Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador[1]

Autor

Maria Pilar Lampert- Grassi
Email: mlampert@bcn.cl
Tel.: (56-32) 226 3901 -(56-2) 22701792

Nº SUP: 123156

Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración

Resumen

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador, de 2008, consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado y que los servicios de salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector del sistema de salud en el país, y por tanto será responsable de formular la política nacional de salud. Así normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como también el funcionamiento de las entidades del sector, siendo reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud.

El Sistema de Salud en Ecuador, se ha caracterizado por una profunda segmentación, la que se debe a una organización conformada por dos sectores, público y privado. En este marco, el MSP, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y los servicios de salud de las municipalidades entregan servicios de atención de salud, para la población no asegurada. Por otra parte, las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (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) cubren a la población asalariada afiliada. Finalmente, se incluye el sistema privado para los ciudadanos que poseen mayores ingresos y pueden adquirir un seguro. Cada uno de ellos cuenta con establecimientos de salud para atender a sus afiliados.

El financiamiento del sistema se da a través del ***Seguro General Obligatorio*** (SGO) al que están obligados a aportar todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella, fondo que se establece bajo principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

El SGO del IESS tiene tres fuentes de financiamiento: la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado (en total el monto corresponde a 20,50% del salario mensual). Para el caso del ISSFA y ISSPOL, los que aseguran a los militares y la policía, la aportación viene del sueldo de los oficiales en servicio y una contribución del Estado (en total el monto corresponde a 20,75% del salario mensual)[2].

[1] Este documento corresponde al quinto en la serie de sistemas de salud, donde ya se ha revisado: Argentina, Australia, Chile y España.

[2] Vale mencionar que los montos de cotización antes mencionados para las instituciones de Seguridad Social no corresponden solo al financiamiento de la salud, sino que también incluyen: maternidad; riesgos del trabajo; vejez, muerte, e invalidez; y cesantía, el que actúa como un monto único dedicado a la protección social de los afiliados, en forma solidaria.

El desarrollo de la ***Red Publica Integral de Salud (RPIS)***, se ha ido constituyendo en un conjunto organizado, coordinado e integral servicio de salud a la población ecuatoriana. Forman parte de esta Red los siguientes organismos: MSP, IESS, ISSPOL, ISSFA. Dicha Red Pública Integral de Salud tiene como objetivo construir el Sistema Nacional de Salud, que permita ***garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario***.

El Sistema Nacional de Salud se ha estructurado en el fortalecimiento de la Atención Primaria Salud. Por ello, la reorientación de la inversión pública en la infraestructura y de los recursos humanos de los servicios de salud hacia el primer nivel. Los establecimientos de atención primaria prestan servicios de atención integral de medicina familiar, promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de participación comunitaria, cuidados paliativos, salud oral, salud mental, servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Cuenta además con farmacia/botiquín institucional.

Uno de los logros para la regulación y estandarización del Sistema de Salud es el establecimiento de un ***Tarifario Único de Prestaciones***, instrumento técnico que ha ordenado el pago de los servicios, permitiendo organizar el presupuesto, priorizar las prestaciones de salud y regularizar los pagos a las prestaciones realizadas por el sector privado.

Con el objetivo de garantizar el acceso a la salud, también se ha generado el ***Reglamento Fijación de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano***, cuyo objetivo es justamente establecer y regular los procedimientos para la fijación, revisión y control de precios de venta al consumidor final dentro del territorio ecuatoriano.

Finalmente, el sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina pre-pagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil, dirigida a personas perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. La oferta de seguros privados en Ecuador es diversa. Están las empresas de medicina pre-pagada que disponen de planes con cuotas mensuales más accesibles, y las aseguradoras con pólizas mayores por enfermedad, accidente o muerte

Introducción

Se explica el sistema nacional de salud ecuatoriano, comenzando con aspectos generales de este, para luego avanzar hacia cómo funciona el sistema público, sus políticas, programas y financiamiento. A continuación, se desarrolla el sistema privado, su cobertura y características.

Este documento corresponde al quinto de una serie que desarrolla los sistemas de salud, donde ya se ha revisado: Argentina, Australia, Chile y España. En este marco, el sistema de Ecuador va en la línea tanto del sistema de salud español como australiano, al garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios de salud, estructurados en una red pública sin costo para el usuario (o un costo muy bajo, como el caso australiano).

Respecto a la estructura de funcionamiento, tanto el sistema ecuatoriano como el argentino, se han caracterizado por una segmentación en la entrega de servicios, compuesto por el sistema público de salud sumado a instituciones de seguridad social, y un sistema privado para la personas de más recursos. A diferencia del australiano y el español, que ofrecen un solo sistema de atención en salud para todos los ciudadanos y residentes, el que se ve complementado por el sistema privado.

Todos los paises estudiados han desarrollado formas para garantizar el acceso a medicamentos esenciales. Argentina, los ha incluido dentro de la cobertura del sistema de salud (ya sea público o seguridad social); Australia contempla el Plan de Beneficios Farmacéuticos, donde se paga sólo una parte del costo de la mayoría de los medicamentos recetados y comprados en las farmacias; España ha desarrollado la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud para la prestación farmacéutica, con lo que se asegura el fármaco a bajo costo para el paciente. Finalmente Ecuador, cuenta con el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, con el cual se regula tanto el precio del medicamento como su distribución en el territorio.

