

Francisco Enríquez Bermeo
Editor

La calidad del gasto público a debate

Serie Economía y Territorio N° 3



2019

La calidad del gasto público a debate / editado por Francisco Enríquez Bermeo. Quito : Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador - CONGOPE : Ediciones Abya Yala : Incidencia Pública del Ecuador : El Instituto de Trabajo y Economía - ITE. 2019

viii, 183 páginas : cuadros, figuras, gráficos, tablas. - (Serie Economía y Territorio ; 3)

Incluye bibliografía

ISBN: 9789942096630

GASTOS PÚBLICOS ; ECONOMÍA ; ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ; INVERSIÓN ; FINANZAS PÚBLICAS ; POLÍTICAS PÚBLICAS ; RECESIÓN ECONÓMICA ; ECUADOR ; AMÉRICA LATINA. I. ENRÍQUEZ BERMEO, FRANCISCO, EDITOR
.39 - CDD

Primera edición: 2019

© **Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador – CONGOPE**

Wilson E8-166 y Av. 6 de Diciembre

Teléfono: 593 2 3801 750

www.congope.gob.ec

Quito-Ecuador

Ediciones Abya Yala

Av. 12 de Octubre N24-22 y Wilson, bloque A

Apartado Postal: 17-12-719

Teléfonos: 593 2 2506 267 / 3962 800

e-mail: editorial@abyayala.org / abyayalaeditorial@gmail.com

Quito-Ecuador

Incidencia Pública Ecuador

Calle San Luis Oe8-78

San Francisco de Pinsha, Cumbayá

Teléfono: 593 999 012 226

e-mail: incidenciapublica.ecuador@gmail.com

Quito-Ecuador

El Instituto de Trabajo y Economía - ITE

Carlos Calvo 1378

Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Argentina

Coordinador general de la serie: Francisco Enríquez Bermeo

Edición: Francisco Enríquez Bermeo

Corrección: Isángela Ediciones

Diseño y diagramación: Antonio Mena

Impresión: Ediciones Abya Yala, Quito-Ecuador

ISBN: 978-9942-09-6630

Tiraje: 1000 ejemplares

Impreso en Quito-Ecuador, octubre 2019

Las opiniones de los autores no reflejan la opinión de las instituciones que patrocinan o auspician la publicación.

Este trabajo se llevó a cabo con una subvención del Consorcio de Gobiernos Autónomos Provinciales del Ecuador – CONGOPE

Serie Economía y Territorio

Es un espacio creado por el CONGOPE e Incidencia Pública para debatir entre los gestores de la política pública, la academia y la sociedad civil sobre el desarrollo desde una perspectiva económica y territorial.

Índice

Presentación	VIII
<i>Pablo Jurado Moreno</i>	
Introducción	1
<i>Francisco Enríquez Bermeo</i>	
Calidad en la inversión social: la Asignación Universal por Hijo en Argentina	5
<i>Mara Ruiz Malec y Leandro Martín Ottone</i>	
Presupuesto por resultados: una posibilidad en un escenario de ajuste	45
<i>Diego Martínez Echeverría y Tathiana Borja Rivadeneira</i>	
La sostenibilidad del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS	85
<i>Meitner Cadena Cepeda</i>	
Calidad de las finanzas públicas y el sector salud en Ecuador	113
<i>Francisco Enríquez</i>	
La política fiscal en Ecuador: ¿es siempre procíclica?	149
<i>Segundo Camino-Mogro y Fausto Ortiz</i>	
Anexo	
Economía mundial y crisis financiera, riesgos actuales y futuras predicciones	169
<i>Steve Keen</i>	

Calidad de las finanzas públicas y el sector salud en Ecuador

Francisco Enríquez Bermeo*

Resumen

Qué son las finanzas públicas, para qué sirven, su calidad; estos son los temas que se aborda en el artículo inicialmente. Luego se pasa a observar cómo en América Latina, en general, las finanzas públicas no son de calidad, puesto que muestran una serie de deficiencias expresadas en inequidad, ineficiencia y poca efectividad, aspectos de los cuales el Ecuador no está exento. Se analizan algunas variables del sector salud y se observa la presencia de dos servicios fragmentados y poco complementados, como son el IESS y el Ministerio de Salud Pública (MSP), que en algunos casos duplican los servicios. Se proponen algunas líneas de reforma de las finanzas del sector, particularmente del MSP, cuya finalidad es establecer una relación más adecuada entre oferta y demanda de los servicios de salud.

Palabras claves: finanzas públicas, racionalidad del gasto, reasignación de recursos, oferta y demanda de servicios de salud

* Economista, investigador del Departamento de Estudios Políticos de FLACSO Ecuador. fenriquez@flacso.edu.ec

Qué son y para qué sirven las finanzas públicas

Las finanzas públicas son una consecuencia y a la vez un reflejo de la evolución del Estado, por lo que en cada época han tenido diferentes significados. Desde finales del siglo XIX, las finanzas públicas se enmarcaban bajo los principios de justicia social y una mejor distribución del ingreso, manteniendo la vigencia de la economía de mercado. Se trataba de principios inspirados en el Estado del bienestar surgido en Europa en ese período. Posteriormente, con la crisis de los años 30 del siglo XX, el apareamiento del keynesianismo lleva a adoptar unas finanzas públicas y una política fiscal más activa.

A pesar de que existen diferentes definiciones de las finanzas públicas, hay dos elementos presentes en todas ellas: el gasto y los ingresos públicos. Para Legorreta Ito (citado por Alexa Diago, 2015: 6) las finanzas públicas son “la ciencia que se ocupa de estudiar la captación y administración de los recursos monetarios por el sector público y de sus efectos en el ámbito económico y social de un país”.

Las finanzas públicas son la forma cómo se provee de recursos el Estado y sus distintos niveles de gobierno y la manera en que se los distribuye en beneficio de la comunidad, en función de ciertas políticas. En torno a ellas se estudian los instrumentos operacionales de los ingresos y egresos del sector público y el impacto que causan en todas las esferas de la producción y el consumo de la economía nacional. En ese sentido las finanzas públicas tienen una función social, dado que se proponen beneficiar a la comunidad. Su sostenibilidad depende de la generación de recursos actuales y futuros, que permitan financiar su gestión gubernamental, los servicios públicos, las deudas y obligaciones contraídas, sin comprometer el patrimonio económico del país.

Fue en el siglo XX cuando se delimitó un nuevo pensamiento en la organización y competencia del Estado a propósito de las finanzas públicas, principalmente como consecuencia de un incremento importante de la renta estatal derivada de las necesidades financieras crecientes del Estado y del aumento de sus gastos, y la complejidad, cada vez mayor, que fue adquiriendo la organización social surgida de una población en crecimiento.

Las políticas de las finanzas públicas se implementan a través del gasto público y los impuestos y de su relación va a depender, en parte, la estabilidad económica del país. Su principal objetivo es el pleno empleo y el control de la demanda agregada, es decir el control del total de bienes y servicios demandados por un país a un determinado nivel de precios, en un determinado período de tiempo. Cuando aumenta la oferta monetaria real,¹ significa que aumenta la riqueza de los consumidores y con ello la demanda de bienes y servicios. Así mismo, cuando se reduce el gasto público, disminuye la demanda agregada. De ahí que las finanzas públicas se centran en el estudio del rol del gobierno en la economía.

Desde el siglo XX, el principal instrumento de las finanzas públicas es el presupuesto general del Estado. Se consagra en esa condición cuando se logra plasmar, en un documento, la planificación derivada de objetivos, metas y actividades, con sus respectivos costos y fuentes de financiamiento, en donde de la relación entre ingresos, gastos y financiamiento se derivará una situación deficitaria o superavitaria.

Más recientemente, en el siglo XXI, el notable incremento de las deudas públicas, la competitividad cada vez mayor en los mercados internacionales, el surgimiento de procesos hiperinflacionarios y la presencia de crisis económicas continuas y generalizadas, en un mundo cada vez más internacionalizado, ha dado lugar a que las finanzas públicas empiecen a rebasar su carácter nacional y vayan adquiriendo también una dimensión global. A pesar de ello, los Estados nacionales y el manejo de las finanzas públicas no han dejado de tener un peso preponderante en el destino de sus economías, aunque estén más limitados por tratarse de un sistema económico interdependiente.

Todos estos hechos han motivado a que los gobiernos traten de optimizar el uso de sus recursos con la finalidad de elevar la productividad de sus finanzas públicas. No cabe duda de que el gasto público estimula el consumo, puesto que el Estado está en condiciones de generar empleo y por tanto de pagar salarios e incrementar el volumen de dinero en la sociedad.

¹ La oferta monetaria real es el volumen de dinero disponible en la economía de un país; corresponde al efectivo en poder del público (familias y empresas) y a los depósitos.

