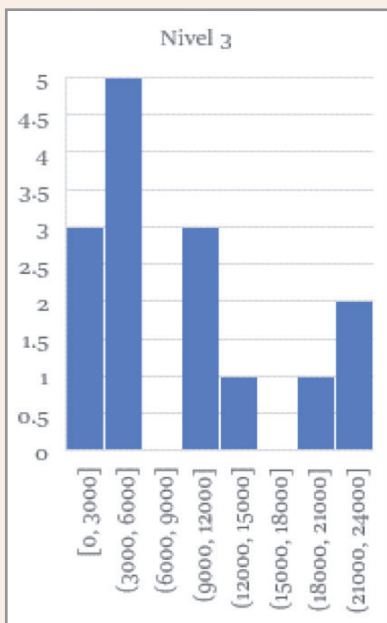
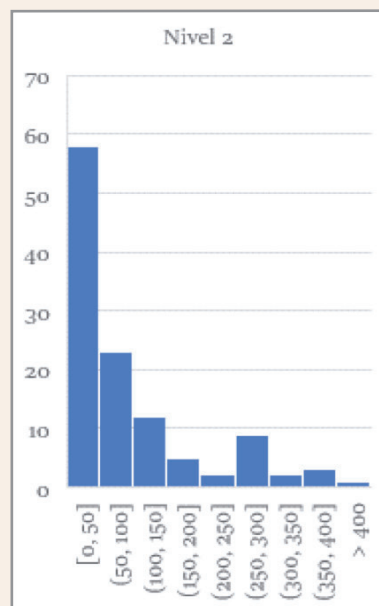
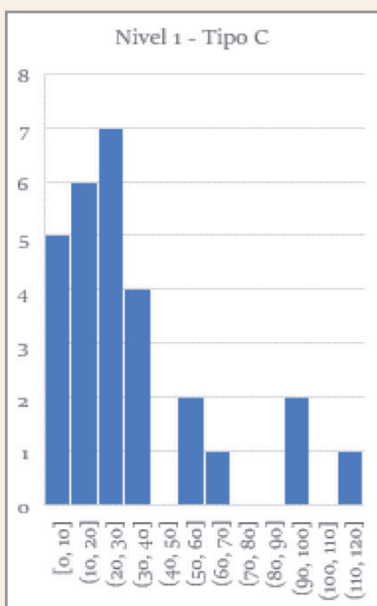
HISTOGRAMA DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, POR NIVEL DE ATENCIÓN. ABRIL 2018



Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.

Figura 52

HISTOGRAMA DE LA PRODUCCIÓN DE PARTOS, POR NIVEL DE ATENCIÓN. ABRIL 2018



Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.



Análisis de la productividad

Se computaron varios indicadores de productividad del personal de salud. (Tabla 27) En todos los casos, el numerador consiste en un indicador de producción mientras el denominador es la cantidad de personal contratado que corresponde con esta producción. Cabe mencionar que las comparaciones de producción y productividad son apropiadas dentro de cada nivel. No obstante, para comparar entre niveles se necesitaría incorporar los datos de intervenciones médicas y quirúrgicas, los cuales no estuvieron disponibles para el estudio. Al no contar con esta información se está subestimando la productividad de los establecimientos de segundo nivel, y especialmente de los centros de tercer nivel.

Tabla 27
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL DE SALUD,
A NIVEL UNICÓDIGO. ABRIL

	Numerador	Denominador
Productividad de médicos	Unidades de servicios médicos del establecimiento.	Número de médicos que trabajan en el establecimiento.
Productividad de los profesionales de la salud (excl. Odontólogos)	Unidades de servicios médicos del establecimiento.	Número de profesionales de la salud que trabajan en el establecimiento. Incluye médicos, enfermeras, obstetras y otros profesionales de la salud. Excluye odontólogos.
Productividad de odontólogos	Unidades de servicios odontológicos.	Número de odontólogos.
Productividad total	Unidades de servicios médicos y odontológicos.	Gasto en remuneraciones básicas.
Costo unitario	Gasto en remuneraciones básicas.	Unidades de servicios médicos y odontológicos.

Fuente: elaboración propia.

En promedio, los centros de salud de primer nivel atienden a menos de 9 pacientes por profesional de la salud por día. (Tabla 28) Contando solo los médicos, estos centros atienden a

aproximadamente 17 pacientes por médico por día. No encontramos mayor diferencia entre los centros de tipo C y los demás centros del primer nivel. En el segundo y tercer nivel, el número de unidades de servicio por profesional y por médico es más bajo. No obstante, como se menciona anteriormente, no se cuenta con los datos sobre la producción de intervenciones médicas, quirúrgicas y diagnósticas.

Tabla 28
INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD, PROMEDIO MENSUAL. ABRIL 2018

Nivel de atención	Productividad de médicos	Productividad de profesionales de la salud (excl. Odontólogos)	Productividad de odontólogos	Número de establecimientos
Nivel I - EXCL tipo C	344	171	100	1.866
Nivel I - tipo C	389	169	168	28
Nivel II	213	106	107	115
Nivel III	89	40	103	16

Notas: los establecimientos de nivel I, tipo C son los centros materno-infantiles de tipo C, que atienden partos.

Fuente: elaboración propia con base en las fuentes de datos referenciadas. El número de establecimientos se refiere a aquellos establecimientos para los cuales se identificó algún gasto de personal en la nómina pública. En el nivel II, se excluyeron establecimientos con la tipología de "centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital de día)" y "centro de especialidades clínico-quirúrgico". En el nivel III, se excluyeron centros con la tipología "centro especializado". Por ende, los niveles II y III en este estudio solo incluyen hospitales.

Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.

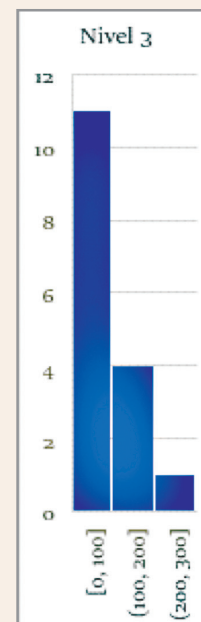
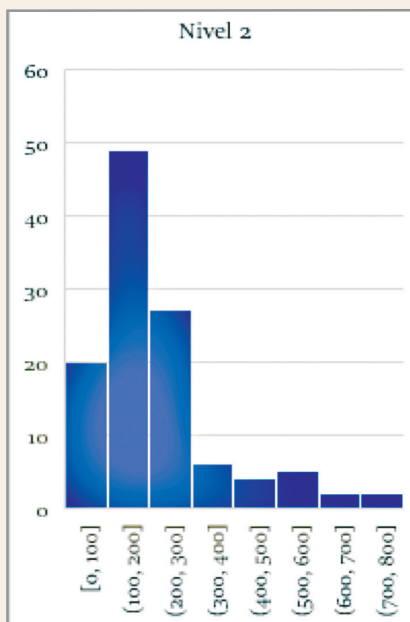
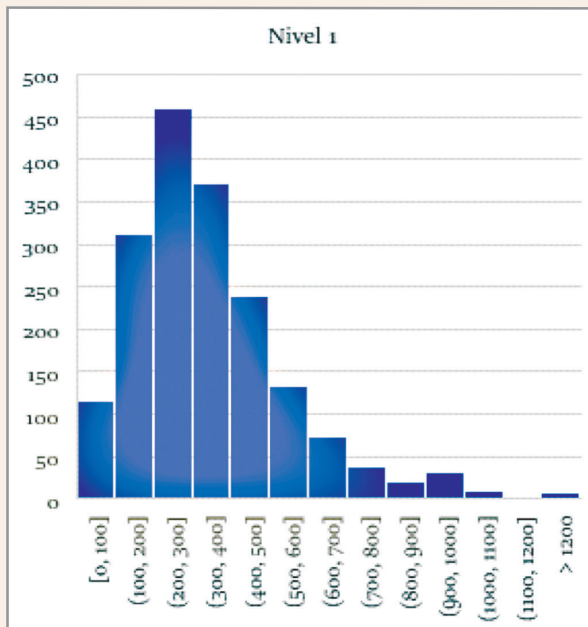
Se evidencia una alta dispersión de la productividad de los establecimientos dentro de cada nivel, y especialmente en el primer y segundo nivel. (Figura 53, Figura 54, Figura 55) En unos 428 establecimientos de salud del nivel I, se registran menos de 10 pacientes por médico por día⁶². No encontramos grandes diferencias en la dispersión de establecimientos al realizar los cálculos por médico o por profesional de la salud. Para los odontólogos, se evidencia que, en más de 550 establecimientos de primer nivel, se registran menos de 2,5 pacientes por día por odontólogo. Unos 64 establecimientos están sobresaturados, es decir que atienden más de 15 pacientes por día por odontólogo.



Asumimos que un mes tiene 20 días laborales en promedio.



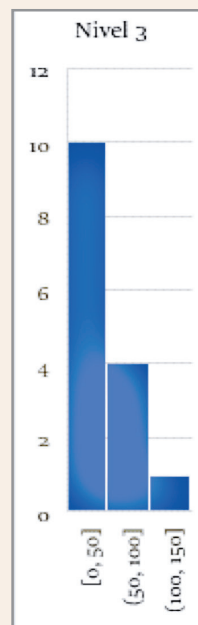
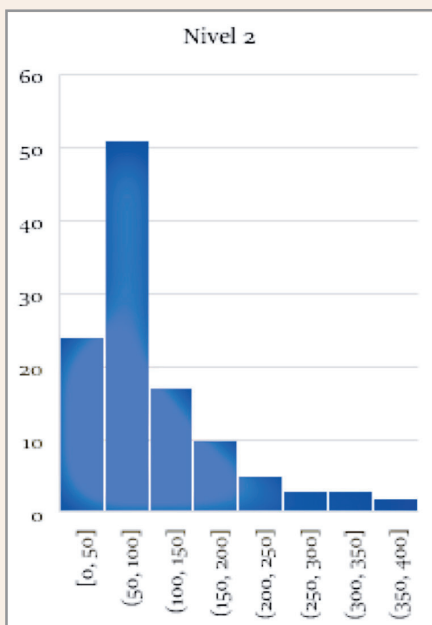
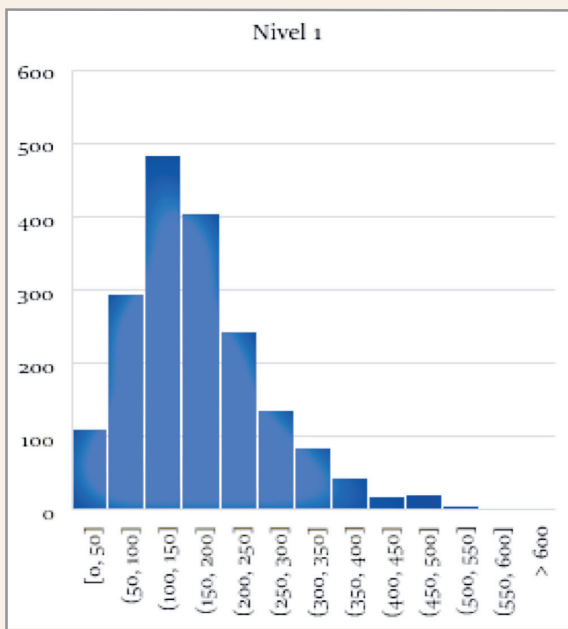
Figura 53 HISTOGRAMA DE LA PRODUCTIVIDAD DE MÉDICOS, A NIVEL ESTABLECIMIENTO. ABRIL 2018-2019



Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.