En términos de financiamiento del sistema, a diferencia de España y Australia, donde el sistema de salud se financia casi totalmente con impuestos, el sistema ecuatoriano opta por una estructura de financiamiento tripartita, donde tanto el trabajador, el empleador y el estado ponen recursos, muy similar al caso Argentino, donde el trabajador y el empleador contribuyen a la seguridad social.

I. Aspectos generales del Sistema Nacional de Salud de Ecuador

1. Bases normativas del sistema

En la Constitución se destaca la rectoría del Estado en los asuntos de interés público. La gestión del gobierno de la “Revolución Ciudadana” ha significado una dura lucha para recuperar la institucionalidad del Estado, que se vio muy disminuida como producto de las políticas neoliberales (Malo-Serrano y Malo –Corral, 2014).

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008, consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado:

> “mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

En este marco, el artículo 360 del texto constitucional, establece en su inciso segundo que:

> “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 con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

Posteriormente, el artículo 362, establece que la atención de salud como servicio público, tendrá una conformación mixta, ya que las prestaciones estarán a cargo de entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Estableciendo a su vez estándares mínimos a los servicios de salud, los que deberán ser seguros, de calidad y con calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Según el artículo 11 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud:

> "El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad".

En este marco, la Atención Primaria tiene dentro de su misión mantener contacto directo con las comunidades de los cantones en la cual se encuentra ubicado, esta idea se ve reforzada en la Ley Orgánica de Salud de 2006, ya que dentro del Capítulo sobre Derechos y Deberes que las Personas y el Estado Tienen en Relación con la Salud, se declara que uno de ellos es:

> "participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas[3] u otros mecanismos de participación social; y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida".

Para esto, los centros de atención de atención primaria deben mantener diálogos con la comunidad, para dar cuenta de su interés y opiniones sobre el sistema de atención en salud, como para mantener talleres de Intercambio de Conocimientos interculturales (MSP, 2013).

Por otra parte, mediante la Ley 39 de 1999, se crea la ***Comisión de Control Cívico de la Corrupción***, organismo que actualmente se encuentra establecido constitucionalmente, con autonomía e independencia económica, política y administrativa. Este organismo, en representación de la ciudadanía promueve la eliminación de la corrupción; recepta denuncias sobre hechos presuntamente ilícitos cometidos en las instituciones del Estado, para investigarlos y solicitar su juzgamiento y sanción. La Comisión está conformada por siete miembros, quienes reunidos en pleno constituyen la máxima autoridad de la Institución. Cada Comisionado es elegido por un colegio electoral que representa a un sector de la ciudadanía.

2. Rectoría y funcionamiento del sistema de salud

De acuerdo con el marco constitucional descrito, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) y las leyes vigentes, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector del sistema de salud

[3] La veeduría ciudadana es un mecanismo de control social, mediante el cual los ciudadanos y ciudadanas vigilan, fiscalizan y controlan la administración y gestión de lo público y también del sector privado que maneje recursos públicos o desarrolle actividades de interés público. Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. Información. Disponible en: https://www.cpccs.gob.ec/nuestra-institucion/introduccion/

en el país, y por tanto será responsable de formular la política nacional de salud. Así normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como también el funcionamiento de las entidades del sector, siendo reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud. Este Ministerio, trabaja directamente con los diversos actores involucrados en la salud, para el desarrollo de dichas políticas a nivel sectorial, a través del ***Consejo Nacional de Salud*** (CONASA), el que es presidido por el ministro/a de salud. (OPS, 2008).

El CONASA, creado como organismo asesor del MSP en 1980, es desde el 2002 una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general (OPS, 2008). Además como el financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población y vigencia de la gratuidad en salud (Giovanni, 2017), es el ***Consejo Nacional de Salud*** quien deberá establecer mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente (art.13, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud).

En este contexto, un logro significativo ha sido la puesta en vigencia del ***Tarifario Único de Prestaciones***, instrumento técnico que permite regular el sistema de compensación por los servicios de salud que se intercambian entre los sistemas. El mencionado instrumento ha ordenado el pago de los servicios, permitiendo organizar el presupuesto, priorizar las prestaciones de salud[4] y así mejorar la calidad del servicios entregados; además, de regular el pago en la compra de servicios a los proveedores privados (Malo -Serrano y Malo- corral, 2014). Sin embargo, aun habría ciertos temas que resolver en la práctica, como las asimetrías de información que afectan su implementación del tarifario, dado que el intercambio de información sobre los costos en la prestación del servicio todavía se ve dificultada entre diferentes subsistemas (Molina, 2019).

A los servicios de atención de salud entregados por el MSP a toda la población, se suma los del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y los servicios de salud de las municipalidades, los que cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Por otra parte, las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (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) cubren a la población asalariada afiliada (Lucio, et al, 2011). Todos ellos reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA (OPS, 2008).

A partir del año 2009 se desarrolla en Ecuador la ***Red Publica Integral de Salud (RISP)***, entendida como la unión o conjunto organizado, de las instituciones públicas para prestar u continuo, coordinado e integral servicio de salud a la población ecuatoriana. Forman parte de la RPIS: el MSP, el IESS,

[4] Esto ha llevado al licenciamiento de las unidades de salud y la elaboración de las Guías de Práctica Clínica para condiciones de salud priorizadas.

ISSPOL, ISSFA. RPIS tiene como objetivo construir el Sistema Nacional de Salud, que permita ***garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario*** (art.362 de la Constitución). Del mismo modo, busca normar los procedimientos administrativos para la coordinación de pagos y tarifas, uso y aplicación del Tarifario Único Nacional.