Desde el último cuarto de siglo del siglo anterior, se produce en la sociedad un gran debate en torno a cuáles deberían ser específicamente las funciones del Estado. Los neoclásicos, ortodoxos o neoliberales parten de la idea de que el mercado es un orden natural de la sociedad, donde los agentes son seres racionales que actúan de manera individual buscando maximizar su ganancia y utilidad (Giraldo, 2009). El gobierno no debe intervenir más que en la administración de la justicia, en la seguridad interna y externa y en el cumplimiento de una función redistributiva que reasigna recursos para corregir las distorsiones del mercado. Esta última función de las finanzas públicas, aunque necesaria, no deja de ser vista por los mismos neoclásicos como un factor de distorsión del mercado, ya que el Estado obtiene recursos de los agentes económicos a través del cobro de impuestos, que luego se reasignan mediante el gasto público por fuera de la asignación que hace el mercado. De acuerdo a Vito Tanzi, funcionario de la CEPAL a fines del siglo pasado, y que forma parte de esa corriente “un sector público eficiente debería poder alcanzar los objetivos del Estado, con la menor distorsión posible del mercado, con la carga tributaria más baja posible sobre los contribuyentes, con el menor número posible de empleados públicos y con la menor absorción posible de recursos económicos por el aparato público” (Tanzi y Zee, 1997: 7). Por ello “un sector público de elevada calidad debe descansar en un sistema tributario eficiente y un sistema de egresos que minimice el gasto ineficiente e improductivo” (Tanzi y Zee, 9: 1997).

Los neoestructuralistas o heterodoxos proponen en cambio un rol más activo del Estado en la economía, que implica una mayor intervención. Para ello el Estado debe, por un lado, proveerse de recursos suficientes que le permitan proporcionar servicios que satisfagan las necesidades básicas de la comunidad, principalmente de los más vulnerables y, por otro, debe regular el mercado a fin de impedir manipulaciones o distorsiones provocadas por grandes monopolios, además de ejercer un mayor control para evitar los actos de corrupción, cada vez más frecuentes, provocados, en muchos casos, por grandes empresas en asocio con altos funcionarios públicos en un ambiente de baja regulación gubernamental.

Si una de las actividades más importantes de las políticas de las finanzas públicas es garantizar la provisión de servicios públicos con los que

se busca satisfacer las necesidades de la sociedad, el Estado entonces es el principal depositario del interés público (para muchos el único); es la representación de lo público en un país.

La calidad de las finanzas públicas

La calidad de las finanzas públicas debe estar asociada a una estrategia económica de desarrollo sostenible del país, en donde el Estado, con su presupuesto, garantice a la población el acceso a servicios de salud, educación y otros que protejan y desarrollen las capacidades humanas. Debe además dotar de infraestructura física (vías, puertos, aeropuertos, generadoras de energía, refinerías de petróleo, etc.), financiar la investigación científica y técnica, reducir la pobreza hasta erradicarla, fortalecer la cohesión social y preservar y remediar el ambiente, procurando un crecimiento sostenido de la producción y el empleo. Para eso debe crear o fortalecer un sistema tributario moderno que provea al Estado de recursos suficientes con los que pueda cumplir su responsabilidad frente al desarrollo nacional.

La calidad del gasto público se refleja en logros macroeconómicos y de política fiscal, expresados en estabilidad y crecimiento económico y equidad, que contribuyan a generar empleo, producción y riqueza. De ahí que esté asociada a aspectos de política fiscal y de gestión pública.

Si bien el crecimiento económico es importante, hay que anotar que un alto crecimiento por sí solo no mejora los resultados sociales, a la vez que buenos resultados sociales sin un crecimiento sólido resultan insostenibles (Berg, Ostry y Zettelmeyer, 2012).

No deja de ser pertinente la reflexión de quienes consideran que el crecimiento económico debe ser reconsiderado, toda vez que se sostiene, en gran medida, sobre la extracción de petróleo o minerales que están ocasionando daños irreversibles a la naturaleza y que están poniendo en riesgo la sobrevivencia de la especie y de buena parte de la vida en el planeta. De ahí las propuestas de reducir los niveles de consumo y adoptar condiciones de vida más austeras, acordes con el potencial de la naturaleza, pues los recursos que proporcionan son limitados. De no producirse ese cambio, el

riesgo es que fenómenos como el cambio climático pongan en peligro la vida de las futuras generaciones.

La calidad de las finanzas públicas está asociada a la productividad de un gobierno y de un Estado, por lo que solo puede ser entendida desde sus resultados, es decir desde su contribución al crecimiento económico sostenible, que considere el pleno empleo y la presencia de un ambiente saludable. Pero vale la pena detenerse en estas dos nociones para que no queden como enunciados generales.

La calidad de las condiciones de vida relacionada con el pleno empleo está asociada a la creación de empleo. Para ello, dos aspectos se deben cumplir: que los bienes y servicios que se produzcan no causen gran afectación al ambiente, la salud y la vida, y, que se trate de empleos en donde la temporalidad no sea el corto plazo (trabajo temporal), que cumpla además con los derechos laborales establecidos en las leyes (seguridad social, derecho a la maternidad, no trabajo infantil, etc.) y respete la igualdad de derechos laborales para los distintos géneros, razas, etnias y clases sociales.

Respecto a la segunda noción, el crecimiento económico sostenible está asociado con un ambiente saludable. No se trata de cualquier crecimiento, se trata de uno con base en la satisfacción de las necesidades actuales, pero sin comprometer los recursos y las posibilidades de vida futura, no solo humana sino también respecto a las otras formas de vida. Ese crecimiento debe considerar el menor impacto ambiental, no solo en la producción de bienes y servicios, sino también en el consumo y sus secuelas (Mlachila, 2015). Y como ya hay afectación al ambiente y a la vida en todas sus formas, se debe considerar un crecimiento que propicie la remediación, es decir la recuperación de lo perdido o dañado hasta donde sea posible, porque la afectación es tal que hay mucho de irreversible o reversible en el muy largo plazo. Hay que alcanzar el crecimiento económico, pero uno que agregue valor a bienes y servicios que recuperen la vida en la naturaleza, que eliminen o reduzcan los efectos negativos que va dejando la sociedad de consumo.

La política pública debe propiciar también el uso eficaz y eficiente de los recursos de la sociedad, desestimulando el consumo de ciertos bienes y servicios que afectan a la vida y al ambiente, más aún ahora que los recursos

públicos son escasos, consecuencia de la difícil situación fiscal, el bajo crecimiento económico, el desempleo y el incremento de la pobreza. La calidad del gasto público debe alcanzar logros macroeconómicos y de política fiscal. Por estas razones es que el concepto de calidad del gasto público ha devenido en calidad de las finanzas públicas.

Cuando la política fiscal enfatiza solo en el control cuantitativo de las finanzas públicas, no se garantiza un adecuado manejo de la economía por parte del Estado. Esa acción limitada afecta el desenvolvimiento del mercado, porque pierde de vista el impacto de las finanzas públicas sobre los objetivos del desarrollo, el crecimiento sustentable de largo plazo y la distribución equitativa del ingreso.

La calidad de las finanzas públicas no solo consiste en alcanzar y mantener una posición fiscal sólida y un nivel de deuda sostenible, resultados que además son naturales en la política fiscal, sino que además deben contribuir a que los recursos que invierte el Estado y la sociedad generen más y mejores servicios públicos, infraestructura y creen condiciones que conduzcan al crecimiento económico y del empleo, con las precisiones antes anotadas. Hay que evitar que los servicios públicos, la infraestructura y las condiciones de vida de la población se deterioren más, con el justificativo de que hay restricciones de gasto. El esfuerzo ahora es inverso: cómo mantener servicios de calidad a pesar de contar con escasos recursos.

Las reformas al sistema presupuestario, como por ejemplo el presupuesto por resultados, permitió avanzar en aspectos como contar con presupuestos plurianuales, tener sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño de las instituciones, contar con procesos de rendición de cuentas, etc. A pesar de esos avances, aún se observa que las metas y los resultados de los planes sectoriales e institucionales, están asociados más a aspectos relacionados con la cobertura y la producción de servicios públicos, que con su calidad.²

Analizar la calidad de las finanzas públicas vinculando las opciones de políticas con los resultados e impactos, requiere de indicadores que permitan medir efectividad. En educación, por ejemplo, ello se logra observando

² Lamentablemente muchas reformas de la política social existen como normativa e instrumentos, pero no cumplen o cumplen parcialmente con la función para la que fueron creadas. Por ello los servicios no tienen la calidad adecuada, no solo ahora que no hay recursos, sino incluso cuando los recursos fueron abundantes.

el gasto público en relación con los logros en conocimientos adquiridos por los estudiantes o usuarios de esos servicios.

Los riesgos en la implementación de las políticas públicas se dan cuando solo se considera el crecimiento, el número de prestaciones o la cobertura (indicador importante), pero se deja de lado otros objetivos asociados a la eficacia y la equidad. No hay que olvidar que los indicadores son solo un instrumento de análisis y que es indispensable complementarlos con estudios cualitativos.