Figura 54

HISTOGRAMA DE LA PRODUCTIVIDAD DE PROFESIONALES DE LA SALUD (EXCL. ODONTÓLOGOS), ZA NIVEL ESTABLECIMIENTO. ABRIL 2018-2019

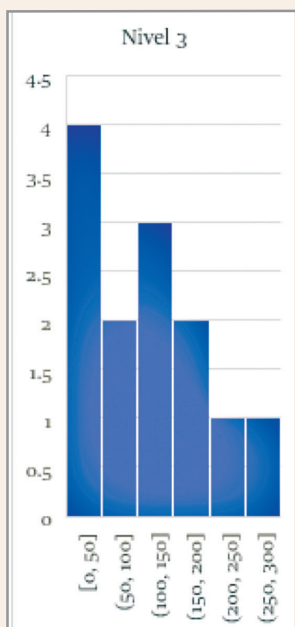
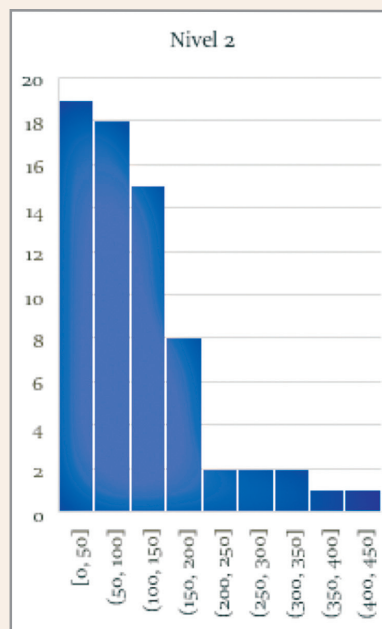
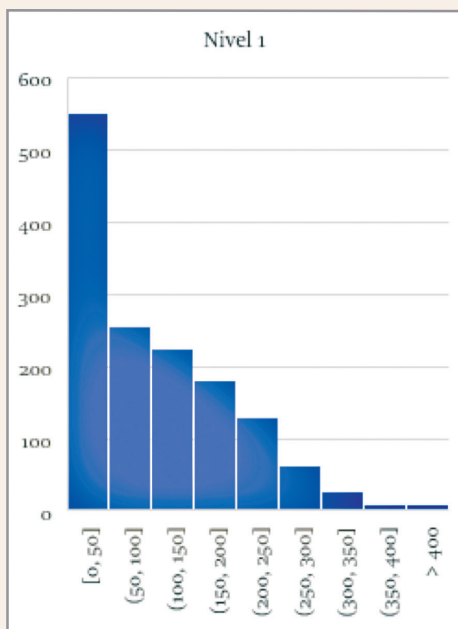


Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.



Figura 55

HISTOGRAMA DE LA PRODUCTIVIDAD DE ODONTÓLOGOS, A NIVEL ESTABLECIMIENTO. ABRIL 2018-2019

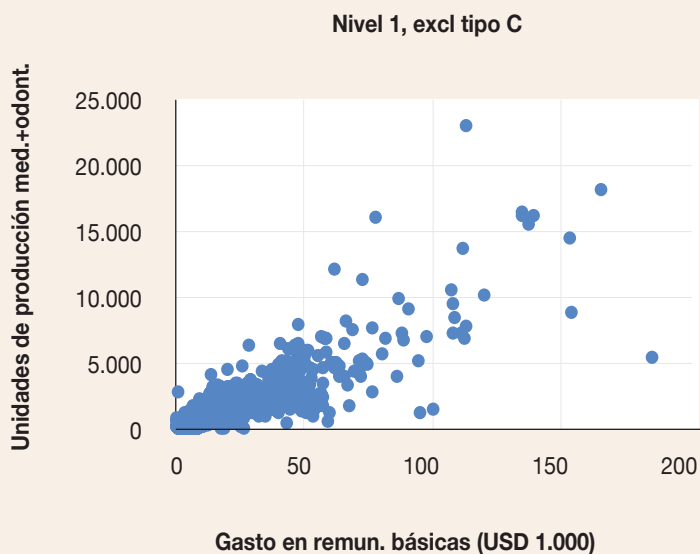


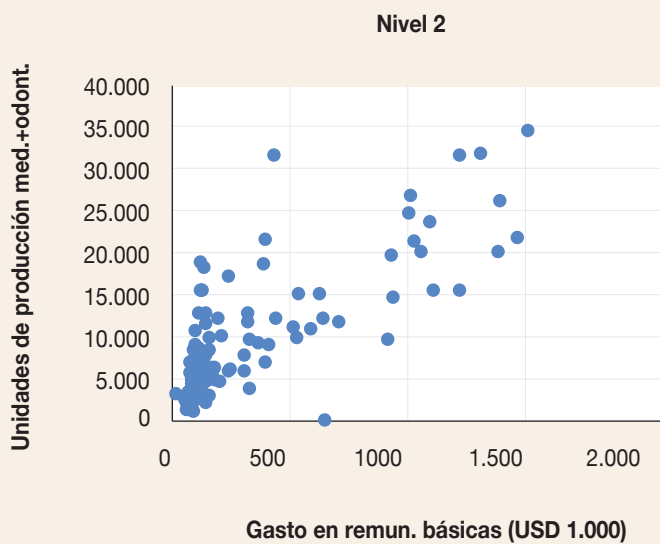
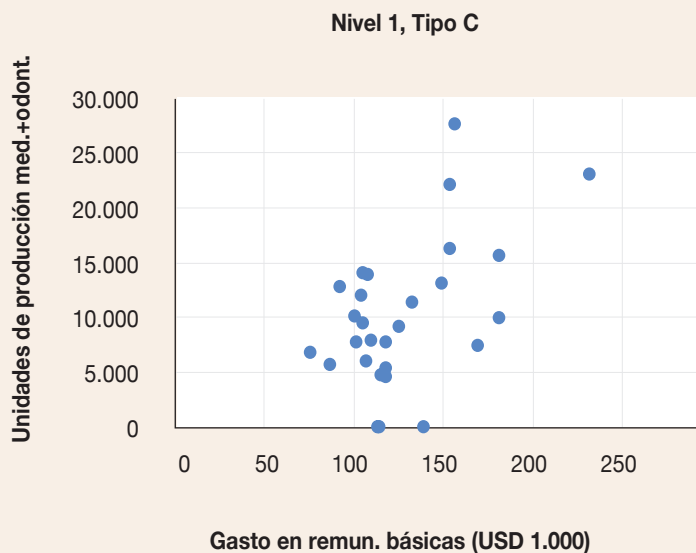
Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.

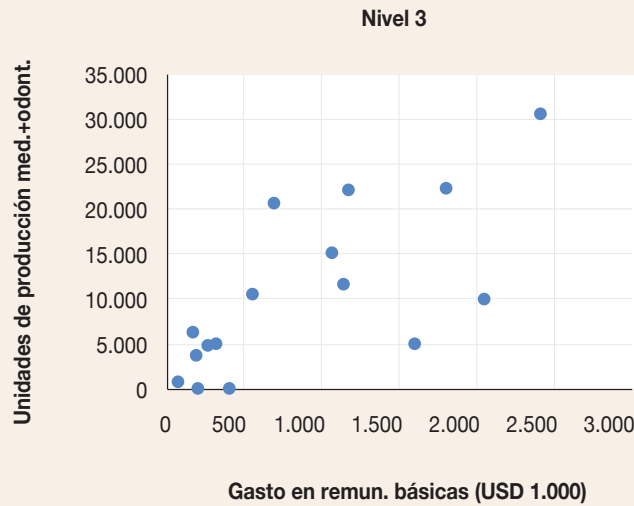
Luego, en base a la producción medida en los establecimientos de salud, construimos empíricamente una “curva” que identifica los establecimientos más eficientes en relación con el resto de los establecimientos. (Figura 56) Se evidencia que, para gastos comparables, existen establecimientos que producen más servicios que otros –y esto no está limitado a los establecimientos de poco personal en zonas rurales. Aún en establecimientos con importante gasto en personal, encontramos una producción extremadamente variable– lo cual indica que se podría optimizar personal de salud para poder atender mejor a la población donde existe saturación de servicios y disminuir la cantidad de personal donde existe poca demanda.

Figura 56

CURVA DE PRODUCTIVIDAD DE ESTABLECIMIENTOS, POR NIVEL DE ATENCIÓN







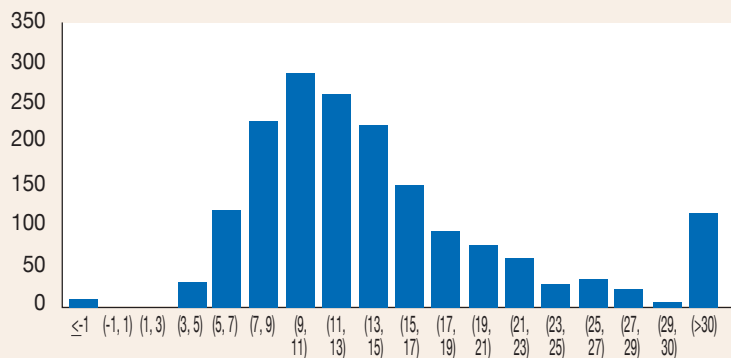
Nota: los dos establecimientos de nivel I, Tipo C que registran unidades de producción cero es debido a que su apertura ocurrió durante 2018.

Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.

El costo por unidad de servicio médico y odontológico varía entre 3 y 30 USD en la mayoría de los casos. (Figura 57)

Figura 57

HISTOGRAMA DE ESTABLECIMIENTOS MSP, SEGÚN COSTO POR UNIDAD DE SERVICIOS. ABRIL



Notas: los establecimientos que aparecen con costo negativo son aquellos que tienen costo “infinito” (es decir, establecimientos que evidencian gasto, pero no evidencian ninguna producción).

Fuente: elaboración propia con base en las bases de datos referenciadas.



Para poder trasladar los resultados de estos cálculos a acciones concretas de política, es necesario revisar primero, y de manera detallada, los resultados de productividad de cada establecimiento. En primer lugar, es necesario descartar casos en los cuales la información de producción del centro de salud no está reflejada correctamente en las bases de datos. Para facilitar este análisis, este estudio incluye una base de datos de productividad a nivel de establecimiento que contiene todos los datos presentados en este capítulo. Además, se ha construido una aplicación web que permite visualizar y explorar la base de datos con un enfoque geográfico. (Anexo 3)

Una exploración de los datos a nivel geográfico revela lo siguiente:

- En las zonas urbanas, existe gran dispersión de establecimientos en términos de producción y en términos de productividad dentro del primer nivel de atención. Se identificaron casos en los cuales un centro con mínimo registro de producción se encuentra a pocas cuadras de un centro que evidencia de más producción. Valdría la pena indagar si la escasa producción se debe a la escasa demanda, y si hay oportunidades de consolidar la oferta mejorando su calidad.
- En las zonas urbanas, los servicios odontológicos están atomizados en centros que tienen baja producción odontológica.