Respecto de los servicios públicos estatales de salud, estos se deben desarrollar para todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Finalmente, la Constitución establece en su artículo 363, dentro de las responsabilidades del Estado:

a) Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
b) Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
c) Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
d) Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
e) Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
f) Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
g) Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
h) Promover el desarrollo integral del personal de salud.

3. Medicamentos

Respecto de los medicamentos, el art. 363, numeral 7, de la Constitución establece que el Estado es responsable de:

> "Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales".

Así, con el Decreto Ejecutivo N°400 del año 2014, se fija el ***Reglamento Fijación de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano****,* cuyo objetivo es justamente establecer y regular los procedimientos para la fijación, revisión y control de precios de venta al consumidor final de medicamentos de uso y consumo humano, que se comercialicen dentro del territorio ecuatoriano (art. 1).

Para cumplir con esta misión se conforma el ***Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano***[5], el que tiene dentro de sus obligaciones la creación, revisión, actualización y difusión del ***Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos*** *(*actualmente en su décima versión, 2019*)*, cuenta con los medicamentos esenciales para la población ecuatoriana sobre los cuales el Ministerio de Salud Pública con apoyo del Consejo Nacional de Salud debería disponer de las medidas necesarias para garantizar su disponibilidad en el territorio nacional, dado que son los medicamentos esenciales para cubrir las necesidades de salud en la mayoría de la población (Giovanni, 2017).

En el mismo sentido, se ha ido fortaleciendo la ***Empresa Pública de Fármacos*** (ENFARMA) como proveedora de la RIPS incidirá también favorablemente para los precios en el mercado de medicamentos (Malo -Serrano y Malo- corral, 2014). El establecimiento de estas políticas no ha sido fácil ya que ha chocado con los intereses particulares de las multinacionales farmacéuticas, en el caso de los medicamentos, de los dueños de hospitales privados y de profesionales de salud que ejercen de manera independiente, para el caso de la prestación de servicios de salud, lo que ha ralentizado los avances (Giovanni, 2017).

4. Financiamiento del Sistema

En términos financieros, el artículo 366 de la Constitución estipula lo siguiente:

> "El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud".

Para lograr su objetivo, se cuenta con el ***Seguro General Obligatorio*** (SGO), establecido por la Ley de seguridad Social del año 2001, cuyo artículo 1 de los principios rectores, lo define como "parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia". Sin embargo, a pesar de la declaración, la estructura dependiente del MSP está muy debilitada por falta de financiamiento por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sistema de salud es por el momento limitada (Castelo, 2017). Dentro de este marco, un logro significativo ha sido la puesta en vigencia de un **tarifario único de prestaciones**, el que ha fortalecido su rectoría del MSP, avanzando en la normalización de otros aspectos del funcionamiento de la red.

Son sujetos "obligados a solicitar la protección" del Seguro General Obligatorio, en calidad de afiliados, todas las personas que perciben ingresos por la ejecución de una obra o la prestación de un servicio físico o intelectual, con relación laboral o sin ella. Por otra parte son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores que se dedican a la

[5] Presidido por el Ministro de Salud Pública (con voto dirimente) y conformado por el Ministro de Industrias y Productividad, El titular del organismo nacional de planificación y desarrollo o su delegado permanente y el titular del organismo encargado de la economía y finanzas o su delegado permanente, quien intervendrá con voz informativa y sin voto (art. 3, Decreto Ejecutivo N°400).

pesca artesanal y el habitante rural que labora "habitualmente" en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe 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. En todo caso, el aporte será siempre en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

Según la Ley de Seguridad Social 2001, el SGO del IESS tiene tres fuentes de financiamiento: *la aportación individual obligatoria de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.* En el sector privado el aporte personal es del 9,45% del salario mensual y el patronal del 11,15%. En el sector público, la persona paga 11,45% de su salario mensual y el Estado aporta un 9,15% Para el caso de trabajadores independientes, dueños de empresas y afiliados voluntarios, el porcentaje es de entre un 17,60% a 20,50% de la materia gravada[6].

Respecto de los servicios de salud y prestaciones del Seguro Social Campesino (SSC) se financian con recursos provenientes de las siguientes fuentes: el aporte solidario de los empleadores (0,35%), el aporte de los jefes y jefas de familias protegidas (22,5% de su salario mensual), aporte de los afiliados al SGO (0,35%), la contribución obligatoria de seguros públicos y privados (0,5%) y asignaciones fiscales (0,30%) que garanticen su fortalecimiento y desarrollo[7], haciendo de este fondo uno solidario[8].

Por su parte, el ISSPOL, de filiación obligatoria e irrenunciable, a partir de la fecha del alta en calidad de oficial o policía (art 5, de Reglamento a la ley de seguridad social de la policía nacional), se financia con un aporte de los miembros de la policía en servicio activo de un 11.45% del haber policial mensual y un 9,15% de aporte del Ministerio del Interior en su calidad de empleador. A fin de cubrir las prestaciones a favor de los aspirantes a oficiales a policías siniestrados en actos de servicio o a consecuencia de los mismos, el Ministerio de Gobierno y Policía aporta mensualmente, por cada uno de los miembros de este grupo, el equivalente del dos por ciento (2%) del sueldo imponible de un policía en servicio activo (arts. 87, 89 y 90 de Ley 90, Ley de seguridad social de la policía nacional).