Aspectos como la corrupción, los trámites burocráticos, la confianza en la administración de justicia, el tamaño de la economía informal son elementos centrales que también deben ser considerados en la perspectiva de brindar servicios públicos de calidad. Hay que recuperar el sentido de lo público como la mayor responsabilidad del Estado.

Los recursos públicos destinados a salud, educación, seguridad social, nutrición e inclusión social, deben contribuir a desarrollar las capacidades humanas, lo que no solo aumenta la productividad de la economía como un todo, sino también abre la posibilidad de alcanzar igualdad de oportunidades para que las personas puedan beneficiarse de los frutos de un mayor crecimiento.

Respecto a la gobernanza fiscal, que hace alusión a las instituciones, reglas y procedimientos, como indica el BID, tiene que ver además con la estructura del Estado. Hay que observar si no existen instituciones que realizan funciones similares; en muchos casos así se duplican servicios. Ocurre en el sector salud, en el cual la prestación de atenciones ambulatoria y de hospitalización, brindados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), cuentan con redes de servicios, infraestructura, instalaciones, equipamiento y personal. Si bien, en principio, tienen poblaciones objetivo distintas (IESS afiliados, MSP población en general), en mucho duplican su capacidad instalada en lugar de complementarse. Acontece que ninguna de las dos instituciones satisface las necesidades de salud de su población específica o general. Ese es un ejemplo de productividad del Estado que debe ser corregido, más aún cuando ahora el Estado y la seguridad social atraviesan por graves problemas de financiamiento, que han colapsado ciertas áreas de atención.

En muchos países de la región y de fuera de ella, existe un solo sistema nacional de salud que incluye a contribuyentes (afiliados), semicontribuyentes (por cuenta propia con capacidad de contribución) y subsidiados por el Estado. Si bien ello parece ahora imposible, la crisis de la seguridad social exige reformas radicales y una de ellas puede ser en esa dirección. Una reforma de ese tipo u otras pueden contribuir a elevar la calidad de las finanzas públicas.

Las finanzas públicas en América Latina

A pesar de que durante la primera década del siglo XXI todos los países de América Latina, con excepción de Haití, dejaron de ser de ingreso bajo y pasaron a ser países de ingreso medio, continúan las dificultades en el manejo de las finanzas públicas. Ese importante salto de la región fue consecuencia de que en la primera década del nuevo siglo, la tasa de crecimiento económico fue mayor que en las cuatro décadas anteriores. Factores como la revalorización de los *commodities*, la creación de empleos y la implementación de políticas sociales sostenidas permitieron, entre otros, dicho salto.

Por primera vez en esos años, la clase media (29%) se equiparó con la población en situación de pobreza (31%). Desde mediados de la segunda década de este siglo, cuando la economía entra en un ciclo de desaceleración, se corre el riesgo de que una parte de esa clase media vuelva a caer en la pobreza. De ahí que uno de los principales desafíos de la región sea construir políticas de seguridad social universal que protejan a los hogares y personas de una variedad de riesgos, siendo el principal el de la pobreza (PNUD, 2019).

Ese importante paso de las naciones de la región a la condición de países de desarrollo medio, ha modificado también las demandas de la población, que ahora exige más y mejores servicios públicos. El derecho universal a la educación, por ejemplo, ya no se refiere solo a la educación primaria, como lo plantearon los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ahora se demanda bachillerato completo y educación superior de tercer nivel gratuita. En salud se demandan garantías para acceder a una atención médica de mejor calidad en todos los niveles.

Pero satisfacer esas demandas se torna difícil en un contexto de contracción de los ingresos nacionales y fiscales. Las posibilidades de incrementar el gasto público son muy limitadas y difíciles, por lo que corresponde hacer más con los mismos recursos. Ello exige reasignar fondos hacia actividades que satisfagan las viejas y nuevas demandas. Uno de los riesgos mayores está en empezar a realizar grandes recortes generales de gasto, provocando efectos de contracción económica, si se trata de inversiones, o de pérdida de conquistas sociales alcanzadas en varios años, si es gasto corriente. Todo ello puede provocar tensiones sociales y pérdidas de capacidades humanas, que luego costará mucho recuperar al mismo Estado. Ello no implica que no se deba recortar el gasto público, más aún cuando en los años anteriores el aparato del Estado creció de manera significativa. Pero esos recortes deben ser muy bien analizados para no provocar daños.

Limitaciones en el manejo de las finanzas públicas

América Latina presenta varias dificultades en el manejo de las finanzas públicas. Los gobiernos usualmente priorizan los gastos actuales por sobre las inversiones cuyos resultados se pueden observar a futuro. Por ejemplo, durante los períodos de desaceleración económica, la inversión pública es la variable de ajuste, mientras que el gasto corriente muchas veces se incrementa. En los períodos de auge los gobiernos debían ahorrar, mientras en los períodos de contracción deben sostener el gasto a fin de evitar el recorte y la paralización de servicios que pueden ser fundamentales. A eso se denomina políticas contracíclicas, generalmente expresadas en la creación de fondos de ahorro constituidos en los períodos de auge. Algunos países, entre esos Ecuador, ante la falta de previsión de crear fondos contracíclicos, no han tenido otra opción que recortar sus gastos e inversiones o endeudarse para financiarlos.

De acuerdo con el BID (2018: 26), “cerca de un 75% de los países en desarrollo sigue practicando el derroche del gasto en los buenos tiempos y, por consiguiente, se ven obligados a recortar el gasto en tiempos difíciles”. “El gasto corriente en América Latina aumentó en los buenos tiempos y

disminuyó en los tiempos difíciles, y a la inversa, los gastos de capital bajaron en los malos tiempos, cuando debían crecer y subieron poco o no lo hicieron en los buenos tiempos” (41).

En los últimos 20 años, el gasto público en América Latina y el Caribe se incrementó en siete puntos porcentuales promedio y ello no debe provocar alarma, puesto que aun así América Latina y el Caribe tienen un gasto público general consolidado bajo equivalente al 29,7% del PIB. En otros países, como los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gasto asciende al 43,5% del PIB. Por supuesto que se trata de países con Estados de bienestar que garantizan a sus poblaciones cobertura universal y servicios públicos de calidad en salud y educación, fondos de pensiones para la jubilación, aunque en algunos, estos servicios han sufrido deterioro en los últimos años.

El problema en la región es más bien que dicho incremento, si bien puede reflejarse en mayor infraestructura pública y mayor cobertura de servicios, poco se observa en aumentos en la calidad de los servicios y en mayores beneficios sociales duraderos.

El gasto es desigual en la región: en los últimos años, los países que más gastaban eran Argentina, Brasil, Ecuador, Trinidad y Tobago y Uruguay (más del 35% del PIB); los países que gastaban menos eran República Dominicana y Guatemala (menos del 20%); el resto tenía un gasto intermedio (entre el 20% y el 35%). Los salarios de los empleados públicos representan el 29% del gasto en la región, más que el 24,2% de la OCDE.

En América Latina y el Caribe, el malgasto de fondos públicos en sobornos y presupuestos abultados parece ser enorme, pues llega a aproximadamente el 26% del costo de los proyectos. La corrupción en los países de la UE es un poco más moderada, 10%. Una estimación aproximada de la malversación en las adquisiciones en los países de América Latina y el Caribe es de un promedio de alrededor del 17%, lo que equivale a un malgasto del 1,4% del PIB.

El gasto salarial general del gobierno de América Latina y el Caribe representó, en promedio, el 29% del gasto público y el 8,4% del PIB, cifra superior a la de los salarios en el gasto total de los países de la OCDE (24,2% o 10,6% del PIB). Los salarios promedio de los trabajadores del

sector público son más elevados que los del sector privado. Los salarios en el sector público en 2014 eran, en promedio, un 25% más altos que en el sector privado.

La pérdida por ineficiencia en el gasto salarial en los sectores de educación y salud equivalía a aproximadamente el 0,9% del PIB. Entre 1992 y 2015, la inversión pública y privada en infraestructura en América Latina y el Caribe alcanzó un promedio de 2,75% del producto interno bruto (PIB), y entre 2008 y 2015 el promedio ascendió al 3,8%. Este nivel de gasto es bajo en comparación con, China (8,5%) Japón e India (5%), por ejemplo, y del promedio de los países desarrollados (4%) (BID, 2016). La inversión actual ha alcanzado incluso niveles inferiores a la de los años ochenta. Para zanjear la brecha de infraestructura, la región tendría que invertir alrededor del 5% de su PIB a lo largo de los próximos 20 a 30 años.

La tasa de crecimiento promedio para la región en el período 2017-2019 es del 2%, por lo que es probable que la inversión pública en infraestructura enfrente recortes importantes en los próximos años. Desde 1995, los gastos corrientes han crecido casi sin interrupción. Los gastos de capital han sido más volátiles, incluyendo períodos prolongados de recortes. Entre 2007 y 2014 el gasto público total en América Latina y el Caribe aumentó en un 3,7% del PIB pero más del 90% de ese monto se destinó a gastos corrientes; solo el 8% se dirigió a inversiones a más largo plazo.

