



# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: ECUADOR

**PERFIL DE RIESGOS, VULNERABILIDAD Y  
EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD  
INFORME FINAL**

Con el apoyo técnico de:



**Organización Panamericana  
de la Salud  
División de Desarrollo de  
Sistemas y Servicios de Salud**

**Oficina de Representación  
en Ecuador**

**ECUADOR, ENERO 2002**

Con el apoyo financiero de la Agencia Sueca para el  
Desarrollo Internacional (ACDI)

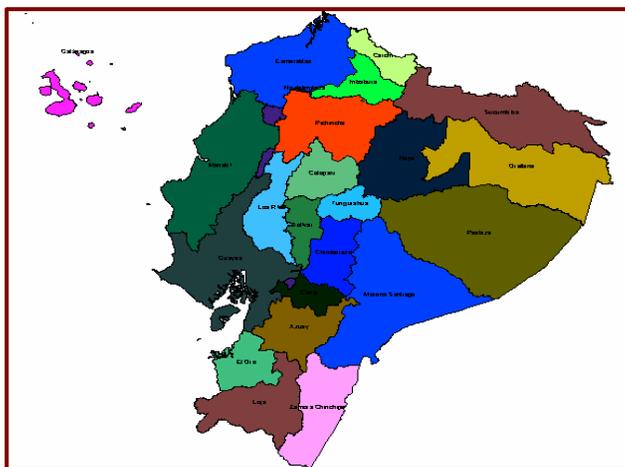
**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:**  
**Da. Nilhda Villacrés A.**  
**Dr. José Yépez M.**

## **CONTENIDO**

- 1) INTRODUCCIÓN**
- 2) OBJETIVOS**
- 3) ASPECTOS CONCEPTUALES**
- 4) CONTEXTO PAIS**
- 5) PERFIL DE RIESGOS, VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN EN SALUD**
- 6) ESTRUCTURA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**
- 7) ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS**
- 8) CONCLUSIONES**
- 9) BIBLIOGRAFÍA**
- 10) ANEXOS:**
  - 10.1 Anexo No 1: Indicadores síntesis: fundamentos metodológicos. SIISE.**
  - 10.2. Anexo No 2: Inventario de Estrategias**

## 1. INTRODUCCION:

Los países de América Latina y El Caribe enfrentan hoy un gran desafío, porque a pesar del compromiso político de proveer a todos sus ciudadanos de un nivel básico de protección social en salud y de los esfuerzos que han representado casi veinte años de reforma de los sistemas de salud, alrededor de un 20% de su población está excluida de los mecanismos de protección existentes contra los riesgos de enfermar y tampoco cuenta con los recursos mínimos para resolver sus problemas.



De acuerdo a las categorías de las Naciones Unidas, el Ecuador se registra como país de desarrollo humano medio; en 1990 se encontraba en el lugar 56 de entre 130 países, en 1999 ocupó la posición 72 entre 174 países, lo que muestra su caída en nivel de logros de desarrollo humano, su tendencia es a la baja. El PIB en 1999 presentó un fuerte decrecimiento (7.3%), sin embargo para el 2000 se obtuvo un 1.9% de crecimiento y para el 2001 se espera un crecimiento de 5%, lo que implicaría una ligera recuperación económica.

Por otra parte la distribución del ingreso en el Ecuador ha empeorado en los últimos 5 años, el 20% más rico de la población es el único grupo que ha podido concentrar más ingreso en el último lustro, llegando a contabilizar el 53% del ingreso total. Por otro lado, el 20% más pobre de la población ecuatoriana ha visto bruscamente reducida su participación en el ingreso especialmente en el 98 a raíz de la crisis económica. El 80% de la población recibe menos ingresos en conjunto que el 20% restante, lo que explica la categorización del Ecuador como uno de los países más inequitativos del mundo. El coeficiente de Gini para 1998 fue de 2.3%.

Los datos indican que la pobreza se incrementó a partir de 1998 por el aumento de la inflación y el desempleo y la caída de los salarios reales que siguieron a la crisis financiera; en 1999 y 2000 la pobreza llegó a afectar a casi la mitad de la población de las ciudades (46%), la región Costa fue la más afectada (49%) y la Sierra (36%). A finales del 2000 la pobreza urbana se detuvo y descendió a un 43%.

Esta situación ha afectado a la salud de la población de diferentes maneras tanto en el incremento de la morbilidad como en la gravedad de las mismas; por otra parte la contracción financiera se reflejó en los presupuestos públicos y a la vez, disminuyó el universo de cotizantes a la Seguridad Social lo que hizo que las respuestas a esta problemática enfrenten serias dificultades.

Este panorama hace que sea necesario profundizar en la situación de desprotección social en salud en el Ecuador de forma que permita encarar al futuro con instrumentos que permitan optimizar los recursos disponibles de la sociedad de mejor manera.

De esta forma el Proyecto de “Protección Social en Salud “ auspiciado por OPS /OMS y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional en su primera fase ha sido una oportunidad para reflexionar, diagnosticar y evidenciar la necesidad de respuestas urgentes a la situación en el Ecuador, sobre todo porque se pretende que este estudio “no sea un ejercicio académico sino un instrumento que facilite el dialogo social y que posibilite el consenso nacional alrededor de la expansión de la Protección Social en salud considerando la exclusión como un problema central”<sup>1</sup> y por esta razón, preparar las condiciones y coordinaciones para las fases siguientes: Dialogo social e implementación de intervenciones.

## **2. OBJETIVOS:**

- a. Evaluar los niveles de la exclusión de los servicios de salud, usando indicadores como la ubicación, la brecha urbana rural, la educación, el tamaño del hogar, la condición migratoria, el grupo étnico, el tamaño del sector informal, los niveles de ingresos, la distancia a los establecimientos de salud, gasto de bolsillo y otros indicadores desarrollados por la OPS.
- b. Identificar la estructura existente de PSS, analizando la cobertura relativa (requisitos de afiliación, paquetes, etc.), el financiamiento, clasificación por tamaño, la estructura de gestión de los subsistemas, las barreras principales que obstaculizan la extensión de la cobertura de atención de salud dentro del marco de los sistemas de atención de salud existentes y la capacidad de organización e institucional para responsabilizarse del aumento de la demanda de los servicios de atención de salud
- c. Identificar las estrategias que se ha implementado para disminuir la exclusión social en salud y las barreras políticas y económicas relacionadas con el desarrollo histórico de los sistemas de salud en los países.

---

<sup>1</sup> Hernan Rosemberg. HSP-OPS. Guatemala. Noviembre 2001

### 3. ASPECTOS CONCEPTUALES

#### 3.1 Sobre la Protección Social en salud

En general, la Protección Social (PS) se refiere a “la garantía de parte de los poderes públicos<sup>(2)</sup> para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas existentes”. En salud estaría relacionado a la demanda (problemas y riesgos) de salud y a la respuesta en términos de acceso, oportunidad y calidad<sup>(3)</sup>.

Todas las definiciones incluyen al menos tres dimensiones:

- Vulnerabilidad y riesgo
- Niveles de (absolutos) de privación considerados inaceptables
- Por medio de una forma de respuesta la cual tiene un carácter social y público

El campo de la protección social tiene dos campos de acción que son convencionalmente distinguidos<sup>4</sup>:

- **Asistencia Social** es definido como beneficios en efectivo o en especies que es financiado por el estado y que es mayormente provisto sobre la base de un promedio o el ingreso. El concepto también incluye esquema de beneficio universal que son basados en impuestos pero no se usa valores promedio.
- **Seguro Social** es la seguridad social que es financiada por contribuciones y que es basada en el principio de aseguramiento. La esencia del seguro es entendido aquí como la eliminación del riesgo incierto de pérdida para el individuo, la familia por la combinación de un amplio número de exposiciones similares individuales o colectivas dentro de un financiamiento común (pooling) que hace beneficioso la pérdida causada por cualquier otro miembro. (van Ginneken 1999)

Estas dos definiciones anteriores se han complementado o articulado, sobre todo porque el enfoque de protección social contribuye al bienestar económico en tres ejes:

- Incrementando la seguridad ; ayudando a los hogares y comunidades a sostener sus medios de vida frente a shocks económicos, políticos, ambientales, de salud y otros, de igual manera, reducir la probabilidad de que estos shocks ocurran.
- Contribuyendo a la igualdad, a través de a) promover niveles de medios de vida que aseguren el incremento de igualdad de oportunidades, permitiendo a todos los hogares para lograr educación básica para sus hijos, tanto como estándares de salud y nutrición necesarios para el desarrollo humano y b) elevar los niveles de consumo y medios de vida para los más pobres; y
- Promoviendo el crecimiento a través de a) asegurar que todos los hogares tengan los recursos para proveer un desarrollo humano básico que asegure una fuerza productiva especializada, b) reforzando los valores de solidaridad social y por su medio contribuir a la cohesión social necesaria para un desarrollo económico de largo plazo y c) proveyendo un ambiente en el que los individuos y hogares sean caoces de

<sup>2</sup> Públicos, no solamente referidos al gobierno sino en términos amplios de ciudadanía.

<sup>3</sup> Panorama de la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe. OIT-OPS. Diciembre /2000

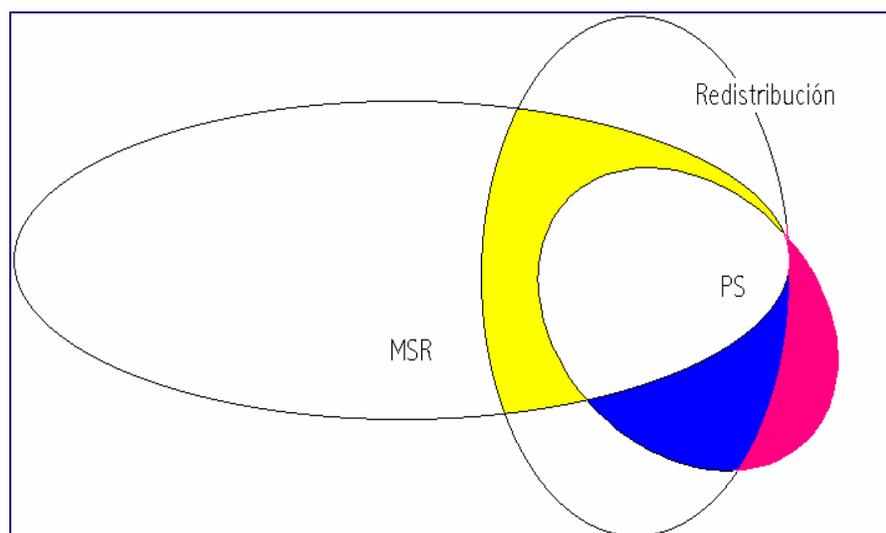
<sup>4</sup> Norton A, Conway t., Foster M., Social Protection and approaches: implications for policy and practice in international development. Febrero 2001 Overseas Development Institute. London.UK

adaptarse a los cambios de las estrategias en los medios de vida sin temor de calamidad o de fracaso.