En el caso del ISSFA, los recursos provienen de los aportes de los militares en servicio activo con un 11.45% del haber militar mensual y los aportes patronales que hace el Ministerio de Defensa en su calidad de empleador, aporta un 9,15% del haber militar mensual. Tambien aporta las prestaciones a favor de los aspirantes a oficiales, aspirantes a tropa y conscriptos, siniestrados en actos del servicio o como consecuencia de éstos, con un 2% del sueldo imponible de un soldado en servicio activo, sin considerar tiempo de servicio, por cada uno de los miembros de este grupo (arts. 93 y 96 de la ley de seguridad social de las fuerzas armadas).

Vale mencionar que los montos de cotización antes mencionados para las instituciones de Seguridad Social no corresponden solo al financiamiento de la salud, sino que también incluyen: Maternidad; Riesgos del trabajo; Vejez, muerte, e invalidez; y Cesantía, el que actúa como un monto único dedicado a la protección social de los afiliados, en forma solidaria.

---

[6] Disposición transitoria 16 de la Ley de Seguridad Social. Resolucion CD 501. Consolidación de tablas de distribución de las tasas de aporte del IESS. Disponible en: http://www.ecuadorlegalonline.com/laboral/calculadora-aportaciones-iess/

[7] Seguro Social Campesino (SSC). Disponible en: https://www.iess.gob.ec/es/seguro-campesino

[8] A este fondo cooperan solidariamente el ISSFA e ISSPOL.

Respecto del gasto público en sanidad en Ecuador, el gobierno es el encargado de establecer los criterios de distribución de recursos, mientras el organismo ejecutor es el Ministerio de Finanzas (MF), responsable de la recolección y distribución de los recursos fiscales, esto es, impuestos, ingresos del petróleo, préstamos y donaciones de organismos multilaterales y organizaciones no gubernamentales. El MF se encarga de la aprobación final de los presupuestos de las entidades adscritas y empresas del Estado. Además del MSP, las instituciones de seguridad pública regidas por el gobierno (ISSPOL e ISSFA) deben someterse a las disposiciones del MF, solo el IESS fija y maneja su presupuesto de manera autónoma, con la aprobación del Consejo Directivo de la institución.

En este marco, el presupuesto en salud creció 81 millones en 2016, es decir un 1,9%, hasta 3.876,4 millones de euros, con lo que representó el 10,99% del gasto público total. Esta cifra supone que el gasto público en sanidad en 2016 alcanzó el 4,29% del PIB, una subida 0,05 puntos respecto a 2015, en el que fue el 4,24% del PIB[9].

II. Los distintos subsistemas de salud

El Sistema de Salud de Ecuador se ha caracterizado por una profunda segmentación, la que se debe a una organización conformada por dos sectores, público y privado; con un sistema de seguridad general financiado por las contribuciones de los trabajadores y los empleadores, la asistencia pública a cargo del Ministerio Público, y sistemas privados para los ciudadanos que poseen mayores ingresos y pueden adquirir un seguro (Giovanni et al. 2017).

Esta fragmentación ha tratado de ser atenuada en los últimos años mediante la creación el año 2009 de la ***Red Publica Integral de Salud (RPIS)***, estrategia encaminada a que los pacientes puedan usar la red de servicios del Seguro Social Ecuatoriano o la de la asistencia pública, indiferente a cuál sea su condición de afiliación. Sin embargo, este proceso aún no ha sido culminado, persistiendo por tanto la fragmentación en el acceso y la atención (Giovanni et al. 2017).

1. El sistema de Salud Pública

A la base del sistema público se encuentra el Ministerio de Salud Pública como la autoridad sanitaria nacional, siendo el ente rector del sistema de salud, así como garante del derecho a la salud. Lo anterior, fundamentado en el artículo 363 de la Constitución de 2008, en el que se describen entre otras funciones del Ministerio de Salud, la formulación de políticas públicas, la universalización de la atención en salud y el fortalecimiento de los servicios estatales en salud, entre otras (Giovanni et al. 2017).

Dicho sistema es financiado por fuentes que provienen de contribuciones del gobierno, contribuciones de los trabajadores y Contribuciones de los empleadores, los que son dirigidos a diversos fondos : MSP, MIES, Municipalidades, ISSFA, ISSPOL y IESS, cada uno de ellos tiene sus propios hospitales y sistemas ambulatorios, con servicios dirigidos a diferentes poblaciones[10] (Lucio et al, 2011):

- El MSP, MIES y Municipalidades a Población sin recursos económicos;
- ISSFA y ISSPOL a Miembros de las fuerzas armadas, policías y sus familias;

[9] Ecuador - Gasto público Salud. Disponible en: https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/ecuador
[10] La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos normalmente hasta los 18 años y hasta los 25 años de edad en situaciones en particular.

- IESS a trabajadores del sector formal y campesinos.

Otros prestadores cumplen pequeñas cuotas de aseguramiento como la Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) [11]y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)[12], las que son financiadas por donaciones y actúan como obras de beneficencia.

El MSP, con la provisión más amplia de servicios del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana y contaba para la atención con 1.922 establecimientos de salud al 2010, sumados a los 75 establecimientos Municipales. Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS, este instituto cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana y tenía 935 establecimientos a la misma fecha. El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, por lo que Ministerio de Defensa, Ministerio de Justicia y de Gobierno y Policía, contaban en su conjunto con 109 establecimientos. A estos establecimientos se suman 13 del SOLCA y 5 del JBG. (Lucio et al, 2011; Giovanni et al, 2017). A pesar de la cobertura, del sistema deja a un casi 30% de la población sin cobertura, dejando fuera especialmente del acceso a los servicios de salud a la población en zonas rurales, indígenas en sus mayoría (Castelo, 2017).