Para crear igualdad de oportunidades para todos, el gobierno debe gastar mejor en lugar de gastar más. La respuesta tiene que ver con la eficiencia fiscal y con un gasto inteligente, y no con la solución estándar de hacer recortes generalizados para lograr la sostenibilidad fiscal. Un gasto más eficiente puede conducir a un mayor crecimiento, considerando no solo la eficiencia, sino también la equidad, particularmente aquella que conduce a la igualdad de oportunidades.

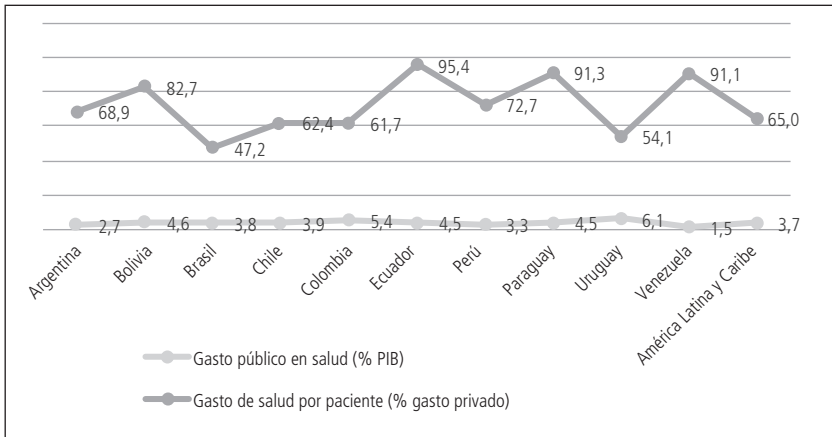
Mientras que en la región las políticas impositivas y de gasto público reducen la desigualdad en alrededor de un 5%, en las economías avanzadas la reducción es de un 38%. En lugar de recortar los gastos en todos los ámbitos, como se ha hecho muchas veces en el pasado, es preferible analizar el presupuesto sector por sector, identificar las ineficiencias técnicas y de asignación y cambiar el destino si aquello se justifica.

Las finanzas públicas y el sector salud en Ecuador

En las finanzas públicas de Ecuador se repiten varias de las limitaciones descritas para el caso de América Latina y no podía ser de otra manera, pues el país es parte de la región. Algunos indicadores muestran inclusive características más dramáticas. En este artículo no se pretende realizar un análisis comparativo entre la situación de las finanzas públicas de Ecuador respecto a la región. Más bien se va a centrar en analizar la situación del sector salud como un sector con varias falencias desde la perspectiva del manejo de las finanzas públicas.

De acuerdo con el Banco Mundial, en 2014, el Ecuador era uno de los países de América Latina con mayor gasto público en salud, puesto que equivalía al 4,5% del PIB, situándose solo detrás de Uruguay, Colombia y Bolivia, como lo indica el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Gasto público y por paciente en salud en 2014



Fuente: Banco Mundial 2017.

A pesar de ello, de acuerdo con la fuente citada, el gasto desembolsado por paciente era el más alto de la región con el 95,4%.³ Ello evidencia que a pesar de que el Estado destina un porcentaje importante de sus recursos al sector salud con respecto al PIB (4,5%)⁴, el gasto que realizan los pacientes es el más alto de la región. Algo está pasando con el gasto público en salud puesto que, no obstante su incremento, mantiene elevado el gasto de las familias por paciente. Por supuesto este gasto no incluye agua y saneamiento, tiene que ver exclusivamente con el gasto en atención de salud.

El gasto en salud a partir del siglo XXI ha tenido incrementos importantes, tanto el público cuanto el privado, en donde los hogares realizan los mayores desembolsos. El cuadro siguiente, da cuenta de un crecimiento acelerado. No se toma en este artículo como base al año 2000, porque en ese año el Ecuador adoptó el dólar como moneda nacional, lo que generó grandes distorsiones monetarias.⁵ Se tomó el año 2006 como referencia del crecimiento del gasto en salud.

Como se puede observar en el siguiente gráfico, a partir de 2007 el gasto público en salud empezó a crecer y a un ritmo más acelerado en los años posteriores. No solo ocurre en el sector salud, hay un crecimiento general, aunque el gasto público es el de mayor crecimiento. Entre 2006 y 2010 creció tres veces y hasta el año 2014 creció seis veces. Es importante anotar que se trata de valores corrientes y no reales que, por tanto, no consideran la depreciación de la moneda, la inflación.

3 Datos tomados de la Presentación del MSP- Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud “Financiamiento en el Sistema de Salud” de 12-Julio de 2017, en donde se cita al Banco Mundial como fuente.

4 Incluye el gasto de la seguridad social.

5 La dolarización la adoptó Ecuador no como una opción, sino como el único mecanismo para detener un proceso devaluatorio incontenible. Cuando el país se dolarizó, se estableció que 1 dólar equivalía a 25 000 sucres, lo que perjudicó a quienes tenían deudas en dólares y benefició al sector financiero.

Cuadro 1. Crecimiento del gasto en salud por sectores

Año	Gasto púb.	% creci.	MSP	% creci.	Fondo Seg. Social	% creci.	Gasto priv.	% creci.
2006	768		486		160		1545	
2007	1007	31,1	586	20,6	182	13,8	1836	18,8
2010	2124	110,9	1153	96,8	922	406,6	2037	10,9
2014	4508	112,2	2162	87,5	2275	146,7	3401	67,0
2015	4304	- 4,5	2323	7,4	1907	- 16,2	3571	5,0
2016	4430	2,9	2397	3,2	1982	3,9	3750	5,0

Fuente: Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud del MSP, "Financiamiento en el Sistema de Salud", 12 de julio de 2017.

Si se desagrega ese gasto por institución, se puede observar que entre 2007 y 2010 el MSP duplica su gasto, mientras que los fondos de la seguridad social⁶ se cuadruplican en ese mismo período, en parte por la aprobación de la norma que penaba con prisión a los patrones que incumplieran la afiliación a la seguridad social de sus empleados.⁷ Lo que sorprende es que pese al significativo incremento del gasto público en salud, el gasto privado en salud (financiado mayoritariamente por los hogares) también se incrementa, al punto de que entre 2006 y 2014 supera el doble (2,42 veces).

De acuerdo con Miguel Malo, la enorme inversión realizada por el Estado significó la adecuación, ampliación y renovación integral de toda la red hospitalaria en su infraestructura y equipamiento, así como el proceso de construcción de 18 nuevos hospitales públicos, lo que amplió el acceso de la población a los servicios públicos. Este proceso permitió que en el año 2006 se registraran 14 372 251 atenciones de salud, mientras que para el año 2013 fueron 38 088 410 (Malo, 2014: 755, 759). Los datos muestran la magnitud de los logros alcanzados en materia de cobertura, siendo más consultas de tipo curativo y hospitalario que preventivas y de atención primaria.

⁶ Incluye al IESS, ISSFA (Fuerzas Armadas) e ISSPOL (Policía).

⁷ De acuerdo con Miguel Malo (2014: 259) del 2007 al 2013 los afiliados al IESS subieron del 26% de la población económicamente activa al 43%.

La tendencia al alza en el gasto público se revierte a partir de 2014 en todos los sectores, puesto que las tasas empiezan a crecer menos e incluso a decrecer. Es el caso del gasto público general que entre 2014 y 2015 baja en 4,5%. El decrecimiento en esos mismos años es más significativo en los fondos de seguridad social, que caen en 16,2% entre 2014 y 2015. Si bien el gasto privado no cae, a partir de 2014 crece a una tasa menor.

Ese cambio de tendencia en el gasto de salud se debió fundamentalmente a la caída de los ingresos públicos, como consecuencia de la baja del precio del barril de petróleo y, en general, de los *commodities* a nivel mundial. Si bien se pretendió revertir la situación con endeudamiento público y ventas anticipadas de petróleo, ello no fue suficiente para cambiar la tendencia del proceso. De este modo se evidenció la vulnerabilidad de los servicios públicos, puesto que las fuentes de financiamiento no son sostenibles en el tiempo. La ausencia de fondos contracíclicos (ahorro público en tiempos de expansión económica), impidieron evitar la caída de los ingresos y con ello el deterioro de los servicios públicos en general y de salud en particular.

Es importante destacar que al sumar el gasto del MSP y de los Fondos de la Seguridad Social del año 2016, la cifra alcanza al 98,8% (USD 4379 millones) del gasto público total en salud y es superior en cerca de USD 700 millones respecto al gasto privado (US 3750 millones). Ello da cuenta del peso de estas dos instituciones públicas en la administración de los recursos invertidos en salud. Nótese sin embargo, que si bien la seguridad social se considera como público, en su origen mayormente son fondos privados que salen del bolsillo de los aportantes y de las empresas.

De acuerdo con el MSP, el gasto total en salud de Ecuador en 2016 ascendió a USD 8795,7 millones de dólares, que representó el 9,1% respecto del PIB de ese año, 96 656 millones de dólares.