Debido a lo anterior y ante la necesidad de que las sociedades modernas hagan esfuerzos por mejorar la PS no solo las condiciones sociales mínimas de las personas en tiempos normales y de crisis, se desarrolla una nueva definición y un marco conceptual llamado “Manejo Social del Riesgo” (MSR) el mismo que debiera permitir un mejor diseño de Programas de PS. De esta forma, se entendería como “intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de riesgo y a proporcionar apoyo a quienes se encuentran en extrema pobreza”<sup>(5)</sup>.

En este una definición amplia de PS implica la consideración de intervenciones públicas para (i) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo en mejor forma y (ii) para prestar apoyo a los pobres en situación crítica

**Figura 1: Superposiciones y Fronteras entre Manejo Social del Riesgo, Protección Social y Redistribución<sup>6</sup>**



En la Figura 1, el área azul del conjunto de Protección Social (PS) son aquellos temas al margen de la redistribución y el MSR, (SRM) como la exclusión social; el área rosada es la intersección con la redistribución al margen del MSR, como el apoyo a los ingresos para los más pobres; y el área no sombreada es la Protección Social como parte del MSR; el área amarilla representa los temas de redistribución de los ingresos como parte del MSR, pero al margen de la Protección Social, como inversiones en infraestructura para impedir o mitigar los riesgos. Las áreas sin sombrar del conjunto de redistribución representan las medidas públicas para lograr una distribución más equitativa de los ingresos al margen de las consideraciones de manejo del riesgo, como la tributación progresiva a los ingresos. Por último, el área no sombreada del conjunto de MSR corresponde al manejo del riesgo al margen de la protección social.

<sup>5</sup> Holzmann R. Jorgensen S. Manejo social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá Febrero 2000.

<sup>6</sup> IDEM 5

Una versión ampliada de la PS hace hincapié en los problemas relacionados con la exclusión y la necesidad de políticas públicas inclusivas. Sus objetivos claves son: disminuir la vulnerabilidad, mayor uniformidad del consumo de bienes y servicios esenciales y mayor equidad. Lo que significa:

- Establecer la PS como una red de protección y a la vez un trampolín para los pobres.
- Visualizar la PS no como un costo sino como una inversión en formación de capital humano
- Centrarse menos en los síntomas y más en las causas de la pobreza.
- Considerar la realidad

Las estrategias de la PS son la prevención, mitigación y superación del riesgo a tres niveles de formalidad de manejo del riesgo (informal, de mercado y público) y varios actores (personas, hogares, comunidades, ONGs, diversos niveles del gobierno y organismo internacionales), lo que implica una estrategia compartida de gobierno (es intersectorial), sociedad civil y cooperación internacional.

En salud, es importante definir la necesidad definir el significado de MSR y la exclusión como categorías complementarias y no excluyentes, debido a que la salud es producto de determinantes tanto macro como micro, por lo tanto, en salud es necesario definir una estrategia integral de Expansión de la Protección Social en Salud que se base en el conjunto de riesgos que la población tiene para enfermarse y morir o para alentar una vida más saludable, entre ellos la exclusión.

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de que un individuo de obtener acceso por medio **de uno o varios subsistemas o servicios de salud en una forma adecuada**. Esta exclusión puede ser de tres tipos: a) generada por las características de la oferta de servicios de salud; b) autoexclusión; y c) la calidad de los servicios de salud. Esta falta de acceso incrementa sus riesgos y vulnerabilidad por lo tanto se convierten en un riesgo más, es decir en un factor de mayor vulnerabilidad social.

La exclusión es importante porque plantea los siguientes problemas:

- a) Genera inequidad
- b) Produce y agrava problemas de salud
- c) Induce regresividad del sistema económico
- d) Genera una mala asignación de recursos en el sistema
- e) Le resta competitividad y capacidad productiva a los países

Otro elemento clave es la relación entre pobreza y exclusión, aunque existe asociación entre estos dos conceptos no son sinónimos, hay pobres con acceso y no pobres que son excluidos como el caso de falta de acceso por razones geográficas. Por esta razón, es necesario ampliar las fuentes de riesgo; en el caso de la pobreza, esta tiene relación con la vulnerabilidad pero al mismo tiempo con el poco acceso a instrumentos adecuados del manejo del riesgo.

Es importante destacar que 'la cuestión social fundamental que se plantea en el umbral del nuevo milenio es: como puede generarse riqueza sostenible al mismo tiempo que se consigue cohesión social en el marco de una sociedad libre, sin sacrificar al mismo tiempo

la solidaridad básica, la cohesión de nuestras sociedades y de las instituciones que constituyen la libertad? (Ralph Dahrendorf), lo que implica en el campo de la salud<sup>7</sup>:

- Ampliar la protección social en salud a las poblaciones no aseguradas
- Reducir las brechas de desigualdad entre los distintos esquemas existentes de PS en salud
- Propender hacia la seguridad social en salud con carácter universal
- Incorporar estas cuestiones en las agendas de reforma sectorial en salud

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en América Latina y El Caribe es que no existe claridad en cuanto al estado actual de la exclusión y a cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla, debido a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema. Por otra parte, la segmentación<sup>8</sup> y fragmentación<sup>9</sup> de los Sistemas de Salud<sup>10</sup> agrava mayormente el problema porque dispersan recursos y esfuerzos de la sociedad.

La discusión de MSR y exclusión plantea dos esfuerzos identificar el significado del MSR para salud y la exclusión en salud debido a que el protocolo se orienta a este último, sin embargo un Sistema de Protección Social en Salud apropiado e integral que además de tener responsabilidades sectoriales en esencia sea intersectorial, lo que implica considerar el MSR como categoría central, por lo tanto el esfuerzo de este estudio es en establecer un mapa de riesgos y vulnerabilidad en salud, que permita el análisis e intervención integral en protección social en salud en el Ecuador.

---

<sup>7</sup> López Acuña D. La ampliación de la protección social en salud: retos y perspectivas. Taller sobre Protección Social en salud en AL- Washington. Junio 2001. OPS-OMS

<sup>8</sup> **La segmentación** o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente "especializados" en diversos segmentos de la población, por lo general determinados por nivel de ingresos.

<sup>9</sup> **La fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas

<sup>10</sup> Cecilia Acuña, Bernt Andersson, Hernán Rosenberg. Cecilia Acuña es médico, consultora para la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de PAHO en exclusión y expansión de los sistemas de protección social. Bernt Andersson y Hernán Rosenberg son Asesores Regionales de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de PAHO.

**CUADRO No 1**  
**MAPA DE RIESGOS EN SALUD: FUENTES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD SOCIAL<sup>11</sup>**

RIESGOS		FUENTES DE RIESGO						vulnerabilidad	
		Sociales	Económicos	Ambientales	Desastres naturales	Culturales	Biológicos		De los servicios de salud (exclusión)
Individuales - familiares	Nacionales	Nivel de escolaridad (H- M)	Nivel de pobreza (NBI)	Agua segura		Etnia	Desnutrición crónica	Acceso: Población que no buscó atención	Índice de vulnerabilidad social
		Regionales	Indice multivariado de educación	Ingreso por quintiles	Disposición de excretas				
	Locales	Indice multivariado de educación por género		Hacinamiento	Presencia de Vectores: Dengue Malaria Oncocercosis	Erupción volcánica Terremotos	Anomalías congénitas	Embarazos sin control Población sin seguro Índice de oferta de Salud: déficit de infraestructura Trato inapropiado al usuario Cobertura de inmunización	

<sup>11</sup> Elaborada: GRUPO CONSULTIVO “ PROYECTO DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD”. MSP- MBS/PPS- IESS/SSC- SIISE - CEPAR –OPS- UNICEF. Septiembre 2001

### 3.2 Implicaciones para construir un Sistema de Protección Social en Salud:

Lo anterior significa el desarrollo y/o reforzamiento de estrategias / intervenciones que permitan construir un Sistema de Protección Social en Salud, que en nuestros sistemas fragmentados se organicen en red y garanticen:

- Oportunidades de atención /intervenciones especiales de corto plazo para las poblaciones más pobres, vulnerables y excluidas, que estarían relacionadas con la **superación de riesgos** ante crisis económicas que generan una mayor vulnerabilidad pudiendo ser transferencias a las familias o subsidio en especies o dinero a la oferta, que disminuya en tiempos de crecimiento económico y se incremente en tiempos de crisis; Se operativizaría a través de una red básica descentralizada.

En Ecuador, por ejemplo el Programa PANN 2000.

- Oportunidades de atención de carácter universal tanto colectiva (promoción de la salud y prevención colectiva) de mediano y largo plazo como atención individual referida a la prevención individual; deberían tener financiamiento y provisión públicas por ser de beneficio colectivo y de alta externalidad, son intervenciones de **reducción de riesgos**.

En Ecuador podrían ser los beneficios que se establecen en la Ley de Maternidad Gratuita y los que ya se están dando por parte del MSP; sin embargo habría que analizarlos en cuanto a como se podría garantizar equidad en las mismas.

- Construcción de un aseguramiento que garantice la **mitigación de riesgos** por enfermedad cuyas contribuciones sean definidas de forma progresiva y centradas en las prestaciones que como sociedad se estimen sean las necesarias, protegiendo de forma pública a la población más pobre. Por ejemplo, la Seguridad Social en salud pero sólo cubre al 17% de la población ecuatoriana, sería formas de ampliación y otras intervenciones de aseguramiento

Las intervenciones tanto de reducción como mitigación de riesgos pueden ser articuladas a través de una red ampliada.

A continuación se propone una matriz que permita que a partir del resultado de este estudio pueda realizarse tres acciones para Expandir la Protección Social en Salud y desarrollar un verdadero Sistema:

- Diseño de estrategias para la superación de riesgos de la población más pobre y vulnerable
- ajuste o reorientación de estrategias – intervenciones que ya se desarrolla en términos de prevención y mitigación de riesgos en términos de incorporar de manera eficaz y eficiente el enfoque de demanda y ampliar la cobertura.



**CUADRO No 2**  
**MATRIZ DE INTERVENCIONES EN SEGURIDAD Y PROTECCION SOCIAL EN SALUD**  
 (para iniciar el Dialogo Social)

ENFOQUE	Definición	INTERVENCIONES SUGERIIDAS					Estrategia de intervención RED:			
		Otra Publica	Seguridad social			Transferencia s <sup>12</sup>	Dimensiones			
			Pública	Privada	Mixta		Organización/ Participación	Tecnológ./ comunicn	Financ. a	Gestión/ Interinstituc.
Pobreza										
Demanda	Vulnerabilidad									
	Exclusión									
Oferta	Riesgos geográficos Específicos - Microseguros									
	Poolings de riesgo – seguros de salud únicos									

<sup>12</sup> Con dos puntos importantes: transferencias y focalización: sectorial, transversal, geográfica, por hogar, individuo; y transferencias y formas de entrega: monetarias o especies.