Una de las mayores preocupaciones del MSP ha sido enfrentar el deterioro del recurso humano en la red pública, pero principalmente en los establecimientos del MSP y MIES. Deterioro caracterizado por grandes brechas en el número de profesionales necesarios, en todos los niveles del sistema, bajos salarios y ausencia de estabilidad laboral (Malo -Serrano y Malo- corral, 2014). Aunque entre 1996 y 2010 se incrementó la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud en aproximadamente 21%, en Ecuador todavía prevalece un déficit relativo de médicos y enfermeras (Lucio et al, 2011).

Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución. En la provincia de Pichincha hay 2 médicos por 1.000 habitantes, mientras que en las provincias de Galápagos y Orellana esta razón es de apenas 0.56 y 0.43, respectivamente (Lucio et al, 2011).

a) Cobertura del Sistema Publico

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. Estas prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa, preventiva y de rehabilitación mediante la provisión de ortesis y prótesis; atención quirúrgica y hospitalización; atención médica domiciliaria; subsidio en dinero por enfermedad. Los beneficiarios del IESS también reciben compensación de gastos médicos y atención médica mediante convenios suscritos con diversas clínicas privadas (Lucio et al, 2011).

[11] Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer (SOLCA). Disponible en: https://www.solca.med.ec/hope/#donacion
[12] Junta de Beneficencia de Guayaquil. Disponible en: https://www.juntadebeneficencia.org.ec/

El ISSFA ofrece a sus miembros servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves. El titular tiene una cobertura de 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a los padres, tienen cobertura sólo para ciertas enfermedades. El ISSPOL otorga servicios de asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, odontológica, de hospitalización y farmacéutica, prótesis, ortesis y rehabilitación, así como acciones de medicina preventiva (Lucio et al. 2011).

Desde 1994 con la promulgación de la **Ley de Maternidad Gratuita** (LMG), que se reformó en 1998 constituyéndose en un seguro de salud que garantiza a todas las mujeres (independientemente de su filiación) atención a la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Esta ley también ampara la atención a la salud a los recién nacidos y los menores de 5 años como una acción de salud pública gratuita responsabilidad del Estado. En 2007 el MSP asumió la LMG como un programa regular (Lucio et al. 2011).

Por su parte, desde el año 2007 surge el **Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas**, ejecutado mediante la Red de Protección Solidaria integrada por el MIES y MSP. Este programa financia todos los costos relacionados al tratamiento de enfermedades de alto costo en casos seleccionados (Lucio et al. 2011).

Servicios comunes de atención primaria

Si bien en un primer momento la modificación del sistema de salud se enfocó en poner recursos en el el ámbito hospitalario, la consolidación del SNS viene a sustentarse en la Atención Primaria Salud. Por ello, la reorientación de la inversión pública en la infraestructura y el recurso humano de los servicios de salud hacia el primer nivel. En la planificación de la RPIS hasta el 2017, al estimar la suma de gasto corriente e inversión, se amplía significativamente el porcentaje para primer nivel de 35% en el 2013 para 51% en el 2017, mientras que el de segundo y tercer nivel disminuye de 65% en el 2013 a 40% en el 2017. Una parte significativa de la inversión en talento humano está orientada a fortalecer los equipos para el primer nivel de atención y está previsto que todos los profesionales obtengan la especialidad de salud familiar y comunitaria (Malo-Serrano y Malo –Corral, 2014).

La atención primaria se caracteriza por tener tres tipos de centros de salud:

i. Centro de Salud Tipo A

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, que presta servicios de atención integral de medicina familiar, promoción y recuperación de la salud, prevención de la enfermedad, actividades de participación comunitaria, cuidados paliativos y salud oral. Cuenta además con farmacia/botiquín institucional

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud

- Otros profesionales de la salud (1 profesional)
- Administrativos (1 profesional en Admisión, manejo de archivo, farmacia).

El Cálculo de población por profesional o técnico de la salud que rige por el sector público es para sector urbano de 1 por cada 4000 habitantes y sector Rural de 1 por cada 1500 a 2500 habitantes (MSP, 2013; MCDS, 2019[13]).

ii. Centro de Salud Tipo B

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 25.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología y enfermería; Además, se integró las afectaciones a la salud mental como un problema de atención prioritaria debido a su alta frecuencia y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social, así como también puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrareferencia (MCDS, 2019).

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud
- Psicóloga/o (1 o 2 profesionales)
- Otros profesionales de la salud (12 profesionales)
- Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo, farmacia).

El Cálculo de población por profesional o técnico de la salud que rige por el sector público es para sector urbano de 1 por cada 4000 habitantes y sector Rural de 1 por cada 1500 a 2500 habitantes. Mientras para el Técnico de Atención Primaria de Salud es de 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas y1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas y los odontólogos es de 1 por cada 5000 habitantes (Itinerante)(MSP,2013 ;MCDS, 2019);

iii. Centro de Salud Tipo C

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 25.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos y que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud

[13] Unidades Operativas del Ministerio de Salud, Ministerio Coordinador de desarrollo social. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo_uniope.htm

pública y participación social; Atiende partos (con pertinencia intercultural) y urgencias. Atiende referencia y contrareferencia.

Para cumplir con su objetivo cuenta con un Equipo de Atención Integral de Salud:

- Médica/o
- Enfermera/o
- Odontóloga/o
- Técnico de Atención Primaria de Salud
- Psicóloga/o (1 o 2 profesionales)
- Otros profesionales de la salud (18 a 26 profesionales)
- Administrativos (4 profesionales en Admisión, manejo de archivo y farmacia).