Desde la perspectiva de las fuentes de financiamiento de la salud, es decir de quienes proveen los recursos y no de quienes los administran (como se analizó anteriormente), el gobierno en 2016 aportó a ese gasto con USD 2995 millones (34,1% del total), mientras que el restante 65,9% (USD 5799 millones) aportaron los hogares. El aporte del gobierno se desagrega en el MSP y otras instituciones públicas como el Ministerio de Defensa, el Municipio de Quito y los aportes del gobierno a la seguridad social. En el

monto de los hogares se incluye el que destinan a los seguros de salud privados, los aportes a la seguridad social, SOLCA (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer), JBG (Junta de Beneficencia de Guayaquil) y principalmente los servicios y productos de salud adquiridos por los hogares, que sumados todos representan el 64,3% del total del gasto de hogares en salud. Para el año 2010 el porcentaje del gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total en salud en Ecuador fue del 50%, el más alto de la región, mientras en América Latina fue del 34%, Perú 40%, Bolivia 29% y Colombia 20%.⁸

Si se suman los recursos que administra el MSP con los fondos que administra la seguridad social, se tiene que juntos estos dos sectores administran USD 4379 millones, que para el año 2016 representaba el 49,8% del total del gasto en salud, que ascendió a USD 8795,7 millones.

Por el lado del financiamiento, el resultado es similar. Si se suman el financiamiento del Estado al MSP en 2016 (USD 2397 millones), más el financiamiento estatal a la seguridad social (USD 307 millones), más el aporte de los hogares a la seguridad social (USD 1538 millones) se obtiene un total de USD 4271 millones, que representa el 48,6% del total del gasto en salud (cuadro 2, página siguiente).

Los cálculos muestran que los dos principales actores institucionales del sector salud son el MSP y los fondos de la seguridad social. Manejan cerca de 50% del gasto total en salud de Ecuador que, de ser mejor gestionado desde una perspectiva de calidad de las finanzas públicas, podría arrojar resultados más efectivos y eficientes respecto a la salud de los ecuatoriano, como por ejemplo la posibilidad de cobertura universal. De mejorar los servicios públicos de salud se lograría reducir el elevado gasto de los hogares en la compra de servicios y productos de salud, que representó el 42,4% del gasto total en salud y el 3,9% del PIB en ese año.

En épocas de ajuste económico y fiscal, la calidad de las finanzas públicas no solo depende de los recortes presupuestarios, sino también de su mejor uso.

8 Camilo Cid Pedraza "Gasto de Bolsillo en Salud y Rol del Gasto Público en Países de América del Sur" Pontificia Universidad Católica de Chile, PAHO-WHO, 2013.

Cuadro 2 Financiamiento del sector salud (2016)

Gobierno	Millones USD	Hogares	Millones USD	Fuentes externas	Millones USD	Total
MSP	2397	Compra servicios y productos	3730	Cooperación	1,7	6128,7
Aportes SS	307	Medicina prepagada y seguros privados	453			760
SECOB	170	Aportes al seguro social	1.538			1708
Adscritas	29	SOLCA	16			45
Min. Defensa	74	JBG	62			136
Mun. Quito	18					18
Subtotal	2995		5799		1,70	8795,7
%	34,1		65,9		0,02	100

Fuente: Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud del MSP, "Financiamiento en el Sistema de Salud", 12 de julio de 2017.

El sector de salud en Ecuador

En Ecuador existen tres grandes proveedores de servicios de salud: la red pública, que atiende de manera gratuita a toda la población y es financiada por el Estado;⁹ la Seguridad Social, que atiende a los afiliados y aportantes que son empleados y trabajadores formales; y el sector privado, con una dinámica con fines de lucro que atiende a sectores con capacidad de pago, un pequeño porcentaje de la población; finalmente está el sector privado sin fines de lucro, ONG y entidades fiscomisionales que reciben donaciones del exterior, nacionales e incluso asignaciones fiscales.¹⁰

⁹ En épocas de crisis, la gratuidad de la atención de salud se relativiza, puesto que los establecimientos públicos carecen de insumos, medicinas, personal como consecuencia de los recortes presupuestarios.

¹⁰ En el grupo de ONG que proveen servicios de salud están SOLCA, la Cruz Roja, algunos hospitales como el León Becerra de Guayaquil, y la JBG, que no recibe financiamiento público, pero tiene

El sistema Público de salud tiene como principal proveedor a la red de servicios del MSP, aunque involucra a otros proveedores, como municipios, consejos provinciales, otros ministerios y otras instituciones públicas. La seguridad social opera a través de tres instituciones: el IESS, que incluye al Seguro Social Campesino (SSC); el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL). El Sector Privado, como ya se anotó, incluye a proveedores con fines de lucro y, a proveedores sin fines de lucro, que son instituciones como las antes citadas y además las clínicas, hospitales, consultorios, medicina prepagada y seguros de salud.

Los datos de cobertura de los servicios de salud son bastante imprecisos y varían de una fuente a otra. De acuerdo con el MSP, el 31,4% de la población está cubierta por el IESS; el 7,5% por el Seguro Social Campesino, que es parte del IESS aunque tiene su particularidad.¹¹ Además, el ISSFA cubre al 1,5% y el ISSPOL al 0,9%, ambos de las Fuerzas Armadas y la Policía respectivamente. Sumados todos los proveedores mencionados, su cobertura llegaría al 41,3% de la población, y el resto lo cubre teóricamente el MSP y el sector privado, aunque es evidente que una parte de esa población no está cubierta por ningún proveedor.

De acuerdo a Ruth Lucio, el MSP cubre al 51% de la población; el IESS, incluido el SSC, el 20%; el ISSFA e ISSPOL cubren al 5%, mientras que los seguros privados de salud cubren al 3%, que sumados dan un total de 79% de la población (Lucio, 2011: 180). Miguel Malo considera para el 2103 la siguiente cobertura: 41% al MSP, 31% al IESS, y 3% a ISSFA e ISSPOL (Malo, 2014: 759), que sumados representan al 75%, no muy distante de lo estimado por Lucio. De acuerdo con estas fuentes, entre 21% y 25% de la población acude al sector privado, que cuenta con hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, laboratorios, farmacias, etc., gestionados por profesionales o empresas de salud. En ese 21% o 25%

la exclusividad del juego de la lotería nacional, otorgada por el Estado. El financiamiento estatal a estas instituciones es parcial, puesto que generan sus propios ingresos. La contribución de varias de estas instituciones es muy importante para la atención de salud en Ecuador.

¹¹ El SSC fue creado en 1980 como un servicio solidario de los afiliados con una parte de los campesinos pobres, quienes con una bajísima contribución acceden a servicios ambulatorios de salud creados por el propio programa y solo en casos que ameriten, a los servicios hospitalarios de la red del IESS.

de la población, habrá una parte que se automedica o recibe atención no profesional con lo que no se garantiza buena salud ni calidad del gasto. De ahí lo elevado del gasto por paciente en Ecuador, cuya consecuencia es la presencia de un gasto ineficiente, en mucho provocado por una mala atención de la salud pública, lo que reduce la calidad de las finanzas públicas.

Si se observan los datos por establecimientos de salud en el año 2016: el MSP tenía 31 hospitales de especialidades y especializados (3er nivel de atención), 110 hospitales o centros de salud con especialidades básicas (2do nivel de atención) y 1984 centros, subcentros y puestos de salud (1er nivel de atención). El IESS, sin incluir al SSC, tenía para ese año: 5 hospitales de especialidades (3er nivel), 24 unidades de 2do nivel y 66 unidades de 1er nivel. El SSC tenía 643 unidades de 1er nivel de atención. El ISSFA tenía 74 unidades del 1er nivel, 12 unidades de 2do nivel y una unidad de 3er nivel. El ISSPOL tenía 60 unidades del 1er nivel, una unidad de 2do nivel y otra unidad de 3er nivel.

Cuadro 3. Establecimientos de salud por nivel y proveedor

	MSP	IESS	SSC	ISSFA	ISSPOL
I Nivel	1984	66	643	74	60
II Nivel	110	24		12	1
III Nivel	31	5		1	1

Fuente: MSP.

Es decir, el MSP tenía para ese año el 46,8% de las unidades de salud de todo el país; el IESS (incluido el SSC) el 23,9%; el ISSFA el 2,3%; el ISSPOL el 0,9% y el sector privado, con y sin fines de lucro, el 26,1%.

De toda esta información se puede concluir que entre los establecimientos sanitarios del MSP y el IESS se conforma el más importante proveedor de servicios de salud del país, no solo por la cantidad, sino también por la especialidad, puesto que allí laboran profesionales de alto nivel que cuentan con buen equipamiento.

Pero un problema central del sector de salud en Ecuador y en particular del sistema público, como lo reconoce Miguel Malo (2014: 756), es que se trata de

un sistema fragmentado compuesto por servicios de salud públicos del MSP, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y algunos servicios de menor cobertura de gobiernos locales y otros ministerios, cada uno funcionando de manera autónoma, con su propio sistema de financiamiento, política de recursos humanos, compras, etc.