## 4. CONTEXTO GENERAL DEL ECUADOR

### 4.1. Aspectos generales:

El Ecuador es un estado unitario, democrático, pluricultural y multiétnico, con marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la insular de Galápagos. La Constitución establece que su gobierno, es republicano, presidencial, electivo, representativo, responsable, alternativo, participativo y de administración descentralizada.<sup>13</sup>

Situado al noroccidente de Sudamérica, tiene una superficie de 256.370 Km<sup>2</sup> y una población de 12.645.495 habitantes<sup>14</sup> para el 2001 (60.6 % es urbana y 39.4 % es rural), con una tasa de crecimiento de 1.9 % (período 1995-2000) y una densidad de 49.3 hab./Km<sup>2</sup>; de estructura piramidal de base amplia que muestra el predominio de jóvenes menores de 25 años (33.8 %). Estimaciones registradas en el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, SIISE (1999) indican que 12.5 % de la población es indígena pertenecientes a 13 nacionalidades y un 2.8 % son negros<sup>15</sup>.

De acuerdo a la división política-administrativa del Estado existen 22 provincias, 218 cantones y 1149 parroquias (361 urbanas y 788 rurales)<sup>16</sup> y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas establecidas por ley. Dos ciudades, Quito, la capital, con 1.559.844hbs. y Guayaquil, el puerto principal, con 2.079.432 hbs, concentran el 47,9% de la población urbana. La mayoría de provincias (16) tienen menos de 500.000hbs. y cuatro de ellas menos de 100.000hbs. (3 Amazónicas y Galápagos).

**Cuadro No 3**  
**Ecuador: provincias, cantones y parroquias**

Nº	Provincia	Cantones	Parroquias
1	Azuay	14	74
2	Bolívar	7	27
3	Cañar	7	33
4	Carchi	6	32
5	Chimborazo	10	55
6	Cotopaxi	7	40
7	El Oro	14	62
8	Esmeraldas	7	63
9	Galápagos	3	8
10	Guayas	28	63
11	Imbabura	6	42
12	Loja	16	90
13	Los Ríos	12	27
14	Manabí	21	74

<sup>13</sup> Constitución de la República (Art.1)

<sup>14</sup> Proyección de la población para el año 2000, sobre la base del Censo de 1990

<sup>15</sup> Este es un promedio nacional estimado a través de la ECV-1998. La última medición realizada por INEC –SIISE a través de la “Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares” EMEDINHO-2000, estima la población indígena en 17% de la población total; sin embargo se ha considerado pertinente realizar un censo específico por población afro-indígena en este año.

<sup>16</sup> En la división político administrativa (febrero 2001) el número de cantones es de 267 y el de parroquias de 1155. La información se dispone en base a la distribución en 22 provincias, 218 cantones y 992 parroquias.

Nº	Provincia	Cantones	Parroquias
15	Morona Sant	10	56
16	Napo	5	22
17	No delimit	4	7
18	Orellana	4	19
19	Pastaza	4	20
20	Pichincha	9	64
21	Sucumbios	7	32
22	Tungurahua	9	52
23	Zamora Ch.	8	30
Total		218	992

Fuente: INEC. 2000

El Ecuador enfrenta una crisis macroeconómica sin precedentes en cuanto a su complejidad y fuerza, cuyas causas inmediatas incluyen el desastre Natural del Niño de 1997-1998, la variación del precio del petróleo, el débil manejo fiscal, la dolarización y la crisis bancaria, que ha tenido un dramático impacto social. Los principales indicadores económicos y sociales reflejan esta situación:

#### CUADRO No 4 Principales Indicadores Económicos y Sociales

INDICADORES	AÑOS						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PNB (en millones de dólares)	18,006	19,157	19,760	19,710	13,769	13,921	17,119
PNB-per cápita	1,564	1,627	1,655	1,723	1,109	1,100	1,329
Porcentaje de crecimiento anual	2.3	2.0	3.4	3.5	-7.3	2.0	SD
Porcentaje de inflación anual	22.8	25.5	30.7	43.4	60.7	96.4	(*)
Porcentaje de Desempleo (abierto)	6.9	10.4	9.2	11.5	14.4	9.0	SD
Gasto Social del Estado( % PIB)	4.4	4.4	4.4	5.9	5.1	4.3	5.8
Gasto Social (% del Gasto Público)	SD	36.0	SD	29.0	19.5	17.1	20.0
Gasto público en salud (% del PIB)	1.1	1.0	0.8	0.9	0.5	0.6	0.8

(\*) El Plan económico del Gobierno prevé un valor inflacionario menor al 30 % para fines del 2001

**Fuentes:** Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), Informe de sobre el Desarrollo Humano en el Ecuador, editado por el PNUD en 1999 y Base de datos de la Cámara de Comercio de Quito.

Esta crisis afecta a toda la población ecuatoriana pero tiene repercusiones en los sectores de escasos recursos económicos, por ejemplo la tasa de desempleo del quinto más pobre de los ecuatorianos es el doble que aquella de toda la población. Pero además, la crisis ha generado un grupo de nuevos pobres aquellos que han perdido su empleo regular en el sector formal o que han sufrido una fuerte caída de sus ingresos reales. Durante el período 1999-2001, las restricciones fiscales han puesto en riesgo la operación de los servicios públicos afectando sobre todo a la población de escasos recursos que dependen mayoritariamente de ellos.

La situación descrita anteriormente exige respuestas urgentes, en el mediano y largo plazo, sobre todo porque Ecuador es un país vulnerable a varios tipos de crisis. Esta vulnerabilidad se explica por factores económicos, geográficos e institucionales.

Entre los factores económicos se encuentran: la estructura productiva del país dependiente de pocos productos de exportación y el ajuste estructural implementado; el segundo factor relacionado con el proceso de globalización; y el tercer factor económico la condición de subdesarrollo del país que determinan en buena parte una infraestructura inadecuada. De igual forma la adopción de una u otra política

macroeconómica, como fue el cambio del esquema monetario y cambiario incremento su vulnerabilidad.

Entre los factores geográficos se encuentra la ubicación del país, que lo vuelve vulnerable a desastres naturales como el fenómeno del Niño de carácter cíclico y se asienta en el cordón volcánico de los Andes. Los factores institucionales con importante peso están relacionados con la frágil y débil institucionalidad democrática que tiene dificultades para procesar conflictos sociales, existe ausencia de cultura de prevención tanto en autoridades como la población; por otra parte, existe falta de capacidad y eficiencia en la ejecución y coordinación de las respuestas a las crisis, y falta de continuidad en las políticas sociales y sus arreglos institucionales.

#### **4.2 Perspectivas de la Protección Social en el Ecuador:**

En la actualidad, para el Ecuador existen grandes oportunidades para el desarrollo de un Sistema de Protección Social en Salud, sobre todo porque se ha definido una política de Estado Ecuatoriano sobre Protección Social<sup>17</sup> que explicita “garantizar la habilitación y el ejercicio de ciudadanía de las personas en situación de pobreza, vulnerabilidad y exclusión” se inscribe en la estrategia de la Política Social del gobierno actual de: “reducir la pobreza y promoción del desarrollo social a nivel local, basados en la sostenibilidad de la inversión en capital humano y social, contribuyendo al aumento de la productividad y la justicia social en el país, a través de:

- Provisión de proyectos y recursos para la protección de capital humano
- Promoción de alternativas de trabajo
- Fortalecimiento del capital humano y el capital social de comunidades y barrios

Esta política debería inscribirse en los objetivos de la política social que plantea “promover la justicia social redistributiva en cuatro dimensiones”:

- En lo étéreo, de género y discapacidad
- En lo sectorial: privilegio del empleo, educación, salud e infraestructura básica
- En lo distributivo: comenzar por habitantes con menor ingreso relativo y mayor vulnerabilidad
- En lo territorial: empezando con las parroquias más pobres.

En marzo del 2000 se elabora el Plan Social de Emergencia, por los Ministerios de Bienestar Social, Educación y Cultura, Salud Pública, Trabajo, Desarrollo Urbano y Vivienda, Consejo Nacional de Mujeres y el Instituto Nacional del Niño y la Familia, en el marco de la crisis económica y social. Su estrategia global, encaminada a lograr integración entre la política económica y la política social, se basa en atender la emergencia con resultados que contribuyan a largo plazo a enfrentar simultáneamente la crisis económica y social, facilitar el enfrentamiento de la crisis política y lograr que la gente gane y sienta que gane. Se plantearon los siguientes ejes:

- Nutrición para todos los niños y mujeres embarazadas
- Atención materna infantil para niños, madres y mujeres embarazadas
- Asistencia y permanencia escolar
- Participación ciudadana para superar la crisis
- Generación del empleo en torno a programas de emergencia

Para el 2001, se plantea el desarrollo de una red de protección social con los siguientes subprogramas:

<sup>17</sup> Salazar R. Hacia la construcción de una red de Protección del capital Humano y habilitación ciudadana. Quito-Ecuador. Enero 2001.

- Bono Solidario: programa en operación cubre 1.3 millones de beneficiarios y constituye una transferencia de US \$ de 11.5 a madres y US \$ 7 a discapacidades y tercera edad. El bono es eficaz pero requiere mayor focalización
- Bono Productivo: esta intervención se refiere a apoyar a madres y personas discapacitadas para salir de la pobreza financiando el crecimiento y desarrollo de sus actividades productivas, el crédito va de US \$ 40 a 400 dólares
- Beca escolar: transferencia de US \$ 60 dólares anuales a las madres de niños escolares en situación de indigencia que cumplan con un mínimo de 90% de asistencia y sean calificados por el SELVEN ( sistema local de identificación de beneficiarios)
- Capacitación y promoción social
- Fortalecimiento de la Secretaria Técnica del Frente Social

Estos subprogramas se constituirían en la red básica de protección social y el punto de partida para articular un sistema de protección social en el país.

En Salud, aún no existe definido una intervención de superación de riesgos como los anteriores y será preciso en las siguientes fases del Proyecto reflexionar en su diseño o ajuste o reorientación de estrategias que en este momento se están desarrollando.

Existe voluntad del Gobierno Nacional por impulsar una expansión de la Protección Social en Salud tanto desde la Presidencia de la República como del Ministerio de Salud que ha suscrito un Compromiso Político de Gestión 2001 –2002 orientado a “Mejorar la Protección Social en Salud” teniendo como ejes las Políticas de Estado en Salud y la construcción de un Sistema Nacional de Salud, cuyo proceso de discusión y consenso se están iniciando, se señalan los programas prioritarios del MSP:

Programas de desarrollo institucional:	Programas de atención:	Proyectos integrales de salud y desarrollo
Modernización institucional del MSP y Reforma del Sector Salud	P. Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Proyecto Salud para el desarrollo para las Provincias del Norte y Nororiente
	P. Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 200	Pacto Político por la Salud Guayaquil
	P. Medicamentos Genéricos	
	P. Ampliado de Inmunizaciones	
Descentralización en salud	P. Prevención y control del dengue y la Malaria	
	P. Nacional de Control de las Zoonosis	
	P. Nacional de SIDA	
	P Nacional de Tuberculosis	
	P. Extensión de Cobertura	

Por otra parte, el Ministerio de Bienestar Social , ha propuesto impulsar una **política de protección social dirigida a garantizar la habilitación y el ejercicio de la ciudadanía de las personas en situación de pobreza, vulnerabilidad y exclusión**, a través de: 1. la promoción del trabajo, 2. fortalecimiento de su capital humano y el capital social de sus comunidades y barrios; y, 3. La provisión de proyectos y recursos para su protección.