Con base en los datos de productividad de los establecimientos y luego de una verificación a nivel micro, es posible definir lineamientos de acción para mejorar la eficiencia de la distribución de los recursos humanos, y a más largo plazo, de los servicios y de la infraestructura de salud. Por ejemplo:

- Línea de acción 1: identificar centros donde sabemos que no existe producción, aunque si tienen al menos dos médicos asignados.
- Línea de acción 2: identificar establecimientos donde la producción es baja para el número de personal existente y donde sería suficiente satisfacer la demanda con menos médicos o profesionales de la salud (o sea la demanda existente no justifica tener esa cantidad de médicos).
- Línea de acción 3: optimizar la distribución geográfica de establecimientos de salud. Dada la distribución geográfica de la población, determinar ¿cuál es la cantidad mínima de establecimientos necesarios para cubrir el total de la población

de su área? Para responder a esta pregunta, se requiere construir una matriz de “origen-destino”, es decir distancias entre cada uno de los establecimientos⁶³. Aquellos establecimientos con baja producción que se ubiquen a menos de 30 minutos caminando de un establecimiento similar se podrían reasignar.

- Línea de acción 4: optimizar el uso de los recursos de manera conjunta (no solo por establecimiento) - incentivar el funcionamiento en red y evitar duplicidad de funciones que implican duplicidad de los gastos.
- Línea de acción 5: reducir la atomización de ciertos servicios de salud en los lugares donde su consolidación no afecta el acceso. Por ejemplo, los servicios de odontología están muy dispersos, incluyendo en las zonas urbanas. Esto limita las ganancias de escala y reduce la calidad de la atención, ya que no todos los establecimientos pueden disponer del equipamiento requerido, tal como máquinas de Rayos X.

Salud materna

En las últimas dos décadas, se observa un claro decrecimiento de la cantidad de nacimientos domiciliarios, mientras fueron incrementándose los nacimientos ocurridos en hospitales del MSP. (Figura 58) En base a las estadísticas vitales, de los 288 mil nacidos vivos en 2017, el 62% ocurre en establecimientos de salud pertenecientes al MSP, el 20% en hospital, clínicas o consultorios privados, el 9,3% en establecimientos del IESS y el 8,7% restante en otro lugar (5,4% en casa, 4% en establecimientos de la Junta de Beneficencia y el resto en otros). En los últimos años se evidencia una leve caída en el porcentaje de partos que ocurren en instituciones privadas. Entre el 2013 y el 2017, los hospitales del MSP incrementaron su atención en un 37%, (pasaron de atender 129 mil a 177 mil partos). Las cifras provisionales para 2018 sugieren que esta tendencia continúa, registrándose casi 181 mil partos para dicho año.

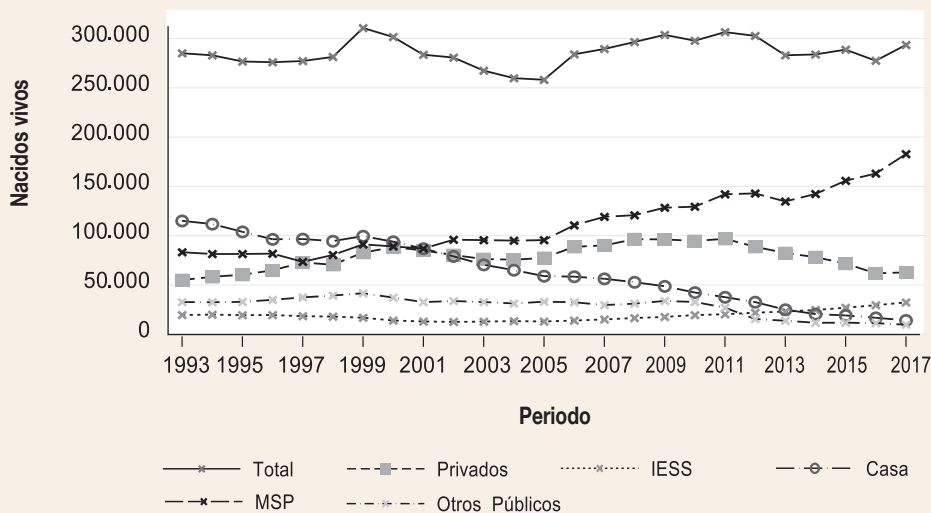
63

La matriz contiene filas con establecimientos y columnas con las distancias medidas entre cada uno de los establecimientos.



Figura 58

NACIDOS VIVOS POR LUGAR DE OCURRENCIA.
1993-2017



Notas: la figura muestra el total de nacimientos registrados en el país, según dónde ocurre el parto: establecimiento perteneciente al MSP, al IESS, en un domicilio particular o en otro tipo de establecimiento público (incluye Municipios, Consejos Provinciales, Fuerzas Armadas, Policía).

Fuente: elaboración propia con base en el Anuario Estadísticas Vitales (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador 2017).

En el 2018, el 46% del total de nacimientos en Ecuador fueron partos por cesárea. (Cálculo propio en base a Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) En base a una revisión internacional, la OMS concluyó que las tasas de cesáreas por encima del 10% a nivel población no se asocian a reducciones de mortalidad materna o infantil. Además, las cesáreas pueden causar complicaciones significativas y potencialmente permanentes, con riesgos de discapacidad o muerte, y por ende solo se deberían realizar cuando sean necesarias del punto de vista clínico. (World Health Organization 2015) Las altas tasas de parto por cesárea podrían estar generándose por varios factores, incluyendo incentivos financieros y de conveniencia para médicos y pacientes. Socialmente, representan un gasto innecesario para el sistema de salud, además de exponer a las parturientes a riesgos de salud adicionales.

La tasa de parto por cesárea es muy variable según tipo de entidad. Las tasas de cesárea son mayores en privados (84,6%) y en los establecimientos del IESS (59,7%) en comparación con MSP, donde el 32,9% de los nacimientos ocurridos en establecimientos del MSP en 2018 fueron por cesárea. (Tabla 29) Las razones de esta variabilidad no son evidentes. Aun comparando mujeres similares en términos de sus características observables (edad, educación, estado civil, etnia, primeriza, número de controles prenatales, tipo de parto simple o múltiple, cantón de residencia, si reside en el mismo cantón donde da a luz), si bien la brecha entre privado y público disminuye sigue siendo significativa - una mujer de similares características en el privado tiene 38% más probabilidad de tener cesárea que en un hospital del MSP. Con la información disponible de nacimientos, no es posible observar si existen motivos clínicos que lleven al profesional a practicar la cesárea. Vale destacar que, al observar las tasas de los últimos años, los privados han registrado incrementos de casi 5 puntos porcentuales entre 2015 y 2018, mientras que MSP ha reducido levemente el porcentaje de partos bajo esta modalidad.

Año de nacimiento	Privado	IESS	MSP	Otros
2015	79,9%	54,9%	34,6%	35,1%
2016	79,0%	55,4%	33,4%	39,1%
2017	82,3%	56,0%	32,2%	32,4%
2018	84,6%	59,7%	32,9%	34,2%

Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

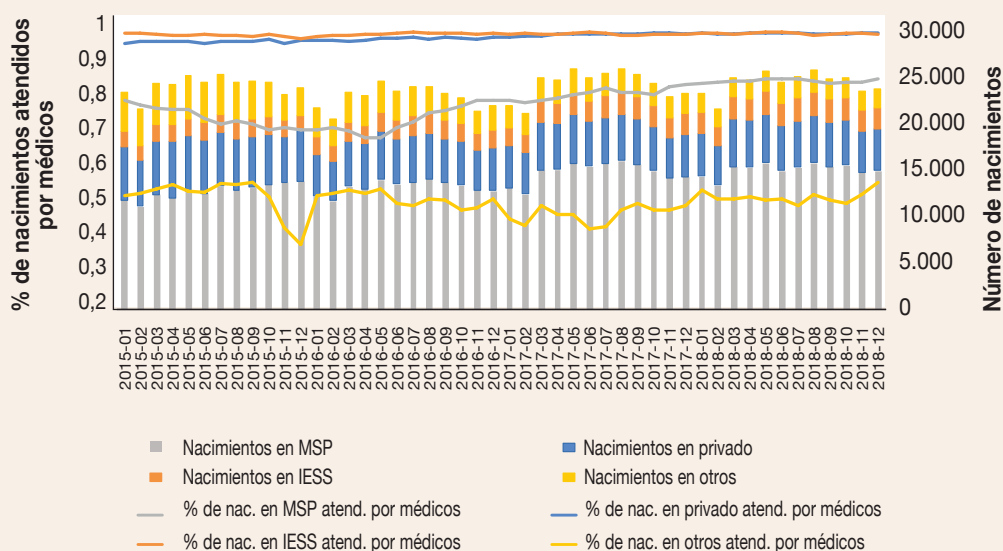
La atención del parto es realizada mayormente por médicos, aunque varía entre entidades. (Figura 59) En concordancia con las mayores tasas de cesáreas en los privados y en el IESS, casi la totalidad de sus partos son atendidos por estos profesionales, tendencia observado a lo largo de todo el período. En el MSP, en cambio, el porcentaje de partos atendidos por médicos si bien ha estado en ascenso llegando a un 85% del total de nacidos en sus establecimientos en 2018, el resto de los partos son atendidos por las obstétricas. Los partos ocurridos en “otros lugares”, incluidos



establecimientos de la Junta de Beneficencia y partos domiciliarios entre otros, la mitad son atendidos por los médicos y la otra mitad por otros profesionales de la salud, mayormente obstetrices. Notar que estos “otros” nacimientos representan cada vez menos partos en el total de partos (alrededor del 8,5% para 2018).

Figura 59

NACIDOS VIVOS ATENDIDOS POR MÉDICOS SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA. 2015-2018

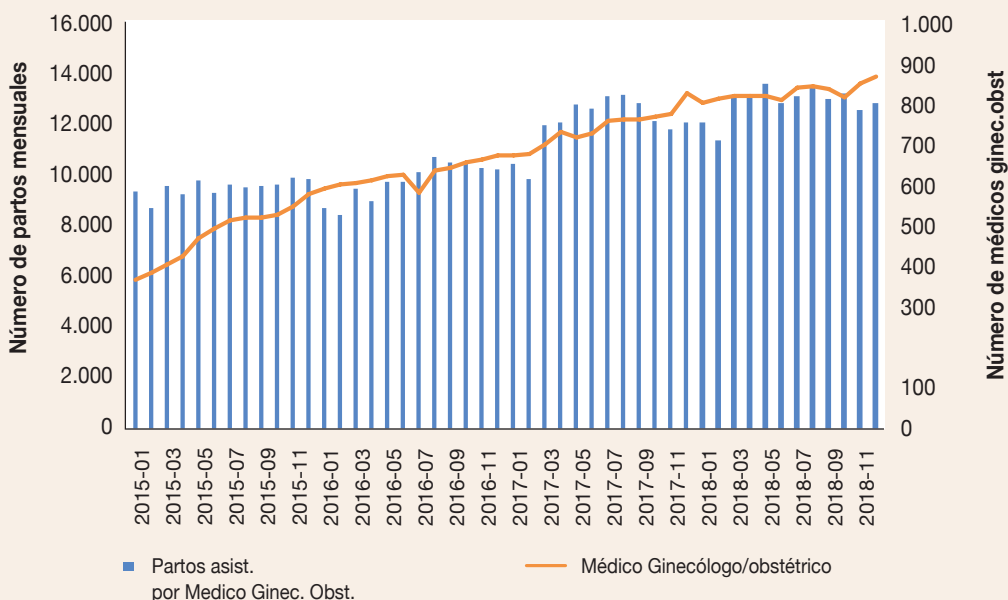


Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

El aumento de nacimientos en MSP en términos absolutos y la participación de los médicos en la atención del parto se asocia con el incremento en la contratación de médicos gineco-obstétricos (Figura 60), Según datos procesados a partir de la base de SRPYN, entre inicios de 2015 y fines de 2018, la contratación de este tipo de médicos en establecimientos del MSP más que se duplicó, acompañando el incremento de nacimientos ocurridos en el período.