Al fragmentado sector de salud se suma una amplia oferta de servicios privados que, como ya se anotó, ha tenido un crecimiento importante en los últimos años.

El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social¹² cuentan con una red de servicios a la que se denomina Red Pública de Integral de Salud (RPIS), que cubre desde la atención ambulatoria hasta la atención hospitalaria, la promoción y prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados de salud paliativos.

Si se observa la distribución de la RPIS en el territorio, se verá que muchos de los servicios se duplican, hasta el punto de sobreponerse unos con otros, mientras hay unidades de salud subutilizadas. A pesar de que los promedios nacionales de ocupación de camas hospitalarias han subido en los últimos años y se podría decir que es adecuado (entre el 81% y el 90% de ocupación entre 2010 y 2016), hay hospitales básicos que tienen tasas de ocupación más bajas.

12 Si bien el IESS es una institución financiada principalmente por los afiliados, el Estado también realiza importantes aportes, por lo que sus servicios (seguro de salud y pensiones) son un bien público.

Cuadro 4. Porcentaje de ocupación hospitalaria

Año	General	2do nivel	3er nivel
2006	72,5	70,0	77,0
2007	73,9	71,0	80,0
2008	78,8	76,0	86,0
2009	83,0	81,0	87,0
2010	83,8	81,0	91,0
2011	83,3	81,0	89,0
2012	87,1	86,0	90,0
2013	86,4	85,0	92,0
2014	85,0	83,0	89,0
2015	83,6	81,0	91,0
2016	84,0	81,0	91,0

A pesar de que Ecuador es uno de los países de mayor gasto en salud pública respecto al PIB en la región, como ya se anotó, tiene baja cobertura en aseguramiento en salud, como lo sostienen López y otros (2014: 348),

Mientras la mitad de la población refiere algún problema de salud, casi un tercio de la población no tiene acceso alguno a servicios y solo un 10% utiliza servicios preventivos. Si bien el gasto en salud ha crecido en la última década (de 4% del PIB en 2000 a 6% en 2008), el gasto privado representa casi dos tercios del total (61%). El gasto de bolsillo asciende a 87% del gasto privado.

Probablemente esa duplicación de tener dos proveedores públicos de servicios de salud de magnitud sea un factor que contribuye a la problemática que ahora se ahonda ante la contracción de recursos fiscales y que tiene impacto en la atención de salud de los ecuatorianos. En épocas de

austeridad corresponde recuperar la racionalidad de lo público y propiciar cambios que permitan cumplir con el fin para el que estas instituciones fueron creadas. Ello pasa por implementar reformas institucionales y de las finanzas públicas.

Dos proveedores, dos grupos de población

En alguna medida, la existencia de dos proveedores públicos de salud respondió a una política implícitamente definida de los años 60, en que los servicios de la seguridad social estaban destinados predominantemente a la clase media y a los sectores vinculados a la moderna economía, con capacidad de cotizar mensualmente. En cambio, los servicios del MSP estaban destinados a sectores carentes de ese vínculo con la economía moderna, muchos de ellos pobres, sin ninguna o con limitada capacidad de pago, que carecían de ingresos fijos y no constaban en un rol de pagos. Este sector representaba y sigue representando el mayor porcentaje de la población. En la década de los años 70, militares y miembros de la policía, dos grupos corporativos importantes, crearon sus propios sistemas de seguridad social (ISSFA e ISSPOL).

Se trataba y aún se trata de dos sistemas: uno totalmente subsidiado (MSP) y otro parcialmente subsidiado por el Estado (IESS), aunque durante la década de los 90, el sistema totalmente subsidiado (MSP) estableció políticas tarifarias para los usuarios que lo convirtieron en un sistema de copago.

En la primera década de este siglo, las políticas tarifarias del MSP fueron reduciéndose hasta ser suprimidas y asumidas por el Estado, dado el incremento de la renta petrolera. Durante el gobierno de Alfredo Palacio (2005-2006) se planteó una política de aseguramiento universal sobre la base de los servicios prestados por el MSP, pero dicho intento no quedó sino en una propuesta y fue descartada durante el gobierno de Rafael Correa. En lugar de ello, dicho gobierno más bien propició ampliar el aseguramiento del IESS, incrementando el número de afiliados e incluso incorporando a los hijos menores de 18 años de todos los afiliados. Esa ampliación saturó

los servicios al punto de que, en la actualidad, algunas áreas están colapsadas. Esto se explica porque dicha ampliación de cobertura no fue debidamente planificada y no contó con el financiamiento necesario.

Si bien la atención en salud para toda la población es un derecho, la vía escogida no fue la más adecuada, puesto que, para la segunda mitad de la presente década, el IESS muestra enormes dificultades de sostenibilidad financiera. Entre tanto, el MSP persiste en sus dificultades de atención, que no le permiten un adecuado funcionamiento. Los dos sistemas de salud atraviesan por graves dificultades que requieren cambios importantes a todo nivel, sobre todo revisar sus finanzas públicas.

La vía de aseguramiento de la población escogida por el gobierno anterior, fue quizás la vía más fácil, puesto que se incluyó en tiempos relativamente cortos a un importante sector de la población en la seguridad social; el problema es que no es sostenible. Lo adecuado hubiese sido retomar la propuesta de aseguramiento universal de la población, articulando los servicios de salud del IESS y del MSP, con mayor carga en los servicios prestados por el MSP. Habría sido un reto inmenso y un camino largo para el gobierno anterior, pero ese régimen tuvo un tiempo extendido (10 años) para iniciar un cambio profundo en el sistema de salud ecuatoriano. Además, durante varios años contó con recursos extraordinarios que hubiesen permitido sentar las bases de un sistema de aseguramiento no contributivo y semicontributivo, complementario al del IESS. De este modo se habría incluido no solo a la población más pobre en un sistema de aseguramiento, sino incluso a la población con alguna capacidad de pago vinculada a la economía informal (trabajo por cuenta propia), que puede aportar con un copago al aseguramiento en salud.

Cierto es que el MSP tiene la responsabilidad de brindar servicios de salud gratuitos a toda la población, pero eso no se cumple o se cumple parcialmente. El sistema de salud administrado por el MSP debe asumir el compromiso de asegurar a una parte de la población, aquella que no tiene capacidad de pago y aquella que tiene capacidad limitada de pago, en suma una parte importante de la población. Este sistema debe complementarse con el de la seguridad social, que a su vez debe descongestionarse a fin de salir de la difícil situación en que se encuentra.

Para lograr ese objetivo se requiere introducir una serie de reformas en la institucionalidad del MSP y de la seguridad social que se mencionan a continuación. Este será un proceso de mediana y larga duración que no se puede implementar en un gobierno, sino seguramente en varios, pero debe empezar en algún punto.

Algunos criterios

Una de las principales causas para que existan dos sistemas públicos de salud tiene que ver con el hecho de que el MSP tiene tres importantes funciones que no deberían estar concentradas en una sola institución: rectoría del sector salud, financiamiento de los servicios de salud y prestación de esos servicios. Por esta concentración no se cumple eficientemente ninguna de las funciones, en mucho porque no son compatibles entre sí y pueden ser contrapuestas. A pesar de que al interior del MSP se intentó separar dichas funciones con la creación de dos viceministerios, uno encargado de la rectoría y otro de la prestación de servicios, el MSP no logró separarlas y terminó operando con una dinámica en la que prevalecieron los intereses institucionales.

La rectoría es la función más importante del Ministerio, la que está respaldada en la Constitución (art. 361), puesto que es la que orienta, dirige regula y controla a todo el sector salud del país, incluyendo al IESS, al sector privado con y sin fines de lucro y a la cooperación internacional. Dicta las políticas nacionales, establece las prioridades y fija los criterios de asignación de los recursos públicos sobre la base de una planificación nacional que se complementa con la planificación territorial y local, emanada por las instancias correspondientes. La rectoría implica también regulación a los proveedores de servicios de salud públicos o privados, incluido el mismo MSP. Otorga permisos de funcionamiento sobre la base de normas de calidad que garanticen la prestación de servicios adecuados, autoriza la fabricación e importación de medicinas e insumos, fija tarifas, estándares de calidad y establece procedimientos o protocolos de tratamiento. Además, orienta en aspectos relacionados con la formación de técnicos y profesionales de la salud y en la investigación y generación de conocimiento.

La rectoría es una función del Estado; mientras el MSP la ejerce en el ámbito sectorial, la rectoría territorial la ejercen los gobiernos locales (municipios), que deben organizar el acceso a los servicios de salud de su población en su localidad sobre la base de las normas y directrices sectoriales que fije el MSP. La función de los municipios no es administrar los servicios de salud, sino contribuir a garantizar el acceso universal de la población local y velar por la calidad de dichas prestaciones.