El Cálculo de población por profesional o técnico de la salud que rige por el sector público es para sector urbano de 1 por cada 4000 habitantes y sector Rural de 1 por cada 1500 a 2500 habitantes. Mientras para el Técnico de Atención Primaria de Salud es de 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas y1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas y los odontólogos es de 1 por cada 5000 habitantes (Itinerante) en áreas dispersas y 1 por cada 10000 hab. En Área concentrada (MSP, 2013; MCDS, 2019);

El Técnico de Atención Primaria de Salud cumple un rol fundamental, ya que son el primer contacto con la comunidad, por lo que su perfil técnico es para el trabajo de prevención y promoción, no para lo curativo (Malo –Serrano y Malo-Corral, 2014). Para cumplir con su rol, se considera que este sea una persona de la comunidad, que represente la diversidad étnica y cultural, para lo cual debe ser reconocido y contar con el aval de las organizaciones comunitarias (MSP, 2013).

Servicios comunes de atención secundaria y terciaria

Dado que la modificación del sistema de salud enfatizó la atención primaria, produciendo una descentralización de la atención en salud y facilitando el acceso a la población en general, los hospitales se han ido descongestionando (Giovanni, 2017).

Si bien el nuevo plan de planificación ha establecido zonas, distritos y circuitos a nivel nacional lograr una mejor identificación de necesidades y soluciones efectivas para la prestación de servicios públicos en el territorio. Esta conformación no implica eliminar las provincias, cantones o parroquias, es decir, estos niveles de gobierno conservan su autonomía y funciones (Giovanni, 2017) De este modo los establecimientos de salud del nivel secundario y terciario, se han ido desarrollando en el territorio, a través de 9 zonas, donde se reparten los hospitales básicos y hospitales generales (MSP, 2013).

i. Hospital Básico (HB):

Establecimiento de salud que brinda atención Clínico – Quirúrgica y ambulatoria, por lo que cuenta con los servicios base de: consulta externa, emergencia, hospitalización quirúrgica y obstétrica, laboratorio clínico y e imagenología (MSP, 2103). En la medida que este hospital va aumentando el número de camas también aumenta a otros servicios, tales como atención básica de quemados, rehabilitación y fisioterapia. Cuenta con las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, gíneco-obstetricia, cirugía general, anestesiología), odontología. Tiene farmacia institucional para el establecimiento público

y farmacia interna para el establecimiento privado, con un stock de medicamentos autorizados. Resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia[14].

ii. Hospital General (HG):

Establecimiento de salud que brinda atención clínico-quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley; cuenta con una unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados. Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición y dietética, medicina física y rehabilitación). Dispone de farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contrareferencia[15].

Además de estos modelos hospitalarios que se desarrollan en el territorio, también se encuentran los hospitales especializados y móviles[16]:

i. Hospital Especializado (HE)

Establecimiento de salud de alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad, cuenta con farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico; atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrareferencia. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos especializados.

ii. Hospital de Especialidades (HES)

Establecimiento de salud de la más alta complejidad que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina. Cuenta con farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Está destinado a brindar atención clínico–quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población del país a través del sistema de referencia y contrareferencia; su ámbito de acción es nacional o regional.

iii. Hospital Móvil (HM)

Unidad clínica - quirúrgica reubicable, que integra actividades de prestación de Hospital del día y Consulta Externa con la finalidad de ampliar el acceso a los servicios de salud, de manera rápida a poblaciones en áreas geográficas diversas; de asistir en emergencias y desastres con movilización de

[14] Unidades Operativas del Ministerio de Salud, Ministerio Coordinador de desarrollo social. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo_uniope.htm
[15] Unidades Operativas del Ministerio de Salud, Ministerio Coordinador de desarrollo social. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo_uniope.htm
[16] Unidades Operativas del Ministerio de Salud, Ministerio Coordinador de desarrollo social. Disponible en: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo_uniope.htm

recursos a áreas afectadas por eventos naturales o causados por el hombre; y de apoyar a hospitales fijos con reducción de su capacidad instalada por causas de diferente índole.

iv. Unidad Móvil General (UMG)

Son Unidades de atención ambulatoria, que ofrecen servicios con un paquete básico de atención, el mismo que es complementario a la atención integral e integrada, en función de las normas del Modelo de Atención Integral en Salud. Cubren la demanda espontánea de todos los grupos poblacionales, provee atención a la morbilidad más frecuente, realiza acciones preventivas, actividades de promoción de la salud y del medio ambiente, presta su contingente humano y profesional en situaciones de emergencias y desastres, movilizándose a cualquier lugar del territorio nacional que se requiera.

v. Unidad Móvil Quirúrgica (UMQ)

Brinda servicios de salud en zonas de difícil acceso, en aquellos pacientes con cirugías represadas. "Como apoyo a las Unidades Operativas de segundo nivel de atención que prestarán servicios programados e itinerantes, su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares en donde no existan servicios de salud.

vi. Unidad de Diagnóstico Especializado Oncológica (UMEO)

Es un servicio estratégico de salud móvil terrestre que brinda atención itinerante de prevención de cáncer de mama y útero, cuenta con servicio de laboratorio básico y complementario, rayos X, mamografías para diagnóstico precoz de cáncer de mama, ecosonografía y colposcopia y referencia de lesiones sospechosas tumorales y malignas.

vii. Unidad Fluvial (UF)

Se define como una unidad de salud ambulatoria pública transportable que presta atención itinerante de salud general en las riberas de los ríos o en alta mar. Cuenta con un equipo básico de atención durante el traslado de un paciente.

viii. Unidad anidada (UA)

Son establecimientos de menor nivel de complejidad (Centro de Salud tipo A o B) que son implementados dentro de los hospitales básicos con el fin de realizar la referencia y contrareferencia de usuarios y/o pacientes.