A través del Programa Nacional de Protección Social que tiene el mandato de **administrar y transferir subsidios focalizados para el desarrollo de proyectos de compensación social, y promover proyectos complementarios de conversión de las subvenciones en un mecanismo de estímulo para apoyar programas permanentes de carácter productivo y autogestionables**<sup>18</sup>, pretende en el año 2002 diseñar una intervención para la superación de riesgos en salud que complete su programa de subsidios a la población en mayor riesgo y vulnerabilidad social, para cual ha iniciado algunas actividades tendientes a su realización a corto plazo.

Lo anterior obliga a la construcción de coordinaciones y consensos pertinentes para estas intervenciones en salud de forma que beneficie a los ecuatorianos especialmente los más necesitados orientando y optimizando los recursos nacionales y de la cooperación internacional.

## 5. PERFIL DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL, RIESGOS Y VULNERABILIDAD EN SALUD EN EL ECUADOR

En el Ecuador han existido algunos intentos por establecer áreas, sectores o grupos poblacionales de riesgo, orientados a definir prioridades de la acción social. Uno de los esfuerzos en esa línea es el trabajo "Deterioro de la vida: Un análisis de prioridades regionales en lo social y la salud."<sup>i</sup> Otro de esos esfuerzos lo constituye la elaboración del mapa de la pobreza en el Ecuador.<sup>ii</sup> Entre ellos existen algunos otros que con diferentes metodología y abordaje se han orientado a lo mismo.<sup>iii iv</sup>

Actualmente el Ecuador dispone de un Sistema Integrado de Indicadores Sociales SIISE que resulta del trabajo conjunto de los Ministerios del Frente Social<sup>19</sup>, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional del Niño y la Familia y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector social. Este sistema proporciona información sobre variadas temáticas: satisfacción de necesidades básicas, desigualdad y pobreza, población, economía y medio ambiente.

La función de estos esfuerzos ha sido la posibilidad de incrementar la eficacia de los programas sociales para dirigir las acciones a determinados grupos de la población, es decir, establecer mecanismos de focalización de las intervenciones, **focalizar** implica concentrar la inversión en una población seleccionada según determinadas características con el propósito de elevar el impacto potencial por beneficiario. El mecanismo más idóneo depende en gran medida del tipo y escala de los beneficios involucrados.

En términos generales se pueden distinguir los mecanismos de focalización siguientes:

- focalización geográfica
- focalización por tipo de beneficiario
- La focalización territorial realizada por el Frente Social establece:
  - ❖ Prioridad 1: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres mayor o igual a 80%

<sup>18</sup> Según consta en el Decreto Ejecutivo de creación del Programa de Protección Social

<sup>19</sup> Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social ( Secretaría Técnica del Frente Social), Ministerio de Vivienda, Ministerio el Trabajo y Recursos Humanos, INFA, CONAMU

- ❖ Prioridad 2: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 60 y 80%
- ❖ Prioridad 1: zonas censales de la cabecera cantonal y parroquias rurales del cantón con porcentaje de pobres entre 40 y 60%

Como un criterio adicional, en el caso de los cantones afectados, se clasifico el grado de los efectos del Fenómeno de El Niño de la siguiente manera:

- ❖ Tipo 1: poco afectado
- ❖ Tipo 2: pobreza sobre el 70% y escasos efectos del desastre
- ❖ Tipo 3: pobreza alta (60% con un considerable número de damnificados por el desastre.
- ❖ Tipo 4: fuertemente afectados por el desastre natural según el número de muertos, viviendas destruidas, alumnos que dejaron de asistir a clases y población evacuada.

Para presentar el perfil de la exclusión social, riesgos y vulnerabilidad en salud en el Ecuador, se realizo ante todo una discusión sobre exclusión y la categoría manejo social del riesgo, en esta medida se considero apropiado establecer una Matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud (Cuadro N° 1) que permita direccionar la elaboración del perfil. Se acuerda, además, que la exclusión es una categoría que se centra en acceso, es decir es una consecuencia, por lo tanto, lo importante es definir la magnitud de los riesgos y vulnerabilidad en salud que permita identificar no sólo la exclusión sino las prioridades de intervención en poblaciones específicas.

La información de base que ha sido utilizada para la elaboración de este perfil de exclusión riesgos y vulnerabilidad en salud es la del SIISE con actualizaciones realizadas a julio del 2001. Sus datos deben servir para la formulación de políticas e intervenciones en toda el área social, sin embargo las precisiones particulares en las diferentes áreas de lo social deben ser investigadas de forma específica.

Si bien es cierto que las Encuestas de Condiciones de Vida son el instrumento más idóneo para medios efectos, en el Ecuador no pueden ser desglosados por parroquia y por cantón, su representatividad sólo alcanza regiones, ciudades grandes, las dimensiones urbano - rurales. La última encuesta disponible es del 98, aunque en el momento actual se procesa la del 99, su acceso aún no es totalmente posible, porque la depuración de sus bases aún no esta concluida. Por esta razón, en Ecuador para presentar el perfil se ha tenido que incorporar otras fuentes de información disponibles.

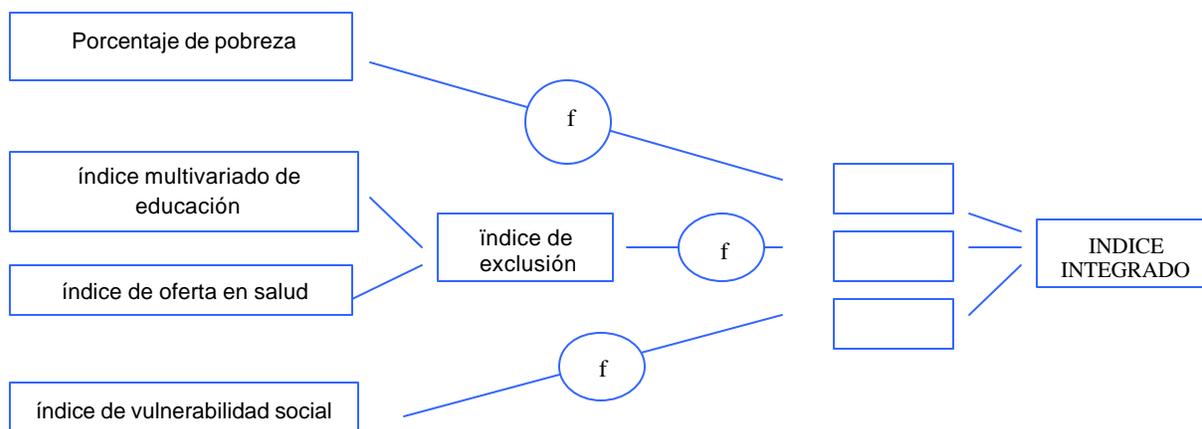
En el caso de salud y basándose en la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud se han construido otros índices para establecer parroquias en las que el riesgo, vulnerabilidad y exclusión social en salud es mayor.

La salud es un producto social determinado no solamente por la acción de los servicios de salud, por lo tanto, las fuentes de riesgo que producen vulnerabilidad son múltiples, uno de esos riesgos es la exclusión (falta de acceso a servicios de salud); el reto de construir un perfil que identifique adecuadamente esta complejidad ha hecho que se utilice tanto indicadores de variables únicas como la correlación de varias variables; esta construcción es un desafío metodológico. Múltiples estudios sobre todo desde Lalonde han estimado los pesos ponderales de los determinantes en la salud, este es el punto de partida para intentar en el país construir indicadores síntesis.

.De esta forma se ha considerado: pobreza, etnia, saneamiento ambiental, los servicios de salud, educación, vulnerabilidad social, cruzadas con las algunas variables de salud: mortalidad infantil, materna, atención del parto, EDA y IRA.

Con la información disponible se ha construido un ***índice integrado*** para establecer riesgo social en salud (riesgos, vulnerabilidad y exclusión), a través de la integración de algunos de las variables identificadas, en función de dar salida operativa a la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud elaborada en las discusiones con el grupo consultivo del proyecto.

El esquema siguiente muestra la construcción de este índice:



Este índice integrado está constituido por:

a) porcentaje de pobreza (no se toma en cuenta la extrema pobreza).

b) índice de exclusión

b.1 índice multivariado de educación (IME) es una medida que resume las diversas dimensiones del proceso educativo, estimada mediante el método estadístico de componentes principales, una técnica que transforma un conjunto de variables en una nueva medida que representa la mayoría de la información contenida en el grupo original. Se estima para cada cantón del país a base de los siguientes indicadores:

- % de mayores de 15 años que saben leer y escribir (alfabetos) (v. Analfabetismo);
- promedio de años de escolaridad general de mayores de 24 años (v. Escolaridad general);
- % de mayores de 24 años que tiene uno o más años de instrucción superior (v. Instrucción superior);
- % de niños/as de 6 a 11 años matriculados en establecimientos de enseñanza (v. Tasa de escolarización por edad);
- % de niños/as de 12 a 17 años matriculados en establecimientos de educación (v. Tasa de escolarización por edad); y
- % de personas de 18 a 24 años matriculadas en centros docentes (v. Tasa de escolarización por edad).

b.2 índice multivariado de oferta en salud (IOS) es una medida que resume las diversas dimensiones de la oferta de servicios de salud en las parroquias y cantones del país. Se estima mediante el método estadístico de componentes principales. Se estima a partir de los siguientes indicadores:

1. Médicos/as que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes) (véase Personal en establecimientos de salud);
2. Personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos/as, obstétricas, enfermeras/os; auxiliares de enfermería (tasa por cada 10.000 habitantes (véase Personal en establecimientos de salud); y
3. Establecimientos de salud sin internación (tasa por 10.000 habitantes).

c) índice de vulnerabilidad social (IVS) es una medida compuesta que resume cinco dimensiones de los riesgos o vulnerabilidad de la población de los cantones del país: el analfabetismo de la población adulta, la desnutrición en los niños/as, la pobreza de consumo en los hogares (extrema pobreza), el riesgo de mortalidad de los

niños/as menores de un año, y la presencia de comunidades étnicas rurales. El IVS se presenta en una escala de 0 a 100 en donde el mayor valor de la distribución representa al cantón con mayor vulnerabilidad social y el menor, a aquel que tiene el menor nivel.