Ofrecer servicios de salud no debería ser una función del MSP, puesto que al ser ente rector debería regular, controlar, acompañar, e incluso sancionar a quienes no cumplan con las normas y directrices fijadas, tanto entidades públicas como privadas. Esta labor no debería afectar el sentido de lucro que tiene una buena parte del sector privado, que contribuye con su servicio a mantener en condiciones adecuadas de salud una buena parte de la población. El hecho de que el MSP, además de rector sea prestador de servicios de salud, hace que sea juez y parte; por ello, en muchas ocasiones, puede perder objetividad y convertirse en cómplice de servicios deficientes que afectan a la salud de la población. En tanto el MSP presta servicios de salud, el incumplimiento de alguna unidad de atención lo hace responsable y lo inculpa.

La prestación de los servicios públicos de salud debería estar asociada a una institucionalidad pública autónoma y desconcentrada de carácter territorial, como las áreas o distritos de salud, que tampoco dependan de los gobiernos seccionales, aunque estén relacionadas con ellos. Los hospitales deberían gozar de mayor autonomía, sin que ello signifique su privatización, puesto que seguirían dependiendo del presupuesto público. No se trata de convertir a los hospitales en empresas públicas, que generen sus propios ingresos, porque ello podría significar que el Estado deje de proporcionar recursos para su funcionamiento. Pero sí se trata de encontrar una mejor asignación de recursos a las áreas de salud en función de su cobertura y su capacidad de prevención de la enfermedad. Las asignaciones para los hospitales ser harían en función de su producción de servicios y de los casos de salud resueltos, a fin de lograr un uso más eficiente de los recursos públicos.

Existen países en donde los hospitales reciben un financiamiento fiscal que les permite cumplir con los derechos laborales de sus funcionarios y

trabajadores y a la vez estos cumplen su función de brindar servicios adecuados a la población. Además, pueden acceder a recursos adicionales en función de su desempeño. Se trata de crear un sistema público que introduzca algunos mecanismos del mercado que lo hagan eficiente, pero no a costa del sacrificio de funcionarios y trabajadores de la salud.

Con respecto a la tercera función del MSP, la del financiamiento, ya se anotó que esta institución administra una parte importante del 4,5% del PIB. Este porcentaje está asignado por dos razones principales. Primero, la Constitución vigente establece en su disposición transitoria vigésima segunda que el Estado destinará al sistema nacional de salud pública un financiamiento equivalente hasta el cuatro por ciento del producto interno bruto en el presupuesto general del Estado. La segunda razón es que la asignación de recursos a la salud pública está orientada a financiar la oferta y no la demanda. Los recursos públicos asignados se calculan en función de cuánto cuesta sostener los factores de producción de los servicios de salud, en donde el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores) constituye el principal rubro de gasto. Debe ser así, puesto que se trata de un servicio de personas a personas; no existen máquinas que puedan sustituir a los médicos.

El financiamiento a la oferta es demasiado rígido puesto que no permite ajustar los factores de producción de manera adecuada a los continuos cambios de una demanda muy dinámica como consecuencia del crecimiento demográfico, los procesos migratorios internos e incluso los provenientes de fuera, los cambios epidemiológicos, entre otros. Si el sistema de financiamiento no cuenta con mecanismos ágiles de ajuste de la oferta con la demanda, éste se vuelve ineficiente, deja muchos factores de producción subutilizados o sobreutilizados y a importantes sectores poblacionales sin atención de salud.

En definitiva, el financiamiento de la salud pública expresado en el presupuesto se convierte en una camisa de fuerza rígida, que no se adecúa a los cambios de una demanda que depende de la dinámica y movilidad de la población a ser atendida. Ese sistema rígido expresado en el presupuesto es un gran talón de Aquiles para la salud pública en Ecuador.

Establecer una metodología flexible de asignación de recursos en función de los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos, de morbilidad,

causas de muerte y de equidad territorial, que no es fácil, es muy complejo; requiere de estudios continuos de demanda no solo de carácter nacional, sino también de carácter territorial. Y no obstante es indispensable y necesario asumir este desafío de manera inmediata.

Por supuesto, una parte de los recursos asignados a la salud pública se destinan a inversiones en infraestructura, equipamiento e instalaciones. Hasta 2014, este fue uno de los principales motivos del incremento del financiamiento a la salud pública. Sin embargo, las inversiones en nuevas instalaciones no siempre se realizan en función de estudios adecuados de demanda, más aún cuando se trata de decisiones tomadas por el MSP de manera centralista, sin considerar la rectoría territorial de los gobiernos locales. Rectoría territorial que no afecta la rectoría sectorial en salud del MSP, sino que más bien la complementa, toda vez que contribuye a organizar el acceso de la población local a los servicios de salud, permitiendo con el ello el cumplimiento del derecho constitucional a los servicios de salud.

El MSP tiene como responsabilidad garantizar el derecho a la salud de toda la población. Una parte de ella accede a los servicios de la seguridad social, otra a los servicios privados, y otro segmento recurre al MSP. Pero ni el mismo Ministerio tiene establecida con claridad la población que debe ser cubierta; lo que existen son estimaciones variadas. Sin ese dato resulta difícil establecer un criterio de asignación de recursos adecuado, eficiente y eficaz, no solo en términos nacionales, sino también en términos de su distribución territorial. Por esa razón, además de ineficiente, es un sistema inequitativo, dado que al no existir criterios para asignar recursos de acuerdo a la cobertura poblacional de atención o el volumen de servicios producidos, los fondos se asignan en función del gasto histórico, es decir la asignación del año anterior. Ese sistema genera graves distorsiones entre la oferta de servicios y la demanda de salud de la población.

Una forma de empezar a superar estos desajustes entre oferta y demanda de servicios de salud es el aseguramiento universal de salud. Ello permitiría al MSP no atender solamente a la población que espontáneamente llega a sus servicios, sino atender a una buena parte de la población y con ello cumplir con el mandato constitucional del derecho universal a la atención de salud. En ese escenario, cada unidad de salud, cada área o

distrito de salud tendría una población asignada y además identificada en el territorio que le correspondía.

Es imprescindible iniciar una validación de la oferta de servicios de salud existente con respecto a la demanda de la población; ello solo es posible con un enfoque territorial, en donde cada servicio (subcentro y centro de salud, hospital) tenga una población asignada bajo su responsabilidad, pero no en el papel, no como declaración de buenas intenciones, sino de manera real, ofertando un sistema de aseguramiento familiar y comunitario a la población que le corresponda territorialmente.

La construcción del sistema de aseguramiento público debe partir de la atención primaria, organizada desde hace varias décadas en el país en áreas de salud o distritos, en donde cada unidad tiene responsabilidad en un territorio y una población bien determinada y cuya atención familiar y comunitaria es obligatoria y por tanto es intra y extramural. No solo debe atender la enfermedad, sino también debe realizar acciones de prevención y promoción de la salud. El proceso debe considerar, en un principio, a la población más vulnerable, a aquella en situación de mayor riesgo por pobreza y a partir de allí otras vulnerabilidades como edad, géneros, discapacidad, entre otras.

Dicho proceso, al tener un carácter territorial, debe involucrar a los gobiernos locales, no para que administren los servicios de salud, sino para que faciliten la organización del derecho a la atención de salud, garantizando de manera progresiva el aseguramiento universal.

La seguridad social

Antes de la Constitución de 1998, el IESS era una entidad autónoma dirigida por el Consejo Directivo o Superior, conformado por el ministro de Bienestar Social (MBS), que lo presidía y por dos delegados, uno de los trabajadores y otro de los empresarios. La Constitución citada creó una comisión interventora transitoria designada por el presidente de la República, hasta cuando se formule una propuesta de reforma a la Ley de Seguridad Social y otras y un plan integral de reforma al Instituto. De ese

modo, el IESS dejó de estar bajo el ámbito del MBS y pasó a estar bajo la Presidencia de la República. Con la Constitución de 2008, esa situación no varió, puesto que el presidente de la República siguió nombrando el representante del Ejecutivo al Consejo Directivo.

De acuerdo con el art. 26 de la Ley de Seguridad Social, el órgano máximo de gobierno es el Consejo Directivo del IESS, responsable de las políticas del Seguro Social Obligatorio. Entre sus atribuciones (art. 27) está aprobar las políticas, regular, expedir reglamentos, aprobar el presupuesto, nombrar a las autoridades encargadas de gestionar y administrar los recursos y los servicios.

La Constitución vigente habla del Sistema de Seguridad Social en el art. 367 y señala que estará conformado por el ISSFFAA y el ISSPOL (art. 370); la ley habla del Sistema Nacional de Seguridad Social (art. 304), que, además de las instituciones mencionadas, integra a los seguros privados. En los dos casos se trata de instancias más de coordinación que de conducción, por lo que la rectoría de la seguridad social, en general, es responsabilidad del Estado pero no está claro que institución la ejerce.

En todo caso, la rectoría del IESS le compete a su Consejo Directivo, que además tiene las otras dos funciones. Nuevamente esta institución concentra la rectoría, prestación de servicios y financiamiento lo que genera dificultades similares a las antes anotadas respecto al Ministerio de Salud. Bajo esas condiciones, es imperativo separar dichas funciones.