2. El Sistema de Salud Privada

Según el marco legal vigente, el ***Ministerio de Salud Pública*** (MSP) es el ente rector del sistema de salud en el país y por tanto no solo será responsable de formular la política nacional de salud, sino que también el funcionamiento de los actores del sector público y privado que actúan en la salud. Esto le ha entregado al Ministerio el control para cambiar su estructura institucional y crear el Viceministerio de la Gobernanza del Sistema, lo que ha "posicionado su espacio de intervención" en el sistema frente al resto de actores. En este marco el resto de los actores, se definen como actores de interés ya que están involucrados en la trama institucional, pero no poseen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego. El fortalecimiento del MSP ha afectado principalmente al segmento privado, que

reclama mayores espacios de intervención en la definición de las reglas, normas y procedimientos del sistema (Molina, 2018).

El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil. Las primeras están organizadas en la ***Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador*** (ACHPE), entre cuyos objetivos estratégicos se encuentran:

1. Contribuir a mejorar los estándares de calidad y seguridad del paciente en las instituciones miembros de ACHPE.

2. Apoyar la participación de los miembros de ACHPE en el Sistema Nacional de Salud, SNS:

    - Favoreciendo la articulación de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria Privada.

    - Construyendo acuerdos en temas estratégicos de coyuntura y largo plazo en el SNS de Ecuador.

    - Participando en la elaboración, revisión y difusión de normas y acuerdos ministeriales vinculados a temas de salud y a la articulación de las dos redes que conforman el SNS.

    - Canalizando información de doble vía vinculada al perfil epidemiológico del país y a los temas de gestión de riesgo.

3. Organizar y ejecutar espacios de discusión y capacitación de los miembros en temas estratégicos de gestión de las instituciones de salud a nivel privado.

4. Organizar y ejecutar espacios de discusión internos y externos en relación a Leyes, acuerdos ministeriales, reglamentos, y otros temas estratégicos del sector ecuatoriano de salud.

5. Organizar y ejecutar espacios de capacitación de excelencia para los profesionales de salud del país en temas de alto interés e importancia para el sector salud del Ecuador.

Ambos tipos de organizaciones, con y sin fines de lucro, prestan servicios al sistema público mediante el establecimiento de contratos con el IESS, ISSFA e ISSPOL.

a) Seguros de salud

La oferta de seguros privados en Ecuador es diversa. Están las empresas de medicina prepagada que disponen de planes con cuotas mensuales más accesibles. Y las aseguradoras con pólizas mayores por enfermedad, accidente o muerte[17].

[17] Ecuador, seguro médico privado útil en emergencias. Disponible en: https://clustersalud.americaeconomia.com/insumos-y-servicios-hospitalarios/ecuador-seguro-medico-privado-util-en-emergencias

El primer grupo inició su desarrollo hace cuarenta años y en este hay planes dirigidos a los subempleados, trabajadores informales y los que ganan el salario mínimo[18], entre estos el más grande conglomerado es la Corporación Inmedical quienes ofrecen protección en tres áreas[19]:

- **Medicina preventiva**

Se fomenta la *prevención de enfermedades y sus complicaciones en base al conocimiento profundo de nuestros afiliados* con acciones preventivas y rehabilitadoras de la salud. Complementamos tu bienestar con el plan de medicina prepagada diseñado para ajustarse a tus requerimientos específicos[20].

- **Medicina prepaga**

Se ofrecen planes que se diseñan exclusivamente en relación a las necesidades de los afiliados, con un con un *enfoque familiar*, considerando soluciones integrales y oportunas de sus particulares necesidades en salud, o con un *enfoque corporativo* dirigido a las pequeñas y medianas empresas, que busca ***mejorar la productividad, eficiencia y rentabilidad de la organización*** a través de un sistema único de Salud que disminuye los índices de ausentismo y rotación de personal, eleva la motivación y optimiza el clima laboral[21].

- **Medicina ocupacional**

Donde se busca ***mejorar la productividad, eficiencia y rentabilidad*** de la organización a través de un sistema único de Salud que disminuye los índices de ausentismo y rotación de personal, eleva la motivación y optimiza el clima laboral, el que se complementa con un plan de medicina prepaga[22].

Estos planes dan acceso a salud inmediato sin copago, ni deducible. Las personas se pueden afiliar con planes básicos que pueden ir desde US$ 2 al mes si hablamos de planes individuales o de US$ 5,50 al mes si es familiar. Si requieren más beneficios, la cuota puede ser desde US$ 7 (por persona) hasta US$ 14 (familiares). Incluye coberturas ambulatorias en medicina general, pediatría y ginecología con las medicinas en una red preestablecida. Además de ingresos por emergencia y gastos hospitalarios[23].

Para las clases media y alta existen las aseguradoras de salud, que tienen un abanico de opciones con mayores coberturas y primas, en este caso la cuota promedio de los afiliados es de US$ 40 al mes. Este sistema de seguro de vida (que incluye el seguro por gastos médicos) actúa en el gasto grande, como cuando hay una cirugía de US$ 10.000. Los especialistas recomiendan la contratación de un seguro

---

[18] Op. cit.