El IVS se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{IVS} = a * \text{Analfabetismo} + b * \text{Desnutrición crónica} + c * \text{Incidencia de la pobreza} + d * \text{Riesgo de mortalidad infantil} + e * \text{Etnicidad} + Fc$$

Cada índice plantea indistintamente 100 a 0 para mayor y menor carencia, por lo que a cada uno de los índices a, b y c se han reclasificado; y de acuerdo a su ubicación en los diferentes quintiles ha recibido una puntuación de 1 a 5. Siendo en todos estos casos la puntuación de 5 equivalente a las mayores carencias o a la menor oferta, a la mayor vulnerabilidad, y uno a la menor en cada una de ellas, Para homogenizar cada uno de los índices individuales y poder construir el integrado.

El índice de exclusión social se construye por multiplicación de los valores 1 a 5 obtenidos para los índices multivariado originales: de educación y de oferta de servicios de salud clasificados en quintiles.

El índice integrado de riesgo, vulnerabilidad y exclusión (inteq) se construye con la suma de los de pobreza, exclusión y vulnerabilidad una vez que han sido amplificados para que cada uno de ellos tenga un peso relativo de 20, 40 y 40%.

Este peso relativo ha sido tomado de trabajos que han logrado establecer ponderalmente la influencia de los factores socioeconómicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud en la determinación de la situación de salud de los grupos humanos.<sup>20</sup>

En la construcción del índice integrado puede parecer a veces que no se maneja la misma lógica de que los mayores valores correspondan a mejor condición relativa de lo que se está midiendo. Por ejemplo si se mide pobreza y se expresa en porcentaje de pobres en relación a la población total, los cantones que tengan los mayores valores de porcentajes de pobreza terminarán ubicándose en el quintil V, que para nosotros convencionalmente representa mayor riesgo. Existe una contradicción aparente en la forma de valoración con otros indicadores, por ejemplo el índice de oferta en salud que se expresa a través de porcentajes, siendo en este caso los valores superiores (100) los que corresponden a mejor oferta de servicios de salud y que para trasladarlo con un valor que siga la misma lógica se realizan las equivalencias, los cantones que tienen los niveles más bajos de oferta de servicios se ubican en el quintil V.

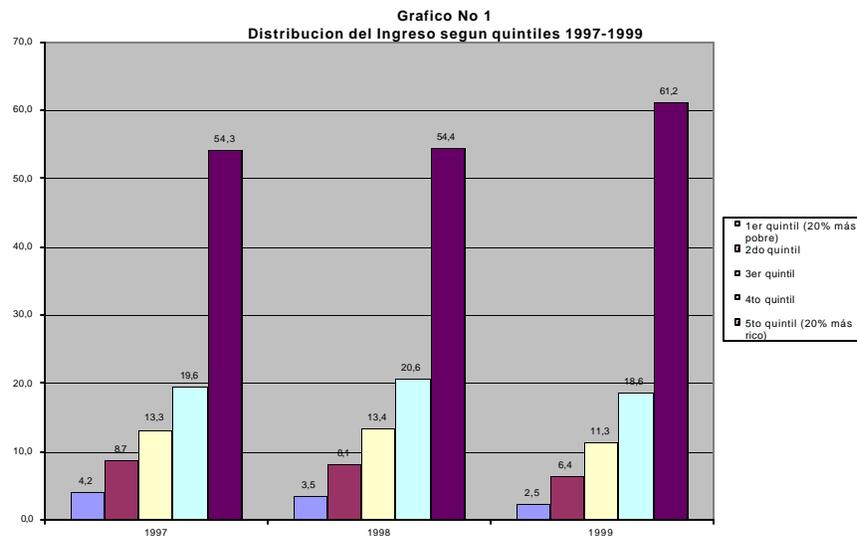
### **5.1. Situación de la pobreza en el Ecuador**

Una de las causas primeras de riesgo para la salud es la pobreza en sus dimensiones de pobreza y extrema pobreza, influyen en la exclusión de varias maneras. Un ingreso bajo es insuficiente para mantener las necesidades básicas con repercusiones visibles en la nutrición, en la defensa contra el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas, como los efectos inmediatos más conocidas y por otra parte es una de las barreras principales para el acceso a servicios de salud cuando estos significan gastos. Implica una base orgánica con limitaciones, labilidad y susceptibilidad

<sup>20</sup> Hidalgo A., Corugedo I., Del Llano J. Economía de la Salud. Ediciones Pirámide. Madrid. España. 2000.

a las enfermedades, ambiente nocivo, dificultad de acceso a servicios básicos, escolaridad baja, etc.

El Ecuador, de manera similar a lo que sucede en otros países de América Latina, ha visto incrementar las diferencias económicas entre sus habitantes. El porcentaje más pequeño disfruta del porcentaje más grande de la riqueza generada. El desempleo para las ciudades más grandes se ubica entre el 12 y el 17% (Guayaquil 17.1, Quito 13.2, Cuenca 11.199) En el resto del país las cifras no son muy diferentes; lo que ha presionado para que grupos importantes, en edad productiva, hayan decidido migrar a países europeos, especialmente España e Italia y a los Estados Unidos, en búsqueda de trabajo para poder mantener a sus familias.



El Gráfico anterior muestra la brechas entre el ingreso de los más pobres y los más ricos en los años seleccionados.

Si este ingreso se relaciona con el consumo que se muestra en el cuadro siguiente las brechas son mayores.

**Cuadro No 5**  
**Distribución del Consumo según quintiles. Ecuador 1999**

Quintiles de población	% del total de consumo
1er quintil (20% más pobre)	5
2do quintil	9
3er quintil	13
4to quintil	20
5to quintil (20% más rico)	53

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Otro dato importante es las diferencias entre sexos de la capacidad de gasto per cápita de consumo anual que se muestra a continuación:

**Cuadro No 6**

<b>Gasto percapita según el sexo del principal proveedor de la familia. 1995</b>				
GRUPOS DE EDAD	Hombres		Mujeres	
	Gasto percapita en sucres de 1995	Hogares	Gasto percapita en sucres de 1995	Hogares
10 a 19 años	55,3	97305	70,90898145	44559
20 a 29 años	88,7	421717	208968,1888	164226
30 a 39 años	98,7	474410	235985,3592	173562
40 a 49 años	110,2	319750	273456,5209	144614
50 a 59 años	115,4	171150	265230,5147	73725
60 años y más	116,6	145811	248079,8274	89260

Fuente: SIISE Versión 2.0. Ecuador 1 US\$ = 2197,2 sucres

La evolución de la pobreza se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro N° 7**  
**Evolución de la pobreza en el Ecuador basada en el método de consumo**

	Incidencia				Brecha <sup>21</sup>				Severidad			
	1995	1998	Oct98/ mar/99	Ab.9/ sep.99	1995	1998	Oct98/ mar/99	Ab.99/ sep.99	1995	1998	Oct98/ mar/99	Ab.99/ sep.99
Nacional	33.9	46.4	46.7	55.9	11.2	17.5	17.2	21.7	5.2	8.9	8.6	11.2
Urbano	19.0	30.2	31.8	42.0	5.0	9.2	9.5	12.8	2.0	4.0	3.9	5.5
Rural	55.6	68.8	68.8	76.6	20.2	29.0	28.1	34.9	9.8	15.6	15.1	19.8
<b>Evolución de la extrema pobreza en el Ecuador basada en el método de consumo</b>												
Nacional	11.8	16.8	16.0	21.0	3.2	4.8	4.5	6.4	1.2	2.0	1.9	2.9
Urbano	4.3	7.0	7.0	9.0	0.9	1.6	1.3	2.0	0.3	0.5	0.4	0.8
Rural	22.7	30.2	28.0	38.0	6.4	9.2	9.1	12.9	2.6	4.1	4.1	6.0

Fuente: SIISE a partir de INEC, ECV varias rondas.<sup>22</sup>

Se estima que en la crisis de 1998-1999 el número de pobres creció en cerca de 400.000 personas lo que representa el 3% de la población. Al finalizar el año 2000, según la última medición disponible, el 63% de los ecuatorianos menores de 18 años vive en hogares cuyos ingresos monetarios eran menores al valor de la línea o umbral de pobreza. Sin embargo a fines del año 2000 la tendencia de aumento de la pobreza urbana se detuvo.

#### 5.1.1a. Pobreza

La posibilidad de disponer de datos tanto nacionales, regionales provinciales, cantonales y parroquiales permite ubicar las poblaciones de mayor riesgo.

**Cuadro No 8**

<sup>21</sup> Incidencia de la pobreza es el porcentaje de "pobres" que pertenecen a hogares cuyo consumo per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios por persona por período de tiempo (generalmente, quincena o mes). Brecha de la pobreza refleja cuan pobres son los pobres y, por tanto, proporciona una idea de la profundidad de las carencias de ingreso o consumo que definen una situación de pobreza.

La Severidad refleja cuánto les falta a las personas (u hogares) para satisfacer sus necesidades básicas (la brecha de la pobreza), toma en cuenta las desigualdades o diferencias de capacidad de consumo que caracterizan a los pobres.

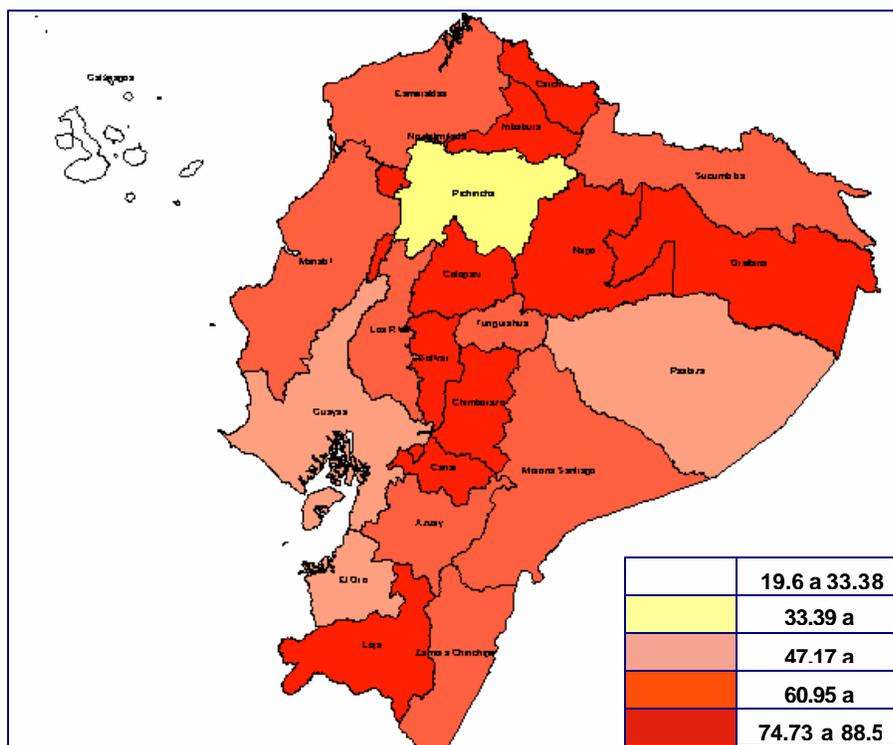
<sup>22</sup> Nota: Las líneas de pobreza aplicada son 1995 US \$ 24, US \$ 27 en 1998 y US \$ 21 en 1999 por persona por quincena. Las líneas fueron calculadas a base del consumo calórico alimenticio y el coeficiente de Engel