Figura 60

NACIDOS VIVOS EN MSP ASISTIDOS POR MÉDICOS Y CANTIDAD DE MÉDICOS OBSTÉTRICOS. 2015-2018



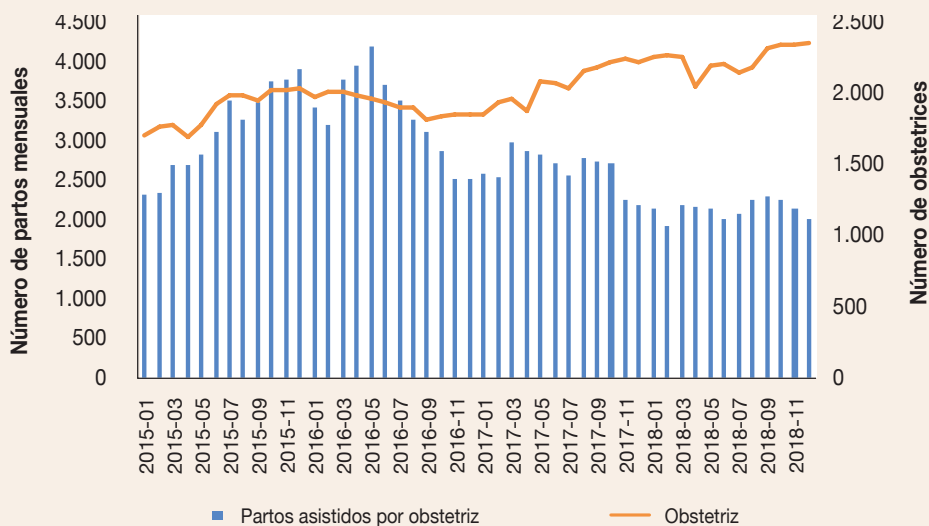
Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) y con base en SPRYN.

La cantidad de obstétricas en los establecimientos de MSP también ha aumentado, aunque su participación en la atención de partos ha disminuido (Figura 61) Si bien una de las competencias asignadas a la profesión de obstetricia es la atención de partos de bajo riesgo, su principal competencia dentro del modelo MAIS es el cuidado integral de la salud sexual y reproductiva en todo el ciclo de vida de la mujer realizando acciones de prevención y promoción. (Ministerio de Salud Pública, Ecuador 2017) Dentro del ciclo de embarazo de una mujer, el control prenatal de calidad es una de las tareas para las cuales las obstétricas tienen alta formación.



Figura 61

NACIDOS VIVOS EN MSP ASISTIDOS POR OBSTÉTRICAS
Y CANTIDAD DE OBSTÉTRICAS. 2015-2018



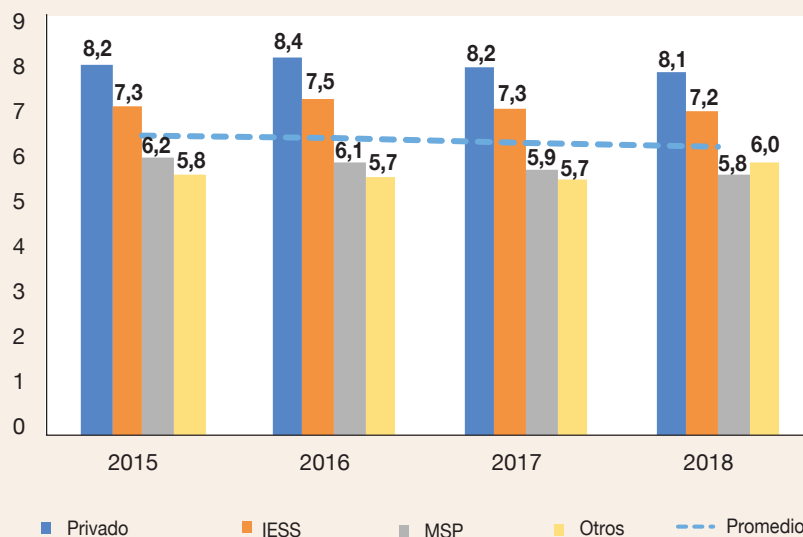
Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) y con base en SPRYN.

El acceso a la atención materna prenatal sigue siendo insuficiente:

el número promedio de visitas de atención prenatal en Ecuador en 2018 fue de 6,4, sin mejoras en relación al promedio alcanzado en 2015 (6,6). (Figura 62) La OMS, en su guía de cuidado prenatal, recomienda un mínimo de 8 visitas durante todo el embarazo. (World Health Organization 2016) Sin embargo, en Ecuador este objetivo sólo es alcanzado por el 20% de mujeres que tienen su parto en una clínica privada. Quienes dan a luz en el IESS, en promedio realizaron en 2018 7,2 visitas. Las mujeres controladas en el MSP apenas alcanzan las 5,8 visitas promedio en 2018, cuando en 2015 realizaban 6,2 visitas. Esta caída en el número de visitas puede estar influida en parte por un cambio en la composición de mujeres. Como se menciona anteriormente, hay un “nuevo” grupo de mujeres que antes hubiesen tenido su parto en el domicilio y ahora lo realizan en MSP. Este nuevo grupo posiblemente tenga un perfil diferente al resto de las mujeres que se atienden en el MSP, y tengan menos contacto con el sistema de salud durante su embarazo.

Figura 62

NÚMERO PROMEDIO DE VISITAS PRENATALES SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO. 2015-2018



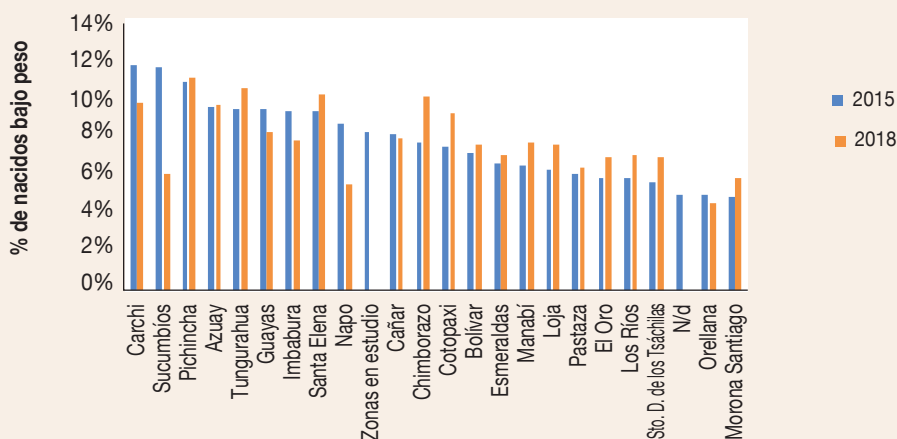
Fuente: elaboración propia con base en Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

Aún no se evidencian mejoras en los indicadores neonatales: sólo 5 de 24 provincias registran una reducción en el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso entre 2015 y 2018. (Figura 63) En Ecuador, el 8,7% de los nacidos vivos tienen, en promedio, un peso inferior a 2.500 gramos. Esta cifra se ha mantenido constante entre 2015 y 2018. Sin embargo, al analizar este porcentaje según residencia habitual de la madre, se observa diferencias entre provincias. Carchi y Sucumbíos, que en 2015 registraban las mayores cifras de nacidos bajo peso registrando hasta un 12% de sus nacimientos bajo peso, logran reducir a 10% y 6%, respectivamente. Contrariamente, Chimborazo y Cotopaxi experimentan desmejoras, registrando incrementos de 2 puntos porcentuales (pasan de 8% a 10% de nacimientos con bajo peso). Es interesante observar que, al restringir los nacimientos a aquellos ocurridos en establecimientos del MSP, son sólo estas dos provincias las que registran los mayores cambios, mientras que el resto de las provincias no evidencia grandes diferencias entre 2015 y 2018. (Figura 64)



Figura 63

PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER SEGÚN PROVINCIA. 2015-2018

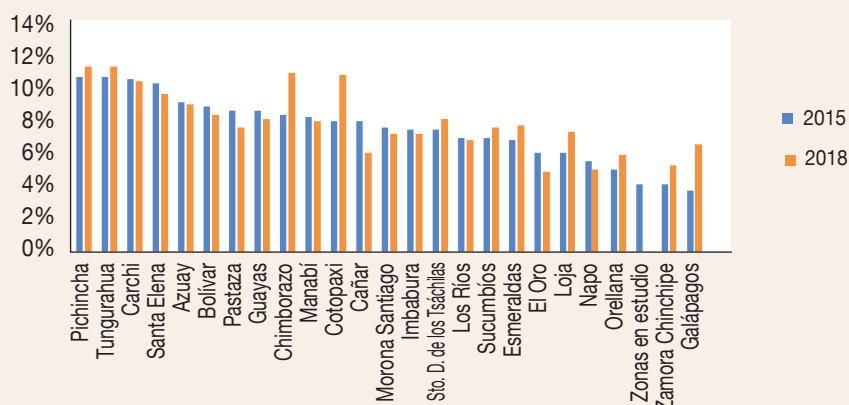


Notas: la provincia corresponde con la residencia habitual de la madre. Los porcentajes se obtienen respecto al total de nacidos vivos de cada provincia en el año de nacimiento correspondiente. Bajo peso se refiere a nacidos vivos cuyo peso es menor a 2.500 gramos.

Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

Figura 64

PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER EN ESTABLECIMIENTOS DEL MSP SEGÚN PROVINCIA. 2015-2018



Notas: la provincia corresponde con la residencia habitual de la madre. Los porcentajes se obtienen respecto al total de nacidos vivos en establecimientos del MSP de cada provincia en el año de nacimiento correspondiente. Bajo peso se refiere a nacidos vivos cuyo peso es menor a 2.500 gramos.

Fuente: elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

Equidad de acceso a servicios de salud. En los datos de la ECV 2014, encontramos disparidades en el acceso a los servicios entre los grupos étnicos (59% para los indígenas, 74% para los mestizos) y entre quintiles (64% para quintil 1 versus 83% para quintil 5), pero no hay grandes disparidades entre las regiones de la Sierra y la Amazonía (72% versus 69%). Aproximadamente el 30% de las personas continúan pagando de su bolsillo por servicios, independientemente de si están asegurados con IESS o no asegurado. Los tiempos de espera medianos y medios para citas médicas no difieren significativamente entre esos dos grupos o entre los indígenas y los mestizos. Si bien se necesitarían más datos y análisis para entender las diferencias en el acceso, no parece que el estatus de afiliación de seguros desempeñe un papel crucial, sino más bien que las diferencias son impulsadas principalmente por el estatus socioeconómico.



CONCLUSIONES

| Mensajes clave

Durante la última década Ecuador ha realizado esfuerzos considerables para mejorar el acceso a servicios de salud a través de incrementos en la asignación de fondos públicos y políticas sectoriales. Entre el 2013 y el 2018, se registra un incremento sostenido de asignación de recursos públicos al sector salud y la introducción de un nuevo modelo de atención integral de salud bajo el enfoque de redes de establecimientos de atención primaria.