[19] Corporación inmedical. Disponible en: http://www.corporacioninmedical.com/inmedical/index.php/quienes-somos/mision-vision.html

[20] Medicina preventiva. Disponible en: http://www.corporacioninmedical.com/inmedical/index.php/servicios/medicina-preventiva.html

[21] Medicina prepaga. Disponible en: http://www.corporacioninmedical.com/inmedical/index.php/servicios/medicina-prepagada.html

[22] Corporativos & Pequeñas y Medianas Empresas. Disponible en: http://www.corporacioninmedical.com/inmedical/index.php/servicios/corporativos-pequenas-medianas-empresas.html

[23] Ecuador, seguro médico privado útil en emergencias. Disponible en: https://clustersalud.americaeconomia.com/insumos-y-servicios-hospitalarios/ecuador-seguro-medico-privado-util-en-emergencias

abierto que permita escoger la clínica y al especialista, aunque depende del presupuesto familiar, porque estos son los que tienen más alto costo. Tambien hay que considerar que hay deducible que puede ser por enfermedad o por año calendario[24].

En este segundo grupo, surge hace ya mes de 50 años la Cámara de Compañías de Seguros[25], entidad que agrupa a más de 10 compañías de seguros de Ecuador. Un ejemplo de este grupo es la Compañía de Seguros Cóndor, que ofrece el "seguro de accidentes para ejecutivos"[26], dirigido a profesionales: abogados, profesor, ejecutivo de banco, dentista, cirujano, arquitecto, agentes de seguro entre otras. Profesiones que son clasificadas según el riesgo que tiene su ejercicio profesional.

Dentro de las coberturas del seguro, se encuentra lesiones corporales (incluyendo la muerte de la persona asegurada a consecuencia de un evento accidental súbito e imprevisto cubierto por la póliza), Muerte accidental, Invalidez total o permanente y Gastos médicos.

Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención. El gasto en seguros privados representó sólo 4.8% del gasto privado total en salud (Lucio et al, 2011). (Noviembre, 2019)

Referencias

Castelo, Angel. (2017) Modelo de Sistema de Salud del Ecuador. Disponible en: https://www.gestiopolis.com/modelo-de-sistema-de-salud-del-ecuador/

Décima revisión del Cuadro de Medicamentos Básicos. Disponible en: http://www.conasa.gob.ec/?p=1676

Giovanni, Wilson et al. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Universidad y salud, sección de artículos de reflexión. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00126.pdf

OPS. Perfil del sistema de salud de ecuador (2008). Disponible en:https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-los-procesos-de-cambio-y-reforma&Itemid=599

[24] Op. cit.
[25] Cámara de Compañías de Seguros. Disponible en: http://www.camseg.com/index.html
[26] Seguro de Accidentes para ejecutivos. Disponible en: http://www.seguroscondor.com/que-seguro-necesitas/hogar-y-familia/accidentes-personales-para-ejecutivos

Malo-Serrano,Miguel y Malo-Corral, Nicolas. Reforma de salud en ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública. 2014; 31(4):754-61.Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n4/754-761/es

Ministerio de Salud Pública (2013). La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Disponible en: http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf

Ministerio de Salud Pública (2013). Cartera de Servicios Hospitalarios. Disponible en: https://issuu.com/saludecuador/docs/folleto_hospitales

Ministerio de Salud Pública (2014). Tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf

Molina, Adriano. Funcionamiento y Gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. Núm. 63, Quito, periodo enero-abril 2019, pp. 185-205. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. Disponible en: https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/3070

Lucio, Ruth, et al. Sistema de Salud de Ecuador. Salud pública de méxico / vol. 53, suplemento 2 de 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador (2007). Consejo Nacional de Salud. Disponible en: http://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/biblioteca/LibrosConasa/Marco%20Legal/bt03%20-%20Marco%20General%20de%20la%20Reforma%20Estructural%20de%20la%20Salud%20en%20el%20Ecuador,%20Agosto%202007.pdf

Textos y fuentes normativas

Constitución de la República del Ecuador (2008). Disponible en: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

Decreto Ejecutivo N°400. Reglamento Fijación de precios medicamentos de uso y consumo humano. Registro Oficial Suplemento 299 de 29-jul.-2014. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/REGLAMENTO-FIJACION-DE-RPECIOS-VIGENTE-400.pdf

Decreto Ejecutivo 1376. Reglamento a la ley de seguridad social de la policía nacional. Oficial Suplemento 1007, de 18 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/REGLAMENTO%20A%20LA%20LEY%20DE%20SEGURIDAD%20SOCIAL%20POLICIA.pdf

Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial de Ecuador Nº 423-Suplemento del 22 de diciembre de 2006. Disponible en: https://vlex.ec/vid/ley-67-ley-organica-648443225?_ga=2.188353064.1607382399.1574727408-587522713.1574727408#section_8

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Ley N° 2002-80), Ministerio de Salud Pública. https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf

Ley de Seguridad Social. (2001). Disponible en: https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ecu_segu.pdf

Ley 39. Ley de la comisión de control cívico de la corrupción. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_ecu_anexo25.pdf

Ley 90. Ley de seguridad social de la policía nacional. Disponible en: https://vlex.ec/vid/ley-90-ley-seguridad-643461541#section_37

Ley 169. Ley de seguridad social de las fuerzas armadas. Disponible en: https://www.issfa.mil.ec/descargas/2017/otros/LEY_DE_SEGURIDAD_SOCIAL_DE_LAS_FUERZAS_ARMADAS_71_71.pdf