La reforma del sector salud

La propuesta de separar las tres funciones es la más adecuada, en donde la rectoría de la salud le corresponda con exclusividad al MSP, mientras que la prestación de servicios sea una función autónoma, desconcentrada y organizada territorialmente en función de áreas o distritos de salud y de hospitales. Al hablar de desconcentración se deja en claro que las unidades de atención no serán parte del MSP ni de los municipios, aunque sí serán parte del sector salud y se relacionarán con los municipios para organizar el acceso a la atención con enfoque territorial. No mantendrán ninguna

relación administrativa financiera con los municipios y, tanto hospitales como áreas o distritos de salud, conservarán su actual estructura presupuestaria como unidades ejecutoras, pero no registradas como tales en el Ministerio de Economía y Finanzas, como actualmente, sino dentro del sector salud. De este modo, la reasignación de recursos entre unidades será flexible y permitirá ajustar regularmente la oferta con la demanda bajo la rectoría del MSP. Como ya se anotó, se requiere de un mecanismo flexible y rápido de reasignación de recursos entre unidades que evite los engorrosos trámites de reformas presupuestarias que deben ser aprobadas por la Subsecretaría de Presupuestos del Ministerio de Economía y Finanzas.

Con respecto a la rectoría de la seguridad social y a la prestación de servicios del IESS, cabe indicar que sería importante precisar qué instancia gubernamental la ejercería, a fin de superar la generalidad de que el Estado la ejerce. Es indispensable asignar la rectoría a una instancia específica existente, puesto que ello permitiría superar la fragmentación de los sistemas de seguridad social en varias instancias. Dicho proceso ya se inició en la administración anterior, cuando existía doble aseguramiento en varias instituciones del Estado (Banco Central, superintendencias, etc.) y se redujo a una.

Con respecto a la prestación de servicios, si bien tanto las unidades de atención del MSP como las del IESS se integrarían en una sola red, ese proceso es a mediano plazo, no puede ser inmediato, porque se correría el riesgo de bajar aún más la calidad de los servicios. Por el momento, lo que corresponde es autonomizar y desconcentrar las unidades de atención hospitalaria en el territorio. La atención primaria de salud brindada por unidades sin hospitalización, podrían empezar a articularse territorialmente, en donde las unidades del MSP y del IESS irían conformando la Red Pública de Integral de Salud.

Con respecto al financiamiento, cada institución debería mantener sus fondos destinados a los servicios de salud y solo cuando la calidad de los servicios sea la misma o similar, se podrá pensar en crear un fondo nacional de salud para financiar la Red Pública Integral de Salud. Como ello tomará mucho tiempo, por el momento, cada institución deberá administrar sus propios presupuestos. En el caso de los servicios del MSP, éstos serán administrados por lo que hemos denominado el sector de salud pública.

Lo importante desde ahora es establecer criterios de asignación de recursos similares para las unidades de atención (áreas o distritos de salud u hospitales), sean del IESS o del MSP.

Conclusiones

- La principal función de las finanzas públicas es social, porque beneficia a la comunidad financiando los servicios públicos, sin comprometer el patrimonio económico del país.
- En el siglo XXI las finanzas públicas han dejado de tener un carácter netamente nacional y han adquirido una dimensión global. Pese a ello, el manejo de los Estados nacionales sigue siendo importante, aunque más limitado.
- Para que las finanzas públicas tengan calidad, deben estar asociadas a una estrategia de desarrollo en la que el Estado garantice a la población el acceso a servicios de salud, educación y otros que protejan y fortalezcan sus capacidades humanas. Ello contribuirá a elevar la productividad del país. La calidad de las finanzas públicas se mide en logros macroeconómicos y de política fiscal, estabilidad, crecimiento y equidad.
- En momentos de contracción económica y restricción fiscal es necesario hacer más con menos recursos. No se deben recortar gastos de manera general; se deben recortar de manera selectiva, a fin de que el impacto social del recorte sea menor. La reasignación de recursos entre actividades prioritarias y menos prioritarias adquiere mucha importancia.
- En tanto la economía es cíclica, es necesario ahorrar en períodos de abundancia en fondos contracíclicos que permitan financiar lo esencial en períodos de escasez y, con ello, evitar el deterioro de las capacidades humanas.
- En el 2014 Ecuador fue uno de los países con mayor gasto en salud pública en América Latina (4,5% del PIB), a pesar de lo cual, el gasto desembolsado por paciente por las familias, fue el más alto de la región.

- El MSP y el IESS administran cerca del 50% de los recursos públicos destinados a la salud. De ser mejor gestionados, esos fondos podrían arrojar resultados más efectivos y eficientes, lo que permitiría reducir el elevado gasto en salud de parte de los hogares. Estas dos instituciones concentran cerca del 60% de las unidades de atención en salud, lo que las convierte en el principal proveedor de servicios de salud del país. Su problema es la fragmentación, lo que hace que algunos servicios se dupliquen y sobrepongan.
- Pese a que Ecuador es uno de los países con mayor gasto en salud pública de la región, es uno de los que tiene menor cobertura en aseguramiento en salud. En época de austeridad, hay que recuperar la racionalidad de lo público y propiciar cambios en las finanzas públicas que permitan mejorar la atención de salud.
- Parte del problema es que el MSP cumple con tres funciones: rectoría del sector salud, financiamiento y prestación de servicios, lo que ha dado lugar a que no cumpla eficientemente ninguna de ellas. Se trata de funciones no compatibles e incluso contrapuestas.
- La rectoría del sector salud es la función más importante y debe ser cumplida por el MSP, aunque complementada con la rectoría territorial a cargo de los gobiernos locales, cuya función es apoyar la organización territorial de los servicios de salud para garantizar el acceso universal.
- La prestación de servicios de salud no debería ser una función del MSP, puesto que al ser ente rector es juez y parte. La prestación debería estar asociada a una institucionalidad pública, autónoma y desconcentrada de carácter territorial, como las áreas o distritos de salud, que dependan del sector salud. Los hospitales deberían tener autonomía, sin que ello sea privatización, pues seguirían dependiendo del presupuesto público. Tampoco los hospitales deben ser empresas públicas, porque ello significaría que el Estado dejaría de proporcionar recursos fiscales para su funcionamiento.
- Hay que encontrar una mejor asignación de recursos a las áreas de salud en función de su cobertura y su capacidad de prevención de la enfermedad, y a los hospitales, en función de su producción de servicios y de los

- casos de salud resueltos. De este modo se lograría un uso más eficiente de los recursos públicos.
- El financiamiento de los servicios de salud debería en el futuro canalizarse a un solo fondo. Ahora, ello es imposible porque primero se requiere lograr que todas las unidades de salud brinden servicios de una misma calidad. Mientras esto ocurre, debe mantenerse el financiamiento de cada institución a través del presupuesto, logrando que la asignación de recursos a cada unidad se dé en función de la demanda y no de la oferta. Se precisa adoptar una modalidad de asignación de recursos más flexible que permita realizar reasignaciones entre unidades sin pasar por las engorrosas reformas presupuestarias del Ministerio de Economía y Finanzas.
 - Hay que precisar quién tiene la rectoría de los sistemas de seguridad social en el Estado.

Bibliografía

- Armijo, Marianela y María Victoria Espada (2014). *Calidad del gasto público y reformas institucionales en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Asamblea Nacional Constituyente (1998). Constitución de la República. Decreto Legislativo 0, Registro Oficial 1, 11 de agosto.
- Cid Pedraza, Camilo (2013). Gasto de Bolsillo en Salud y Rol del Gasto Público en Países de América del Sur (Presentación). Pontificia Universidad Católica de Chile, PAHO-WHO. Santiago.
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008.
- Diago, Alexa y Sergio Vélez (2015). “Relación entre la inversión pública y el índice multidimensional de condiciones de vida – IMCV en las subregiones de Antioquia para el periodo 2012-2013”. Disertación de maestría. Universidad EAFIT.
- Malo-Serrano Miguel y Nicolás Malo-Corral (2014). “Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* N°4, Vol. 31: 754-761.

- Mlachila, Montfort, René Tapsoba y Sampawende Tapsoba (2015). “En busca de la calidad. Por si solo un mayor crecimiento no mejora las condiciones sociales”. *Finanzas & Desarrollo* N°1, Vol. 52: 14-17.
- Ley de Seguridad Social, Ley 55 (2001). Registro Oficial, Suplemento 465 del 30 de noviembre.
- López-Cevallos, Daniel, Chunhwei Chi y Fernando Ortega (2014). “Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad”. *Revista de Salud Pública* N°3, Vol. 16: 346-359.
- Lucio, Ruth, Nilhda Villacrés y Rodrigo Henríquez (2011). “Sistema de salud de Ecuador”. *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 2: 177-187.
- PNUD (s/f). “Sobre América Latina y el Caribe”. Disponible en: <http://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/regioninfo.html> [visitada 25, mayo 2018].