El desafío actual es asegurar la continuidad y fortalecimiento del modelo, así como la sostenibilidad del sector dentro de un contexto macroeconómico menos favorable. El uso eficiente de los recursos disponibles es un requerimiento crítico para asegurar esta sostenibilidad.

Del análisis realizado en este estudio surgen las siguientes opciones a corto y mediano plazo para mejorar la eficiencia del gasto público en salud:

- *Mejorar la asignación de recursos humanos asistenciales y optimizar la distribución de servicios de salud, incluyendo:*
 - Mejorar el ratio de médicos/enfermeras, en particular en las provincias que en la actualidad tienen menos de una enfermera por médico.
 - Optimizar la asignación de personal en establecimientos con escasa demanda/producción de servicios en lugares no aislados.
 - Concentrar servicios en aquellas instancias donde se pueden obtener economías de escala y no se afecte el acceso de la población.
- *Optimizar los procesos de gestión y adquisición de medicamentos e insumos y servicios de salud a terceros:*

- Ampliar y mejorar el funcionamiento del catálogo electrónico.
- Monitorear y publicar los precios, cantidades y entidades compradoras para las subastas inversas electrónicas institucionales.
- Optimizar el sistema de pagos y subsidios a la RPC por la entrega de servicios, asegurando la pertinencia, eficiencia y equidad de los servicios.
- *Fortalecer la capacidad del MSP como ente rector y evaluador del sistema de salud:*
 - Continuar con el fortalecimiento de un sistema único integral e integrado de información que permita monitorear y evaluar la cantidad y calidad de los servicios.
 - Incorporar al sistema de información los algoritmos de procesamiento, integración y análisis de los datos sobre financiamiento y provisión de servicios, para informar el planeamiento estratégico y la toma de decisiones.

El análisis también identifica los siguientes riesgos asociados a la búsqueda de optimización del gasto en recursos humanos en salud:

- *Una fuerte reducción de los contratos administrativos podría debilitar las funciones esenciales de las Entidades Operativas Desconcentradas (EOD): reducir estas funciones podría impactar negativamente en la gestión eficiente de los servicios y de los recursos, incluyendo el funcionamiento en red de los establecimientos de salud primaria, que ha sido uno de los logros importantes del sistema.*
- *Una reducción indiscriminada de los contratos ocasionales afectaría desproporcionadamente la provisión de servicios en el primer nivel atención en las provincias más pobres.*

A largo plazo, mejorar la eficiencia del gasto en salud requiere:

- *Identificar cómo modernizar los mecanismos de financiamiento del MSP para permitir implementar y sostener el Modelo de Atención Integral en Salud. El financiamiento actual está basado casi exclusivamente en presupuestos históricos que no favorecen un alineamiento entre las necesidades de la población y el sistema de provisión.*
- *Más allá del MSP, es esencial optimizar y articular el financiamiento y provisión de servicios de salud de la seguridad social, en particular el IESS.*



Resumen

El estudio busca identificar las opciones para optimizar la eficiencia del gasto a corto y mediano plazo y los riesgos asociados

Las opciones y los riesgos identificados están basados en un análisis detallado de la situación del gasto en salud pública en Ecuador, que vincula los dominios de finanzas y de salud. En base a los últimos datos administrativos disponibles, se analiza por un lado la composición y evolución del gasto y por el otro, la provisión de servicios de salud, utilizando la función de producción como marco conceptual. Se identifican y cuantifican los diferentes factores de producción: recursos humanos, medicamentos e insumos y terciarización de servicios de salud. El estudio también evalúa los procesos institucionales implementados en la obtención de estos factores: contratación de personal, adquisición de medicamentos e insumos y contratación de terceros para la provisión de servicios de salud.

El estudio mide también la productividad del gasto e identifica opciones de mejora. Para cada establecimiento de salud se calculó el gasto en recursos humanos en base al personal que brinda servicios de salud en dicho establecimiento y se los localizó geográficamente. Utilizando una plataforma de “big data”, se vinculó este gasto con la provisión real de servicios de salud para poder construir indicadores de productividad a nivel establecimiento. Esta información fue incorporada a una aplicación “app” especialmente diseñada para ser consultada por el decisor de política pública. La app permite a los responsables de la toma de decisiones simular el impacto de posibles acciones de política del gasto sobre la provisión de servicios.

El sistema de salud se ha adaptado a la nueva dinámica demográfica y epidemiológica

La dinámica demográfica y epidemiológica por la cual transita el Ecuador implica cambios fundamentales en el tipo y cantidad de servicios que requiere la población. Aunque esta población sigue caracterizándose como población relativamente joven, se estima que empezará a envejecer a partir del 2030. Luego de haber logrado avances significativos en los indicadores de salud materno-infantil y enfermedades transmisibles, el Ecuador está enfrentando un nuevo desafío en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Estas representan actualmente la carga principal de enfermedad del país, contabilizando el 65% de la pérdida en años de vida ajustados por discapacidad.

Impulsado por la nueva constitución del 2008, se han realizado esfuerzos considerables para mejorar el acceso a través de incrementos en la asignación de fondos públicos y políticas sectoriales. Se crea la RIPS y la RPC con el objetivo de “garantizar la capacidad resolutoria y continuidad en la atención de los problemas de salud de la población”. Se generan mecanismos legales y administrativos entre los subsistemas para asegurar que toda persona que necesite acceder a un servicio de salud, independientemente de su condición de pertenencia o no a un régimen de aseguramiento en salud público o privado, podrá ser atendida en las unidades de la RIPS o derivada entre

las redes en caso de que la RPIS no cuente con la capacidad resolutive necesaria. Para ello se desarrolló un tarifario de prestaciones que regula el reconocimiento económico de la prestación de servicios de salud entre las entidades.

Se modernizó el modelo de atención con la redacción del MAIS-FCI. Este plasmó la forma en que las entidades que componen el sistema de salud deben interactuar y trabajar para “reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad”. Se inicia un proceso de reorganización de la oferta de servicios bajo un modelo de redes de establecimientos de atención primaria. Se reorganiza administrativamente la provisión de servicios bajo una nueva estructura “desconcentrada” con el objetivo de distribuir los procesos, servicios y productos a los niveles territoriales más desagregados. Bajo la nueva organización, las coordinaciones zonales y distritales de salud son las responsables de articular la red.

Dentro de la red pública de salud, el MSP como entidad prestadora concentra prácticamente la totalidad de la capacidad pública de prestación de servicios del primer nivel de atención y atención de partos. Dentro de este nivel, su participación es más importante cuanto mayor es el nivel de complejidad de las unidades. Es así como el 82% de establecimientos de mayor complejidad –Centros de Salud Tipo C Materno Infantil y Emergencias– pertenecen a unidades del MPS mientras que las unidades del IESS representan solo el 12%. Los Centros de Salud Tipo C prestan una variedad de servicios, incluyendo los servicios de gineco-obstetricia y maternidad de corta estancia. El MSP cuenta también con la mayor cantidad de centros de salud tipo B, que pueden tener unidades odontológicas y de trabajo de parto. Cabe resaltar que el 62% del total de partos ocurren en unidades del MSP. Se evidencia un fuerte crecimiento en la demanda de este servicio entre el 2015 y 2018, pasando de asistir 120 mil partos anuales a más de 180 mil partos en 2018, al mismo tiempo que casi desaparecen los partos domiciliarios.

Desde la perspectiva financiera, hasta el momento el funcionamiento de la RIPS se da prácticamente de manera unilateral. En los ejercicios 2015 a 2018, no se identificaron ingresos en las cuentas públicas por pagos por prestaciones brindadas por el MSP a afiliados a seguros públicos.

En los últimos años, se observan cambios importantes –aunque poco planificados– en la compra (terciarización) de servicios de salud por el MSP a varias entidades de la RPC. Por un lado, se evidencia una disminución paulatina del pago de servicios oncológicos a SOLCA. Por otro lado, se observa un crecimiento sostenido de terciarización a entidades que brindan mayormente servicios de diálisis/hemodiálisis y hospitalización. Sin embargo, no se identificó un plan estratégico de priorización de servicios a terciarizar que dé cuenta de los cambios observados. A pesar de representar el 9% del gasto en salud, no se dispone de un sistema de información integrado que permita registrar, evaluar y auditar estas compras, y dar los lineamientos necesarios para la elaboración de un plan estratégico.

El gasto público en salud del MSP ha crecido en los últimos años

Entre el 2013 y el 2018, se registra un incremento sostenido de asignación de recursos públicos al sector salud, siendo el recurso humano el factor que absorbe



la mayor cantidad de estos recursos financieros. En el 2013, el gasto en salud representaba el 10% del gasto sectorial total, llegando a representar casi el doble en 2018 (19%). Esto implica un 8,4% del gasto público total. Del total de recursos financieros asignados al sector, el 60% se destina a pagos de salarios, cargas sociales y beneficios a los servidores públicos. La participación, tanto relativa como absoluta, de los recursos humanos en el gasto creció en los últimos años.

La mayor parte del gasto se destina a recursos humanos que cumplen funciones asistenciales

El incremento en el gasto en recursos humanos es el resultado de un aumento en la contratación del personal asistencial, en línea con la implementación del nuevo modelo de atención y la apertura de nuevos centros de salud y hospitales. El 89% de los gastos en recursos humanos se asignan a pagos de personal que trabaja directamente en los establecimientos de salud: el 33% a establecimientos del nivel I, el 38% a establecimientos del nivel II, el 15% a establecimientos del nivel III y un 1% a establecimientos de nivel no identificado. Las actividades distritales absorben el 6,9% del presupuesto y las zonales el 2%. Planta central representa el 1,5%. Estos datos corresponden a abril 2019, aunque reflejan un proceso de incrementos en las contrataciones entre 2015 y 2018, que representó un aumento de un 30% aproximadamente del gasto. Estas nuevas contrataciones fueron prácticamente en su mayoría a médicos y profesionales de la salud no médicos (enfermeros, obstetricias, odontólogos, odontopediatras e internos rotativos). Dentro de los médicos, el mayor incremento se dio en la contratación de médicos generales y de familia, en línea con la implementación del modelo de atención MAIS-FCI y aumentos en la contratación de médicos gineco-obstétricos, acompañando los incrementos en la demanda de asistencia a partos en el MSP.

El nuevo personal de salud se vinculó bajo una modalidad de contrato precaria que podría conllevar riesgos para la sostenibilidad del modelo de atención. Mientras en 2015 el 39% de los médicos tenían contratos ocasionales, en 2019 el 52% trabaja bajo esta modalidad contractual. Algo similar ocurre con profesionales no médicos, pasan del 45% al 58% en 2019. Es clave destacar que estos contratos ocasionales de médicos se concentran mayormente en el primer nivel de atención. En este nivel, el 64% de estos profesionales trabajan bajo contratación ocasional. Además, la modalidad de contratación ocasional está concentrada en las provincias más pobres. Una reducción indiscriminada de contratos ocasionales impactaría desproporcionadamente la provisión de servicios en el primer nivel de atención en las provincias más pobres.