### POBREZA EN PROVINCIAS DEL ECUADOR

Provincias	% pobreza	Población pobre	% pobl pobre del total de pobres
Bolívar	88.5	162544	2.1
Loja	83.4	357794	4.7
Cotopaxi	82.9	251592	3.3
Cañar	81.8	177522	2.3
Chimborazo	81.3	345693	4.5
Orellana	80.2	58719	0.8
Imbabura	77.8	256549	3.3
Carchi	77.5	129561	1.7
Napo	77	67386	0.9
No delimitada	76.7	57395	0.7
Tungurahua	74.1	331240	4.3
Los Ríos	71.6	474596	6.2
Manabí	70.7	896366	11.7
Esmeraldas	69.2	300317	3.9
Sucumbíos	66.3	95985	1.3
Morona Santi	64.2	92029	1.2
Zamora Chind	63.8	65863	0.9
Azuay	61.8	387398	5.1
Pastaza	60.9	37304	0.5
Guayas	51.2	1751578	22.8
El Oro	47.9	268166	3.5
Pichincha	44.5	1097479	14.3
Galápagos	19.6	3316	0.0
País	60.6	7666392	100.0

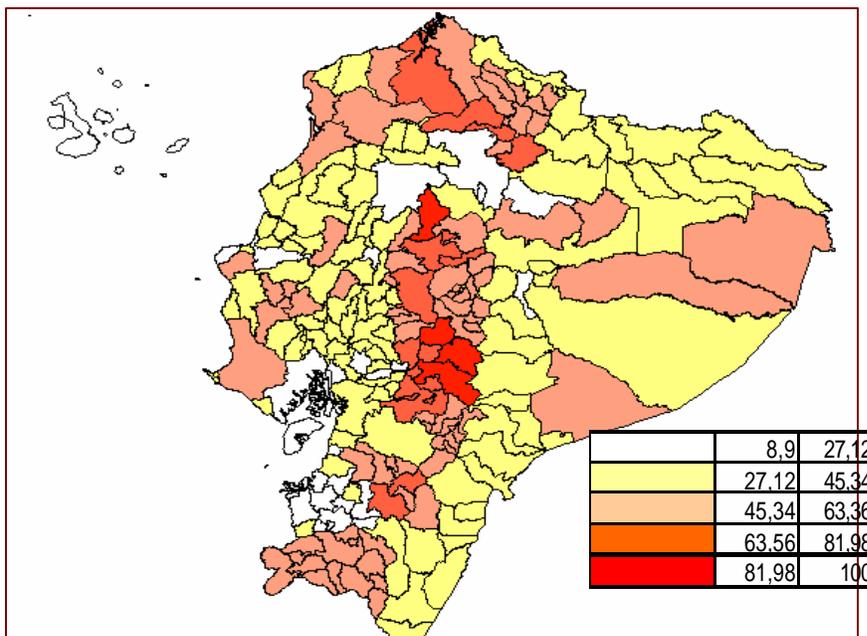
Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Esta distribución se observa en el gráfico siguiente:



A nivel de cantones, el mapa de pobreza se comporta de la siguiente manera:

### Mapa de la pobreza por Cantones. Ecuador. 2000



A nivel parroquial, el porcentaje de pobres varía entre el 14 y el 99.9%. La mediana de esos valores está en 81. La mitad de las parroquias tienen sobre el 80% de pobres entre sus pobladores. Las parroquias organizadas por quintiles muestran que 1 de cada 5 parroquias está en el quintil V, sobre el 90% de pobres. (Cuadro N° 8). Existen provincias como El Oro y Galápagos que no poseen parroquias ubicadas en ese quintil. En el otro extremo están provincias como Loja y Bolívar que tienen al 50% de ellas en V (Tabla 3). Cotopaxi, Chimborazo e Imbabura tienen entre el 30 y 40% de sus parroquias en el quintil más elevado.

### Cuadro No 9

Distribución de parroquias del Ecuador según porcentajes de pobreza (distribuidos en quintiles) I = menor V = mayor pobreza

Provincia	PORPOBQ					Total	% parr V
	I	II	III	IV	V		
Azuay	8	18	26	14	8	74	10,8
Bolívar	1	2	2	7	15	27	55,6
Cañar	2	5	9	8	9	33	27,3
Carchi	2	5	6	16	3	32	9,4
Chimborazo	2	7	7	18	21	55	38,2
Cotopaxi	1	6	9	11	13	40	32,5
El Oro	45	10	7			62	0,0
Esmeraldas	3	11	20	14	15	63	23,8
Galápagos	8					8	0,0
Guayas	18	22	11	9	3	63	4,8
Imbabura	3	7	7	12	13	42	31,0
Loja	1	5	11	20	53	90	58,9
Los Ríos	3	8	7	6	3	27	11,1
Manabí	5	10	18	22	19	74	25,7

Morona Santiago	27	17	9	3		<b>56</b>	0,0
Napo	9	4	2	3	4	<b>22</b>	18,2
No delimitadas	2	1	3	1		<b>7</b>	0,0
Orellana		4	2	6	7	<b>19</b>	36,8
Pastaza	7	3	3	3	4	<b>20</b>	20,0
Pichincha	21	17	15	10	1	<b>64</b>	1,6
Sucumbíos	13	12	3	3	1	<b>32</b>	3,1
Tungurahua	5	15	17	9	6	<b>52</b>	11,5
Zamora Chinchipe	12	10	4	4		<b>30</b>	0,0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>199</b>	<b>198</b>	<b>199</b>	<b>198</b>	<b>992</b>	20,0

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

,La pobreza estimada para el Ecuador a través de la medición de la ECV- 1999 es de **55.9. En números absolutos para el año 2000 existen 7039196 pobres en el país**

#### 5.1.2.a Extrema pobreza:

Los porcentajes de población en extrema pobreza para cada una de las parroquias varía entre 0 a 82,7. La mitad de las parroquias tiene porcentajes de población en extrema pobreza sobre el 34%. Una de cada cinco parroquias tiene porcentajes de pobreza ubicados en el quintil V. La distribución de esos porcentajes de población de parroquias en quintiles evidencia que una de cada cinco parroquias tienen a la mitad de su población en extrema pobreza (sobre 49% de su población)

**Cuadro No 10**  
**Distribución de parroquias del Ecuador según porcentajes de extrema pobreza**  
**(distribuidos en quintiles). I = menor V = mayor pobreza**

Provincia	POREXPQ					Total	% parr en V
	I	II	III	IV	V		
Azuay	5	17	26	11	15	<b>74</b>	20,3
Bolívar	1		3	10	13	<b>27</b>	48,1
Cañar	1	3	7	10	12	<b>33</b>	36,4
Carchi		3	9	11	9	<b>32</b>	28,1
Chimborazo	1	8	3	18	25	<b>55</b>	45,5
Cotopaxi		3	9	13	15	<b>40</b>	37,5
El Oro	46	11	5			<b>62</b>	0,0
Esmeraldas	3	16	23	18	3	<b>63</b>	4,8
Galápagos	8					<b>8</b>	0,0
Guayas	29	22	9	3		<b>63</b>	0,0
Imbabura		3	5	14	20	<b>42</b>	47,6
Loja		3	7	19	61	<b>90</b>	67,8
Los Ríos	4	10	10	3		<b>27</b>	0,0
Manabí	6	18	25	21	4	<b>74</b>	5,4
Morona Santiago	31	11	6	6	2	<b>56</b>	3,6
Napo	10	4	2	5	1	<b>22</b>	4,5
No delimitadas	3	1	3			<b>7</b>	0,0
Orellana	2	5	1	7	4	<b>19</b>	21,1
Pastaza	9	3	2	3	3	<b>20</b>	15,0
Pichincha	7	18	21	13	5	<b>64</b>	7,8
Sucumbíos	15	12	1	3	1	<b>32</b>	3,1
Tungurahua	4	19	14	10	5	<b>52</b>	9,6
Zamora CH.	13	10	6	1		<b>30</b>	0,0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>200</b>	<b>197</b>	<b>199</b>	<b>198</b>	<b>992</b>	20,0

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

El 60% de la población del país está bajo la línea de pobreza. 19 provincias tienen porcentajes superiores al promedio nacional y 12 de ellas tienen porcentaje de pobreza superior al 70%. Entre esas provincias destacan las de la sierra Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Imbabura, Carchi y Tungurahua; entre las de la costa Manabí y Los Ríos y del Oriente las provincias de Napo y Orellana.

Si el análisis se hace por la población que ello representa y del peso relativo que cada una de las provincias tiene por el volumen poblacional correspondiente de pobres, Pichincha, Guayas y Manabí concentran el 50% de los pobres del país.

**En base a la ECV-99 la extrema pobreza es de 21% .**  
**En el país existen para el año 2000, 2 709.022 habitantes en extrema pobreza en el país**

### 5.1.1.b Empleo

En el Ecuador, la población en edad de trabajar (PET) se estima para 1999 en 5.957.965 habitantes y la PEA en 3755632 habitantes, según la Encuesta de Empleo y desempleo. El subempleo es valorado en visible e invisible, en el primero el porcentaje es de 3.8% y el invisible es de 9.9%, en ambos casos las mujeres tienen un 10% más que los hombres.

La magnitud del desempleo por grupos de edad y sexo se muestra a continuación:

#### Tasa de desempleo según grupos de edad

Edad (años)	Sexo	1997(%)	1998(%)	1999(%)
12 - 17	Hombres	13	15,3	21
	Mujeres	16,6	24,3	31,9
	Ambos	14,3	18,6	25,1
18 - 24	Hombres	15,4	17,6	20,1
	Mujeres	26	32,9	33,7
	Ambos	19,8	24,1	25,9
25 - 34	Hombres	6,4	7	8
	Mujeres	14,3	16,3	21,3
	Ambos	9,7	11,3	13,6
35 - 49	Hombres	3,1	4,5	5,8
	Mujeres	5,7	7,5	12,5
	Ambos	4,2	5,8	8,7
50 - 64	Hombres	4,3	4,7	8,2
	Mujeres	5,9	7,7	6,9
	Ambos	4,9	5,7	7,8
65 o más	Hombres	3,7	6,4	14
	Mujeres	1,2	2,1	5,2
	Ambos	3	5,1	11,3
Todos/as	Hombres	7	4,8	10,8
	Mujeres	12,7	16	19,6
	Ambos	9,2	11,5	14,4

Fuente: INEC, Encuestas urbanas de empleo, subempleo y desempleo.