La combinación de recursos humanos asistenciales no es eficiente ni adecuada para garantizar la calidad de la atención

La combinación de recursos humanos asistenciales, y en particular, la razón de enfermeros por médicos no es ni eficiente ni adecuada para garantizar la calidad de la atención. Contabilizando estas nuevas contrataciones, calculamos que la densidad de médicos que trabajan en establecimientos de MSP por 10 mil habitantes (que no tienen un

seguro de salud) se ubica en la mediana (cuantil 50) de los países miembros de la OMS. Sin embargo, en lo que respecta a la densidad de enfermeros y obstétricos, según nuestros cálculos el sector se encuentra en el cuartil 30, en un nivel inferior a lo que tienen países como Ghana, Angola, Kenia, Nigeria y Nicaragua. Según la guía de la OMS esta razón apenas alcanza la meta mínima recomendada. A nivel provincial, evidenciamos que 9 de 24 provincias emplean ratios mucho más ineficientes, con más médicos que enfermeras. La combinación de médicos y enfermeros puede tener implicancias tanto del lado de la calidad de la atención como del lado de la eficiencia. Los enfermeros típicamente se encargan de la atención diaria de los pacientes hospitalizados y de la atención del niño sano y vacunaciones en atención primaria. La escasez de enfermeros dificulta que las tareas rutinarias puedan asignarse a este grupo liberando el tiempo del médico para tareas especializadas.

No se evidencia sobredimensionamiento de los cargos administrativos

La cantidad de personal y el gasto en cargos administrativos y analistas no evidencia un sobredimensionamiento. Por un lado, tanto en términos de número de puestos como del gasto, disminuyó la participación de este tipo de puestos en el total. Por otro lado, estos cargos desempeñan sus funciones en línea con el modelo de organización de los servicios. Cabe resaltar que dentro del modelo de atención, las EOD cumplan el rol crítico de planificar, optimizar y redistribuir los factores de producción dentro de su red. Esto permite optimizar la asignación de recursos humanos dentro de su red y evitar falta o exceso de stocks y caducidad de medicamentos e insumos.

Existe gran dispersión en la productividad de los establecimientos de salud y de su recurso humano asistencial

Existe una alta dispersión en la productividad de los establecimientos dentro de cada nivel de atención que sugiere posibilidades de mejoras en la eficiencia a partir de la reasignación del personal. Para un grupo de establecimientos ubicados en lugares no aislados se registran altos gastos en personal en relación con su producción. La optimización en la asignación del personal entre unidades de salud de un mismo nivel de atención permitiría atender mejor a la población donde existe saturación de servicios y disminuir la cantidad de personal donde existe escasa demanda. Cabe mencionar que para comparar entre niveles sería necesario incorporar los datos de intervenciones médicas y quirúrgicas, los cuales no se encontraban disponibles al momento de realizar el estudio.



Plan de acción a corto y mediano plazo

A fin de implementar las opciones que surgen de este estudio, se sugiere un plan de acción a corto y mediano plazo. (Tabla 30)

Tabla 30 PLAN DE ACCIÓN A CORTO Y MEDIANO PLAZO		
Objetivo	Acciones	Entidades
Corregir el desbalance en la composición del recurso humano	Priorizar la contratación de enfermeras calificadas.	MSP.
Optimizar la distribución de servicios de salud	Indagar la situación de aquellos establecimientos de salud con producción documentada muy alta, baja o nula. Concentrar servicios en aquellas instancias donde se pueden obtener economías de escala y no se afectaría el acceso de la población, por ejemplo, los servicios odontológicos y los establecimientos urbanos con baja producción.	MSP.
Optimizar la asignación del recurso humano	Priorizar la asignación de personal a lugares con alta demanda. Corregir el exceso de personal en zonas de poca demanda, en cuanto no afecte el acceso a servicios para la población.	MEF y MSP.
Mejorar los sistemas de gestión de compras de insumos (medicamentos y insumos médicos)	Incluir el código de la entidad hasta el nivel EOD como campo requerido en los formularios y la base SERCOP. Usar PDF o formularios estandarizados de solicitud de compra. Estandarizar la clasificación de los productos entre medicamentos e insumos médicos. Estandarizar el listado de productos y códigos correspondientes. Incorporar la descripción de los productos para que el usuario (comprador) no tenga que registrarla manualmente. Corregir la clasificación de vacunas en la base SERCOP. Monitorear y publicar los precios, cantidades y entidades compradoras para las subastas inversas electrónicas institucionales. Ampliar y mejorar el funcionamiento del catálogo electrónico de medicamentos: acortar el período de vigencia del catálogo para atraer más proveedores.	SERCOP.

Objetivo	Acciones	Entidades
Mejorar los sistemas de gestión y monitoreo de servicios terciarizados	Digitalizar el sistema de referencias a la RPC, así como los sistemas de cuentas. Transparentar los costos de la atención en la RPC, usuarios y proveedores. Priorizar/optimizar la terciarización en función de los costos relativos en el MSP y en el sector privado. Transparentar los subsidios a SOLCA.	MSP.
Mejorar los sistemas de gestión y monitoreo de los recursos humanos	Incorporar el registro del establecimiento de salud (unicódigo) donde el recurso humano presta servicio de manera permanente al SPRYN. Desarrollar un sistema integrado de planificación y monitoreo de los profesionales de la salud y de su movilidad, respondiendo a las necesidades reales en territorio.	MEF y MSP.
Mejorar la gestión de la producción de servicios	Digitalizar la producción de procedimientos médicos, quirúrgicos y diagnósticos. Desarrollar un sistema de análisis de los servicios de salud. Desarrollar un plan maestro de la infraestructura de salud que permita optimizar los lugares de entrega de servicios tanto en términos de acceso como de calidad de la atención.	MSP.

Queda aún pendiente la implementación de sistemas de financiamiento más modernos para respaldar las innovaciones en el modelo de atención de salud. Si bien se evidenciaron innovaciones en el modelo de atención, desde la perspectiva del financiamiento el mecanismo de asignación continuó bajo la misma lógica tradicional “por presupuesto histórico”, sin separar la función de “compra” de la función de producción de servicios de salud. Alinear la producción de servicios con las necesidades de la población depende en gran parte de la motivación propia del personal, ya que los incentivos financieros actuales no apoyan este alineamiento. A largo plazo, para mejorar la eficiencia del gasto se deberán desarrollar mecanismos de “compra estratégica” que permitan al financiador público orientar a la provisión de servicios a través de su poder financiero. Aunque este tema quede fuera del alcance de este estudio, una posibilidad sería introducir mecanismos de financiamiento alternativos, tales como por ejemplo el pago capitado con ajustes de calidad en el primer nivel de atención.

Más allá de la implementación de nuevos mecanismos de financiamiento en el MSP, un tema clave a resolver dentro del sistema de salud es la optimización y articulación del financiamiento de la seguridad social, en particular el IESS. Aunque en este estudio no se pudo analizar ni el financiamiento ni la provisión de servicios de salud del IESS debido a la imposibilidad de acceder a los datos, es un paso necesario para lograr una visión comprensiva del estado del sistema nacional de salud.

ANEXOS

Anexo 1: Tablas y figuras anexas

Tabla - Anexo 1 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RIPS, POR ENTIDAD Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO												
Nivel de atención	Tipología	Red pública integral de salud							Red complementaria			Total
		MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL	Mins. Just	Fisco-mi	GAD	Solca	Junta	Otros	
Primer nivel de atención	Puesto de salud	447	657	10	7	49	0	1	0	0	4	1.175
	Consultorio General	2	1	39	2	1	12	33	3	0	67	160
	Centro de salud (sin tipo)	1.087	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1.091
	Centro de salud tipo A	299	20	28	15	3	0	24	4	0	47	440
	Centro de salud tipo B	55	28	10	25	3	0	6	1	0	24	152
	Centro de salud tipo C-materno infantil y emergencia	28	4	0	0	0	0	0	0	0	2	34
	Unidades anidadas	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21



Nivel de atención	Tipología	Red pública integral de salud							Red complementaria			Total
		MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL	Mins. Just	Fisco-mi	GAD	Solca	Junta	Otros	
Segundo nivel de atención	Consultorio de especialidades clínico quirúrgico	1	0	0	0	0	1	1	0	0	9	12
	Centro de especialidades	0	14	3	2	0	2	3	2	1	67	94
	Centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital de día)	1	16	0	0	0	0	1	0	0	14	32
	Hospital básico	84	7	8	0	0	4	1	0	0	13	117
	Hospital general	31	14	4	1	0	0	0	0	0	5	55
Tercer nivel de atención	Centros especializados	25	2	2	0	0	1	12	1	0	31	74
	Hospital especializado	12	0	0	0	0	0	1	9	3	3	28
	Hospital de especialidades	3	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Ss. Apoyo y móvil	Subtotal establecimientos	2.096	766	105	53	56	20	86	20	5	287	3.494
	Servicios de Apoyo	16	36	1	3		2	8	0	1	71	138
	Ss. De atención de salud móvil	567	110	33	11		0	24	7	5	54	811
	Subtotal apoyo y móvil	583	146	34	14		2	32	7	6	125	949
Total		2.679	912	139	67	56	22	118	27	11	412	4.443

Fuente: elaboración propia con base en datos GeoSalud accedida en febrero 2019.



Tabla - Anexo 2
CONTRATACIÓN PÚBLICA POR SECTORES DE GOBIERNO
(EN MILLONES DE USD)

Sector	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Administración del estado	4.279	3.046	2.333	1.598	1.695	1.982
GAD municipales	1.537	1.051	1.435	1.178	1.298	1.770
Empresas públicas de la función ejecutiva	2.920	2.019	1.575	2.009	1.084	1.084
GAD provinciales	424	497	483	376	436	623
Entidades de la seguridad social	358	430	494	909	426	545
Empresas públicas de los GAD	476	557	470	469	413	450
Soc. Anónimas con participación pública	589	283	202	142	254	304
Entidades de educación superior	130	182	243	120	101	137
GAD parroquiales/rurales	74	70	98	58	70	91
Entidades financieras públicas	69	70	71	66	51	58
Otros	57	26	52	18	124	20
Total	10.914	8.231	7.456	6.943	5.952	7.064

Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP.

Tabla - Anexo 3
COMPARACIÓN DE GASTOS EN MEDICAMENTOS REGISTRADOS
EN SERCOP Y PGE. 2015-2018

Tipo de entidad	SERCOP	PGE	SERCOP	PGE	SERCOP	PGE	SERCOP	PGE
MSP planta central	12	24	13	20	16	75	16	21
Entidad adscrita al MSP (agencias & institutos)	0	2	0	1	0	1	0	0
Coordinación zonal de salud	1	1	0	0	0	0	0	0
Dirección distrital de salud	49	58	40	45	35	48	36	48
Hospitales y centros de salud con EOD propia	60	86	66	75	55	75	59	73
Otros	3							
Total	125	171	119	141	107	198	111	142

Fuente: elaboración propia con base en datos SERCOP y PGE. Cifras presentadas en millones de USD.

Tabla - Anexo 4
MONTOS TOTALES COMPRAS A TERCEROS SEGÚN FECHA
DE PRESTACIÓN Y FECHA DE PAGO

	Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Sin datos/ gecha pago	Total
Fecha de presentación del servicio	2010		0										0
	2011	1	11					0	3				16
	2012			8	3	7	7	1	0	0	0	2	28
	2013		0	0	38	87	18	6	1	0	0	10	159
	2014		1			114	106	19	0	0	0	0	240
	2015					0	77	179	7	1	0	0	264
	2016						0	113	132	2	1		249
	2017								144	137	4		285
	2018									126	123		249
	2019										17		17
Total		1	12	8	41	208	207	318	287	266	145	12	1.507

Notas: *Fecha del pago se refiere a la fecha registrada en el Comprobante Único de Registro (CUR).

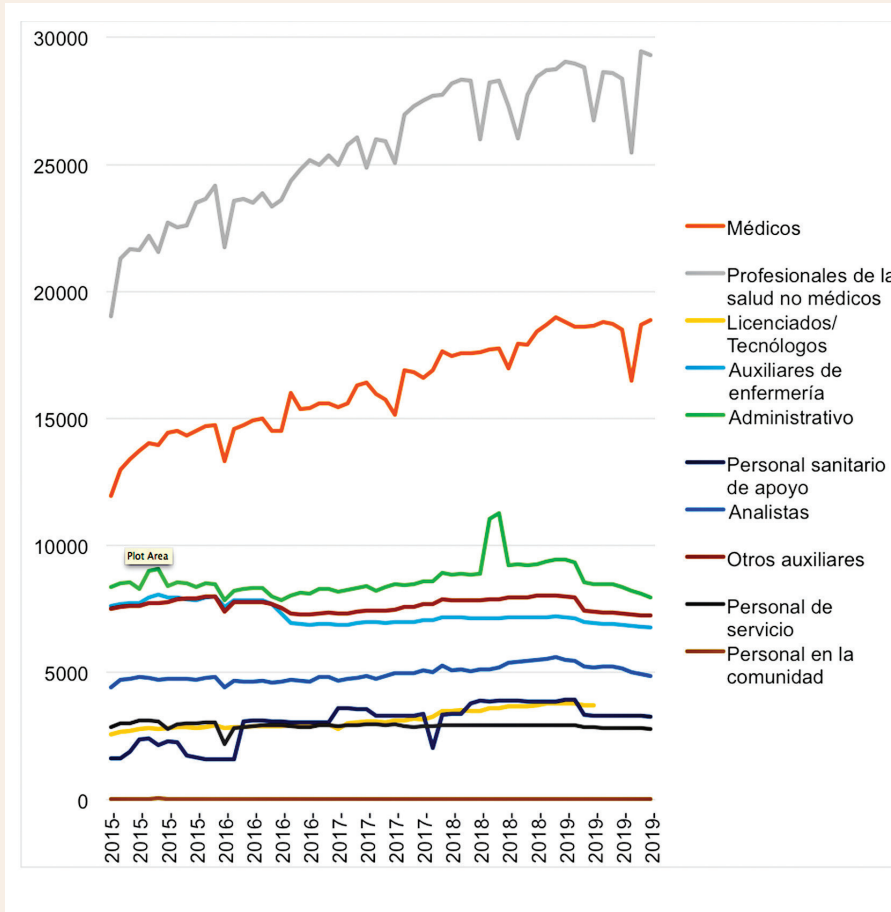
Cifras presentadas en millones de USD.

Fuente: elaboración propia con base en datos brindados por la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud. Subsecretaría de Gobernanza. MSP.



Figura
anexo 1

CARGOS DEL SECTORIAL 12 (SALUD), MENSUAL.
ENERO 2015-OCTUBRE 2019



Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Tabla - Anexo 5
NÚMERO DE PUESTOS POR TIPO (DESAGREGADO). 2015-2019

Descripción	Descripción desagregada	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10	Cambio 2019/15
Médicos	Médico general/familiar	6.952	8585	10.149	11.267	11.168	11.212	+61%
	Médico/especialista pediatra	427	655	763	892	960	950	+122%
	Médico gineco/obstetra	370	596	678	806	869	830	+124%
	Otros médicos o especialistas	4.209	3.471	3.852	4508	5792	5.873	+40%
Profesionales de la salud no médicos	Enfermeras/os	10.136	1.1264	14.301	16.252	16.888	16.749	+65%
	Obstetrices	1.713	1.976	1.853	2.267	2.346	2.007	+17%
	Odontólogos/odontopediatras	2.536	2.712	3.154	3.251	3.375	3.686	+45%
	Internos rotativos (sin descripción)	2.291	2.833	3.004	2.960	2.739	3.422	+49%
	Otros profesionales de la salud no médicos	2.352	2.956	2.656	3.444	3.698	3.433	+46%
Licenciados/tecnólogos	Tecn. radiología	125	99	84	43	41	34	-73%
	Tecn. médico	1.458	2.051	2.290	2.865	3.112	3.010	+106%
	Tecn. laboratorio	463	372	268	355	369	365	-21%
	Tecn. otros	524	294	130	234	266	244	-53%
Auxiliares de enfermería Otros auxiliares	Auxiliares de enfermería	7.639	7.599	6.897	7.182	7.181	6.779	-11%
	Auxiliar radiología	35	40	36	86	80	71	+103%
	Auxiliar laboratorio	347	390	371	434	454	397	+14%
	Auxiliar: otro	7.113	6.959	6.920	7342	7.473	6.775	-5%
Personal sanitario de apoyo administrativos	Sanitario de apoyo (TAP)	26	62	1.555	1.544	2.069	2.068	+7854%
	Trabajador sanitario	1601	1.516	2.033	1.829	1.885	1.199	-25%
	Directivo/gerente/administrador: NJS	226	377	486	423	471	384	+70%
	Otros administrativos	8.149	7.474	7.713	8416	8.964	7573	-7%



Descripción	Descripción desagregada	2015-01	2016-01	2017-01	2018-01	2019-01	2019-10	Cambio 2019/15
Analistas en proc. de salud	Analistas en procesos de salud	4.407	4.411	4.683	5.091	5.500	4.883	+11%
Personal de servicio	Personal de servicio	2.843	2.185	2.906	2.920	2.916	2.793	-2%
Personal en la comunidad	Personal en la comunidad	15	14	16	15	15	15	0%
Total mensual	Total	65.957	68.891	76.798	84.426	88.631	84.752	+28%

Notas: internos rotativos (sin descripción) se refiere al grupo de internos rotativos que no cuenta con denominación del puesto para ser clasificado (y en cambio sólo se describe como Interno Rotativo). El resto de los internos rotativos están clasificados dentro de las categorías de enfermeras, obstétricas, etc. Los administrativos NJS se refieren a aquellos que son de nivel jerárquico superior. Las cifras se presentan a enero de cada año. Fuente: elaboración propia con base en SPRYN.

Anexo 2: Algoritmo de asignación del recurso humano por tipo de unidades/niveles de atención

1. Variables utilizadas: UNIDADOPERATIVADONDELABORA & AREADONDELABORA reportadas en el posicional.
2. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “nombre de establecimiento” --> se asigna a “Establecimiento” y se le asocia unicódigo correspondiente.
3. En caso de no poder asociar “nombre establecimiento” con “unicódigo” se clasifica como “Establecimiento sin unicódigo”.
4. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “campo vacío” & EOD: es un hospital--> se asigna a “Establecimiento” y se le asocia unicódigo correspondiente a EOD hospital.
 - a. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “DIRECCION DISTRITAL” --> se asigna a “Distrito”
 - b. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “AMBULANCIA ó UNIDAD MOVIL ó ECU 911” --> se asigna “Ambulancia/ECU911”.
 - c. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “hospital neumológico Alfredo J. Valenzuela” el hospital fue cerrado a fines de 2017 por el mal manejo de desechos por Acess aunque la EOD tiene a su cargo 339 puestos. Para asignar estos puestos se utilizó la variable & AREADONDELABORA. Si & AREADONDELABORA: ==”nombre de un hospital/centro” --> se asigna el unicódigo correspondiente a ese hospital/centro. Para los casos donde AREADONDELABORA no contiene nombre de hospital/centro, quedan sin asignar.

d. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “campovacío” & AREADONDELABORA contiene “INTERNADO ROTATIVO EN HOSPITALES” --> se asigna “Inter. Rotativo sin identif. hosp”. Notas sobre Internos Rotativos:

- El total de internos rotativos es de 5.415 de los cuales:
 - 1.528 tienen indicado la UNIDADOPERATIVADONDELABORA a la que se pudo asignar un unicódigo (hospital específico) y son todos a la Zonas 1 & Zona 2. Estos internos rotativos están asignados a los hospitales informados (con unicódigos).
 - 2.500 no tienen indicado la UNIDADOPERATIVADONDELABORA (campo vacío) pero en la EOD contienen el nombre del hospital y son todos de la Zona 3. Estos internos rotativos están asignados a los hospitales informados (con unicódigos)
- Los restantes 4.374 están asignados a la clasificación “Internado Rotativo sin identificar hospital” que se refiere a los casos donde la zona no indicó cuál es el hospital donde está el interno rotativo (i.e UNIDADOPERATIVADONDELABORA ==campo vacío) y la EOD es la ZONA. Las zonas que registraron de ésta manera fueron Zona 4, 5, 6, 7, 8 y 9.
- Esto sugiere que la manera en que se informó al internado rotativo varía según la zona analizada.

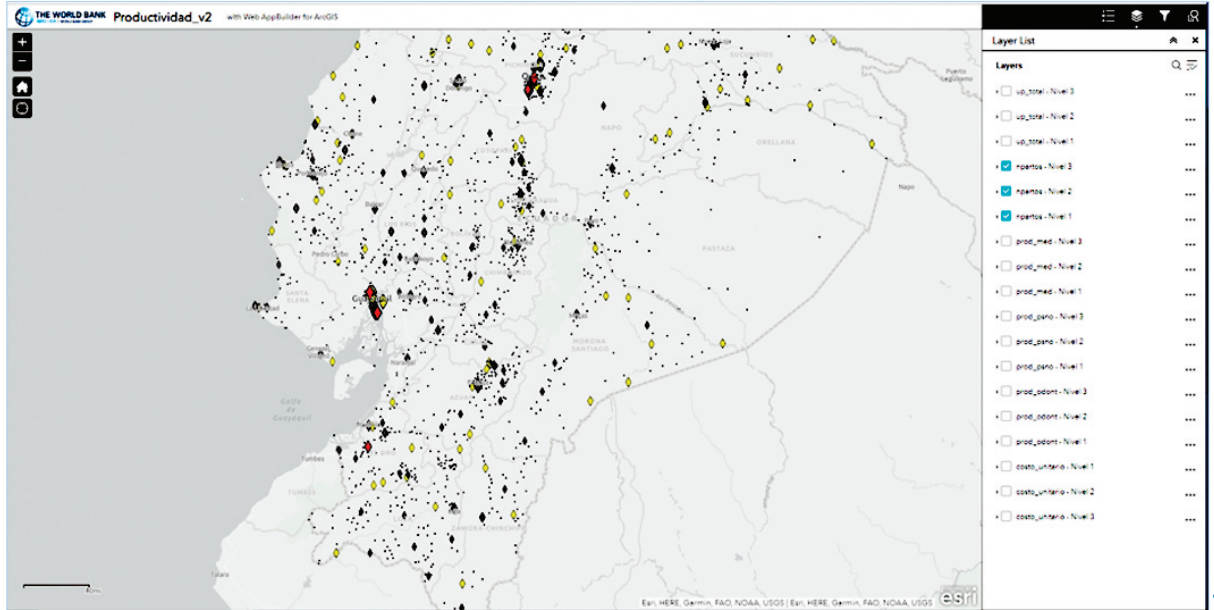
5. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “ZONA” --> se asigna “Zona/Dir. Zonal”.

6. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “campo vacío” & AREADONDELABORA contiene la palabra “ZONAL” (por ejemplo, Dirección Zonal, Administración Zonal) --> se asigna “Zona/Dir. Zonal”.

7. SI UNIDADOPERATIVADONDELABORA contiene “campo vacío” & AREADONDELABORA no contiene ni denominación zonal ni distrital & EOD es ZONA --> se asigna “Zona/Dir. Zonal”.