Serie: 1988-99. Elaboración: SÍMUJERES - SIISE



## 5.2 Etnias:

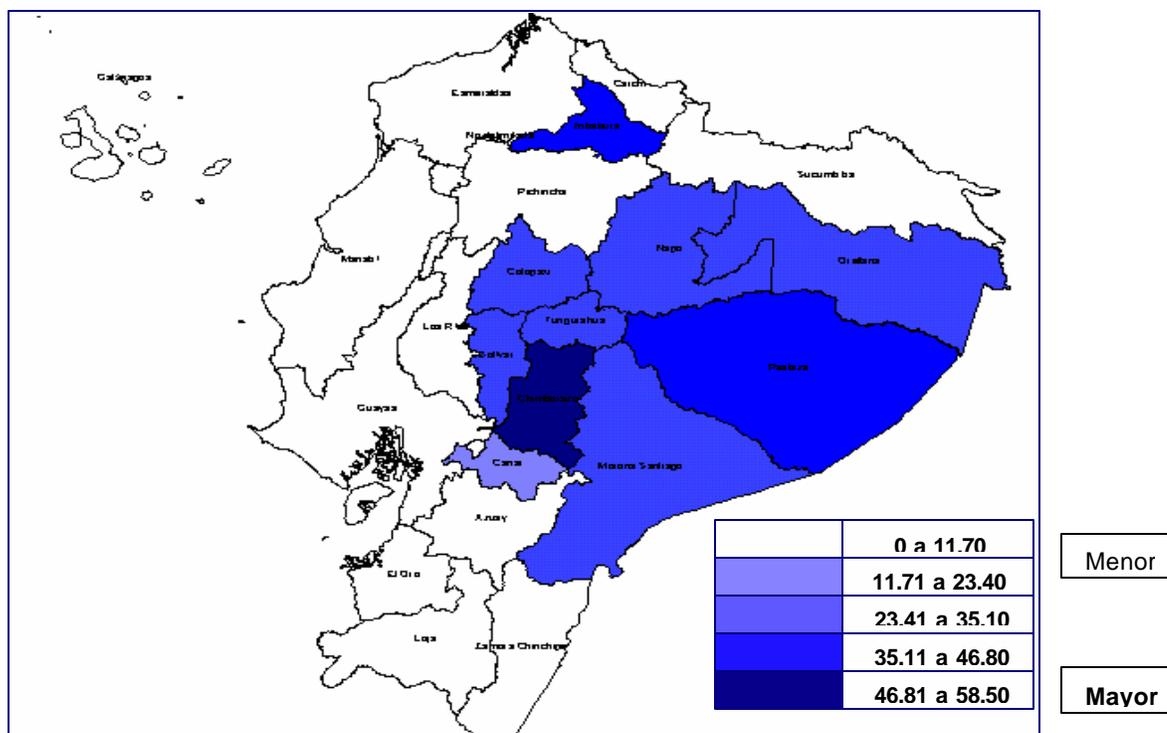
Un factor que se asocia con la pobreza es la presencia de etnias, en Ecuador tenemos población indígena y negra que se localiza más en las áreas rural, existe mayor población indígena que negra como se observa a continuación:

**Cuadro No 11**  
**POBLACIÓN INDÍGENA RURAL EN PROVINCIAS DEL ECUADOR**

Provincias	% Población indígena rural
Chimborazo	58.5
Pastaza	45.9
Imbabura	40.1
Morona Santiago	32.9
Bolívar	29
Cotopaxi	28.9
Napo	28.4
Tungurahua	27.1
Orellana	25.2
Cañar	21.8
Sucumbíos	10.4
Pichincha	9.6
Zamora Chinchipe	8.5
Guayas	7.3
Azuay	6.4
Loja	5.2
Manabí	3.8
Esmeraldas	1.3
Carchi	0
El Oro	0
Los Ríos	0
Galápagos	0
No delimitada	0
País	13.9

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

La distribución geográfica se observa en el siguiente mapa:



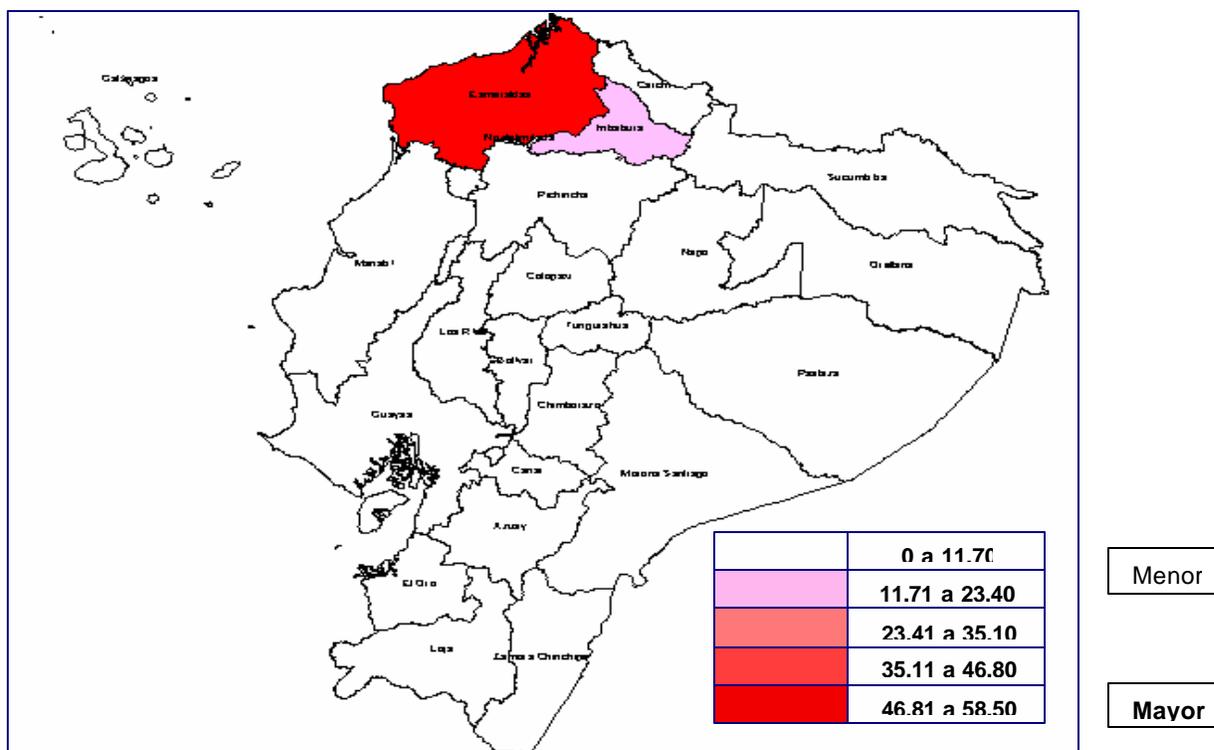
Otra etnia importante es la negra, no por la magnitud sino por la extrema pobreza de este grupo. El 3.1% de la población rural es negra y este grupo étnico se concentra fundamentalmente en la provincia de Esmeraldas. Carchi e Imbabura, dos provincias norteñas y cercana a Esmeraldas tienen 1 de cada diez habitantes negro.

**Cuadro N° 12**  
**Población negra rural en provincias del Ecuador**

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Provincias	% Población negra rural	Grupo
Esmeraldas	53	5
Imbabura	11.7	2
Carchi	10.5	1
Sucumbios	0.3	1
...		
....		
País	3.1	

### POBLACIÓN NEGRA RURAL EN PROVINCIAS DEL ECUADOR



*Significaba para 1995 630840 indígenas en el país y 139369 negros en el país, sin embargo la cuantificación de pobreza y extrema pobreza no esta disponible en el país.*

### 5.3 Infraestructura básica

La infraestructura básica esta asociada con la salud por varias vías, como entorno saludable si es adecuada y si no lo es como fuente de riesgos sobre todo para las enfermedades de transmisión hídrica.

### 5.3.1 Disponibilidad de agua

La información disponible expresa el porcentaje de personas que residen en viviendas que se abastecen de agua de la red pública. Esto no implica aseveraciones sobre calidad, cantidad ni horario de abastecimiento. Es una aproximación de todas maneras útil. Se observa que siendo el valor país del 78%, existen provincias como Esmeraldas, Los Ríos y 3 de las provincias orientales (Pastaza, Sucumbíos y Orellana) que no sobre pasan el 64%. En Esmeraldas 4 de cada diez personas no dispone de servicio agua de red pública.

**Cuadro No 13**  
**Disponibilidad de agua entubada por red pública**  
**Provincias del Ecuador - Estimación 2000**

provincia	% personas disponen de agua entubada por red pública	provincia	% personas disponen de agua entubada por red pública
Azuay	86,2	Los Ríos	62,3
Bolívar	83,9	Manabí	82,1
Cañar	79,6	Morona Santiago	84,0
Carchi	94,4	Napo	73,0
Chimborazo	90,1	No delimitadas	0,0
Cotopaxi	86,9	Orellana	63,8
El Oro	86,7	Pastaza	61,2
Esmeraldas	58,9	Pichincha	91,3
Galápagos		Sucumbíos	62,9
Guayas	67,3	Tungurahua	84,5
Imbabura	86,5	Zamora Chinchipe	70,3
Loja	80,3		
País		78.0	

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

**Cuadro N° 14**  
**Parroquias del Ecuador de acuerdo a quintiles de disponibilidad de agua por red de abastecimiento público**

provincia	I mejor oferta	II	III	IV	V peor oferta	Total	% parroquias en V
Azuay	18	14	23	7	12	74	16,2
Bolívar	6	7	3	9	2	27	7,4
Cañar	10	12	5	3	3	33	9,1
Carchi	20	5	3	1	3	32	9,4
Chimborazo	23	11	12	4	4	54	7,4
Cotopaxi	4	10	14	10	2	40	5,0
El Oro	9	6	18	17	12	62	19,4
Esmeraldas	3	4	3	12	41	63	65,1
Galápagos							
Guayas	11	5	14	21	11	62	17,7
Imbabura	2	15	13	7	5	42	11,9
Loja	25	10	11	27	16	89	18,0
Los Ríos		1	3	17	6	27	22,2
Manabí	14	9	22	19	8	72	11,1
Morona Sant	2	20	19	8	6	55	10,9

Napo	1	4	6	9	2	22	9,1
No delimit					7	7	100,0
Orellana	7		1	1	10	19	52,6
Pastaza	1	2	2	7	8	20	40,0
Pichincha	17	23	18	4		62	0,0
Sucumbíos	8	2	3	2	17	32	53,1
Tungurahua	7	11	19	9	5	51	9,8
Zamora Ch.	7	5	3	5	10	30	33,3
	195	176	215	199	198	983	20,1

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Destacan absolutamente la provincia de Esmeraldas que tiene el 60 % de sus parroquias en el quintil de la peor disponibilidad del servicio de agua a través de red pública. Constan también como importantes en ese sentido las provincias orientales de Pastaza, Sucumbíos y Orellana que tienen sobre el 60% de sus parroquia en esa condición.