Anexo 3: Aplicación (app) de visualización de los indicadores de producción y productividad



Propósito de la aplicación

La aplicación “productividad_v2” es una aplicación de acceso restringido que permite visualizar en un mapa los principales indicadores analizados en el Capítulo 7 de este reporte. Cada variable se dibuja en tres “capas” – una capa por cada uno de los tres niveles de atención. De esta manera se pueden visualizar de forma separada o conjunta los tres niveles.

Widget (“motores”)

Función



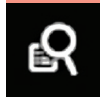
Layer List

Permite al usuario seleccionar las capas a visualizar.



Filter

Permite seleccionar establecimientos dentro de las capas, en base a sus características.



Query

Permite buscar establecimientos según parámetros de producción y productividad.

Listado de variables

Nombre de la variable	Descripción de la variable
LONGITUD	Longitud del establecimiento
LATITUD	Latitud del establecimiento
GEO_NOMBREOFICIAL	Nombre oficial del establecimiento según GeoSalud
GEO_CODIGOPROVINCIA	Código de la provincia según GeoSalud
GEO_PROVINCIA	Nombre de la provincia según GeoSalud
GEO_CODIGOCANTON	Código del cantón según GeoSalud
GEO_CANTON	Nombre del cantón según GeoSalud
GEO_ZONA	Número de la zona de salud según GeoSalud
GEO_DISTRITO	Nombre del distrito según GeoSalud
GEO_TIPOLOGIA	Tipología del establecimiento de salud
ANIOCREACION	Año de creación del establecimiento de salud
ANIODESACTIVACION	Año de desactivación del establecimiento de salud
ESTADO	Estado (activo/inactivo) del establecimiento de salud
GEO_HORARIODEATENCIÓN	Horario de atención según GeoSalud
GEO_ZONADEFRONTERA	Zona de frontera según GeoSalud
GEO_DIFÍCILACCESO	Establecimiento de difícil acceso según GeoSalud
UNICODIGO	unicódigo del establecimiento
GEO_NIVEL	Nivel de atención según GeoSalud
NP_MED	Cantidad de personal - médicos
NP_PSNMNO	Cantidad de personal - profesionales de la salud (excl. odontólogos)
NP_ODONT	Cantidad de personal - odontólogos
NP_LICTEC	Cantidad de personal - licenciados y tecnólogos
NP_AUXILENF	Cantidad de personal - auxiliares de enfermería



Nombre de la variable	Descripción de la variable
NP_OTRAUXIL	Cantidad de personal - otros auxiliares
NP_ADMIN	Cantidad de personal - administrativos
NP_ANALISTAS	Cantidad de personal - analistas
NP_SANAP	Cantidad de personal - personal sanitario de apoyo
NP_SERV	Cantidad de personal de servicio
NP_COM	Cantidad de personal en la comunidad
NP_OTROS	Cantidad de personal - otros auxiliares
G_RMU	Gasto mensual en remuneraciones básicas (USD)
UNIDADOPERATIVADONDELABORA	Nombre del establecimiento en el relevamiento especial MSP abril 2019
N_OD_CUR	Número de visitas odontológicas curativas
N_OD_MIX	Número de visitas odontológicas mixtas
N_OD_PREV	Número de visitas odontológicas preventivas
N_OD_SINTIP	Número de visitas odontológicas sin tipo
N_OD_TOT	Número de visitas odontológicas total
N_MED_CUR	Número de visitas médicas curativas
N_MED_MIX	Número de visitas médicas mixtas
N_MED_PREV	Número de visitas médicas preventivas
N_MED_SINTIP	Número de visitas médicas sin tipología
N_MED_TOT	Número de visitas médicas total
N_EM_AT	Número de atenciones de emergencia
N_EM_ING	Número de ingresos de emergencia
N_EM_TOT	Número de emergencias total
N_EG	Número de egresos hospitalarios
N_HDIAS	Número de días de hospitalización

Nombre de la variable	Descripción de la variable
N_PARTOS	Número de partos
UP_MED	Unidades de producción de servicios médicos
UP_OD	Unidades de producción de servicios odontológicos
UP_TOTAL	Unidades de producción de servicios médicos y odontológicos
PROD_MED	Productividad de médicos
PROD_PSNO	Productividad de profesionales de la salud (excl. odontólogos)
PROD_ODONT	Productividad de odontólogos
PROD_TOTAL	Productividad total
G_RMU_MILES	Gasto mensual en remuneraciones básicas (USD 1.000)
COSTO_UNITARIO	Costo en remuneraciones básicas por unidad de servicios médicos y odontológicos
NIVEL_PLUS	Nivel de atención, con desagregación del nivel I



BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional del Ecuador. 2008. “Constitución del Ecuador”. https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf.
- _____. 2010. “Ley Orgánica de Servicio Público, LOSEP”. Quito, Ecuador.
- Contraloría General del Estado del Ecuador. 2018. “Informe General: Servicio Nacional de Contratación Pública”. DNA-1-0057-2018. Quito, Ecuador. <https://www.contraloria.gob.ec/WFDescarga.aspx?id=57054&tipo=inf>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. 2017. “GBD Compare”. 2017. <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>.
- Instituto Ecuatoriano del Seguro Social. 2010. “Ley S/N - Ley Reformatoria a La Ley de Seguridad Social”. Registro Oficial, Nro. Suplemento Nro. 323 (November). https://socialprotection-humanrights.org/wp-content/uploads/2017/06/2010_ref.leyseg.social_ecu.pdf.
- _____. 2019. Seguro Campesino. 2019. <https://www.iess.gob.ec/es/seguro-campesino>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, Ecuador. 2012a. “¿Cómo crecerá la población en Ecuador?” Quito, Ecuador. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf.
- _____. 2012b. “Boletín: En El 2010 Seremos 23.4 Millones de Ecuatorianos: INEC Presenta Sus Proyecciones Poblacionales”. Quito, Ecuador. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/Proyecciones.pdf.
- _____. 2015. “Compendio de Resultados: Encuesta Condiciones de Vida ECD: Sexta Ronda 2015”. Quito, Ecuador. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf.
- _____. 2017. “Anuario de Estadísticas Vitales”. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec//anuario-de-nacimientos-y-defunciones/>.
- _____. 2019. “Nacimientos y Defunciones: Bases de Datos”. 2019. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-bases-de-datos/>.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), and Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP), eds. 2018. “Compra Pública de Medicamentos en los Países de UNASUR”. https://subastademedicamentos.compraspublicas.gob.ec/pdf/LIBRO_UNASUR_MARZO_13_2018.pdf.

- Ministerio de Economía y Finanzas del Ecuador. 2012. “Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas”. Quito, Ecuador. https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/CODIGO_PLANIFICACION_FINAZAS.pdf.
- Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador. 2017. “Clasificador presupuestario de ingresos y gastos del sector público”. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2012. “Convenio Marco de La Red Pública Integral de Salud”. 0000011. Quito, Ecuador. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/CONVENIO%20MARCO%20RED%20PUBLICA%20DE%20SALUD.pdf>.
- _____. 2013a. “Lineamientos Para La Organización de Los Establecimientos de Salud Del Ministerio de Salud Pública En Zonas y Distritos”. Quito, Ecuador. <http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/acuerdosM/4521.pdf>.
- _____. 2013b. “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud -MAIS”. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/manual_mais_2013_modificado.pdf.
- _____. 2014a. “Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional Por Procesos Del Ministerio de Salud Público”.
- _____. 2014b. “Tipología Sustitutiva Para Homologar Los Establecimientos de Salud Por Niveles de Atención y Servicio de Apoyo Del Sistema Nacional de Salud”. Acuerdo Ministerial 05212. Quito, Ecuador. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>.
- _____. 2016a. “Norma Técnica de Relacionamiento Para La Prestación de Servicios de Salud Entre Instituciones de La Red Pública Integral de Salud y de La Red Privada Complementaria, y Su Reconocimiento Económico”. 0137-2016. Quito, Ecuador. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0137_2016%2008%20dic.pdf.
- _____. 2016b. “Normativa Sanitaria Para La Emisión Del Permiso de Funcionamiento de Los Establecimientos de Salud Públicos y Privados Del Sistema Nacional de Salud, Servicios de Atención Domiciliaria de Salud, Establecimientos Que Prestan Servicios de Apoyo Indirecto y Empresas de Salud y Medicina Prepaga”. Acuerdo Ministerial 0.079. Quito, Ecuador.
- _____. 2018. “Norma para la selección y adquisición de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y y de la Red Privada Complementario (RPC)”. 0217-2018. Quito, Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Norma-para-selecci%C3%B3n-de-servicios-y-adquisi%C3%B3n-de-servicios-de-Salud-RPIS-y-RPC.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública, Ecuador. 2017. “Aprobación Del Documento Técnico Denominado ‘Perfil Profesional Del Obstetra/Obstetiz.’” Acuerdo Interinstitucional No. 0119-2017. Quito, Ecuador. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0119_2017%20ago%2025.pdf.



- Panamerican Health Organization, Ecuador. 2014. “La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas | OPS/OMS”. Pan American Health Organization / World Health Organization. November 13, 2014. http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2009. “Plan Nacional de Desarrollo, Plan Nacional para El Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural”. Segunda Edición. Quito, Ecuador. http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf.
- _____. 2012. “Niveles Administrativos De Planificación”. Acuerdo -557 Publicado En Edición Especial N° 290 - Registro Oficial”. Quito, Ecuador. http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/REGISTRO-OFICIAL_DISTRITOS-Y-CIRCUITOS.pdf.
- World Bank. 2019. “World Development Indicators | DataBank”. 2019. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>.
- World Health Organization. 2015. “WHO Statement on Caesarean Section Rates”. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=D8892E4F90F13701407E730C62CA1EE9?sequence=1.
- _____. 2016. “WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience”. Geneva, Switzerland. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=952DF15A536781FC774F784340F477B0?sequence=1>.
- _____. 2018. “WHO | BCG Vaccine”. WHO. 2018. <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/bcg/en/>.
- _____. 2019a. Global Health Observatory (GHO) Data: Density of Nursing and Midwifery Personnel. 2019. https://www.who.int/gho/health_workforce/doctors_density/en/.
- _____. 2019b. Global Health Observatory (GHO) Data: Density of Medical Doctors. 2019. https://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/.



La medición de la eficiencia en la asignación y en el uso de recursos públicos es el primer paso para identificar la existencia de posibles mejoras en la producción de bienes y servicios. Este estudio es una primera aproximación en la medición de la eficiencia en el sector salud del Ecuador, y en particular en el subsistema de provisión del Ministerio de Salud Pública (MSP) . En base a datos oficiales se analiza, a nivel de establecimiento de salud, simultáneamente el gasto (recursos financieros) y la producción que este gasto genera. El estudio se complementa con una aplicación que permite al hacedor de política realizar fácilmente consultas a la base de datos, identificar mejoras en la asignación de recursos y tomar decisiones informadas. Si bien es una herramienta por el momento estática, ya que no se alimenta dinámicamente con nueva información, los datos primarios utilizados sí se registran mensualmente por distintos ministerios y podrían alimentar y actualizar la base de datos en forma continua. Cabe destacar que estos datos primarios son de carácter inéditos en el sentido que no han sido previamente explotados de una manera integrada. Esta integralidad es la que permite tener una visión más completa sobre qué recursos se están priorizando, cómo se están combinando y cuánto se está produciendo.