El Informe de desarrollo humano. Ecuador 2001, PNUD 2001, estima que para el año 2000 que abastecimiento adecuado de agua es de 56.97% para el área urbana, 9.66% para el área rural con un promedio nacional de 39.59%

### 5.3.2 Índice de Saneamiento Básico:

Está disponible un índice de saneamiento básico (insab) construido por el SIISE, que constituye una síntesis de la disponibilidad de agua entubada por red pública y la presencia de servicio de alcantarillado. Sus valores van de 30 a 100, siendo 100 la mejor oferta de servicio.

El valor para el país es de 54 y la mitad de las provincias se encuentran bajo este valor promedio nacional. Los menores valores corresponden a las provincias de Galápagos (37), Los Ríos (47), Sucumbíos (47), Napo (48) y Esmeraldas. Pichincha e Imbabura son las que tienen los mejores valores (58 y 57)

**Cuadro No 15**  
**Saneamiento básico en provincias del Ecuador \***

Provincia	Índice de Saneamiento Básico	Provincia	Índice de Saneamiento Básico
Azuay	53,9	Los Ríos	47,5
Bolívar	56,5	Manabí	55,3
Cañar	52,0	Morona Sant.	52,1
Carchi	56,8	Napo	48,6
Chimborazo	57,4	No delimitadas	30,5
Cotopaxi	54,8	Orellana	45,4
El Oro	55,5	Pastaza	48,0
Esmeraldas	49,0	Pichincha	58,5
Galápagos	37,3	Sucumbíos	47,0
Guayas	51,9	Tungurahua	56,7
Imbabura	57,5	Zamora Ch.	51,5
Loja	54,7		
País		54	

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Un análisis de este índice de saneamiento por quintiles muestra la distribución del mismo para las parroquias de cada provincia. Este panorama se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro No 16**  
**Parroquias del Ecuador según índice de saneamiento básico**  
**(estimación al 2000)**

I= menor disponibilidad      V = mayor disponibilidad

Provincia	Índice de saneamiento básico (quintiles)					Total	% en I y II
	I	II	III	IV	V		
Azuay	13	22	22	10	7	74	47,3
Bolívar	2	1	8	6	10	27	11,1
Cañar	3	5	13	9	3	33	24,2
Carchi	2	7	5	12	6	32	28,1
Chimborazo	4	5	6	18	22	55	16,4
Cotopaxi	2	11	10	10	7	40	32,5
El Oro	9	16	12	21	4	62	40,3
Esmeraldas	41	8	6	4	4	63	77,8
Galápagos	7	1				8	100,0
Guayas	7	24	10	9	13	63	49,2
Imbabura	6	4	9	7	16	42	23,8
Loja	17	22	13	13	25	90	43,3
Los Ríos	5	15	5	2		27	74,1
Manabí	10	15	14	17	18	74	33,8
Morona Sant	8	11	22	11	4	56	33,9
Napo	3	6	7	4	2	22	40,9
No delimit	7					7	100,0
Orellana	11	1	3	1	3	19	63,2
Pastaza	9	7		3	1	20	80,0
Pichincha		3	15	23	23	64	4,7
Sucumbios	17	3	5	1	6	32	62,5
Tungurahua	4	8	10	18	12	52	23,1
Zamora Ch.	11	6	4	3	6	30	56,7
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>201</b>	<b>199</b>	<b>202</b>	<b>192</b>	<b>992</b>	<b>40,2</b>

Fuente: SIISE 2.O. Mayo 2001

Existen provincias que tienen sobre el 70% de sus parroquias en niveles bajos (I y II) de este índice compuesto. Destacan en estas condiciones deficitarias Esmeraldas, Galápagos, Los Ríos y Pastaza.

#### **5.4 Oferta de servicios de salud**

Los servicios de salud se consideran como la respuesta a los problemas de salud, es uno de los factores determinantes, su peso específico es mayor en los países subdesarrollados; las limitaciones para un efecto eficaz son el acceso, la calidad; la exclusión social en salud ha estado ligada a problemas de cobertura e insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Son necesarios sobre todo cuando existe un sustrato biológico que pudiera considerarse lábil y que si se expone a riesgos económico- sociales, ambientales además de sus propios biológicos, requiere respuestas adecuadas. , por diferentes motivos, de los servicios de salud para su control y o recuperación.

Los servicios públicos de salud en el país están en una crisis persistente y prolongada lo que imposibilita que cuali y cuantitativamente sean la respuesta que merece la población que acude a solicitarla.

##### **5.4.1 Recursos humanos en salud:**

La tasa de médicos por 10.000 habitantes varía de 0.0 a 22.5 en los cantones del Ecuador. El cantón Cuenca es el que mayor oferta relativa ofrece. El 75% de los cantones tienen tasas de médicos x 10.000 hab inferiores a 6.6

El 90% de los cantones no llega al 10 x 10000 (o 1 x 1000) recomendado como estándar de la relación médicos/habitantes. El 68% de los cantones no llega a 5 médicos x 10.000

Esto que implica deficiencias de oferta de médicos en la mayoría de las regiones del país y por lo tanto es también una forma de excluir a la población de la posibilidad de ser atendida en su demanda, amerita una mejor asignación de recursos.

**Cuadro No 17**  
**Tasa de médicos x 10.000 habitantes en cantones del Ecuador**

Provincia	Tasa x 10.000					Total
	0 a 5	5,1 a 10	10,1 a 15	15,1 a 20	20,1 a 25	
Azuay	6	7			1	14
Bolívar	6	1				7
Cañar	5	1		1		7
Carchi	4	2				6
Chimborazo	9		1			10
Cotopaxi	5	1				6
El Oro	7	6	1			14
Esmeraldas	4	2				6
Galápagos		2		1		3
Guayas	24	1	2	1		28
Imbabura	4	1	1			6
Loja	12	3		1		16
Los Ríos	11		1			12
Manabí	16	4	1			21
Morona Santiago	2	6	1	1		10
Napo	1	3				4
No delimitadas	4					4
Orellana	3	1				4
Pastaza	1		3			4
Pichincha	4	3		1		8
Sucumbios	6	1				7
Tungurahua	8		1			9
Zamora Ch.	6	2				8
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>47</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>214</b>

Fuente: SIISE 2.0. Mayo 2001

Solamente 6 provincias superan el promedio nacional de 9,3 médicos por 10.000 habitantes. Existen provincias de la amazonía que no llegan ni a 5 médicos por 10.000 (Orellana, Sucumbios y Zamora)

Las únicas provincias que superan el promedio nacional son las de Guayas, Pastaza, Galápagos, Pichincha y Azuay. Recordemos que en Guayas, Pichincha y Azuay se encuentran las principales ciudades del país (Guayaquil, Quito y Cuenca, respectivamente)

#### 5.4.2 Enfermeras

Con relación a las enfermeras las tasas x 10.000 varían en los diferentes cantones entre 0 y 12.3 y el 80% de cantones tiene tasas de disponibilidad de este recurso humano inferiores a 3,1 x 10000.

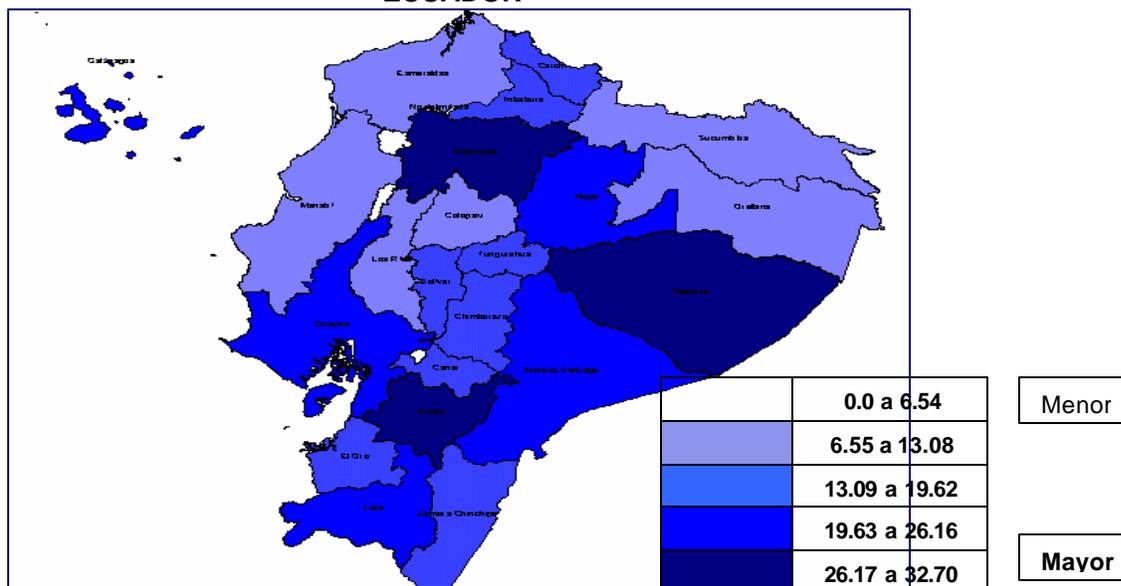
### 5.4.3 Personal de servicios de salud

Se identifican 13 provincias en las que el personal de servicios de salud no llega a 25 x 10.000 habitantes ( se incluye aquí todo el personal sin hacer discriminaciones de formación). Las con menor oferta en este sentido son las orientales (Orellana, Sucumbíos, Zamora) , tres de la costa (Los Ríos, Manabí y Esmeraldas) y de la sierra Cotopaxi, Carchi, Bolívar, Chimborazo)

**Cuadro No 18**  
**Personal de Servicios de Salud en provincias del Ecuador. (x 10.000 habitantes)**

Provincias	Indicador		
No delimitada	3.9	El Oro	23.3
Orellana	11.6	Cañar	23.7
Sucumbíos	12.9	Imbabura	25.5
Los Ríos	13.3	Napo	26
Manabí	17	Guayas	28
Esmeraldas	17.6	Loja	28.8
Cotopaxi	18.1	Morona Santiago	31
Carchi	19.5	Galápagos	32.5
Zamora Chinchipe	20.8	Azuay	35.9
Bolívar	20.9	Pichincha	36.6
Chimborazo	21.9	Pastaza	40.7
Tungurahua	21.9		
País		26.3	

### PERSONAL DE SALUD POR 10.000 HABITANTES EN PROVINCIAS DEL ECUADOR



**Cuadro No 19**  
**Personal de Salud en provincias del Ecuador 1998. (x 10.000 habitantes)**

Provincia	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Obstetrices	Aux. Enf.
No delimitadas	1,7	0,1	0,1	0,1	1,8
Orellana	3,6	2,1	1,1	0,3	4,4
Sucumbios	4,7	2,0	1,7	0,7	3,9
Zamora Ch.	4,9	3,4	1,6	0,7	10,2
Carchi	5,0	3,3	2,1	0,7	8,4
Cotopaxi	5,1	3,0	1,3	0,8	7,9
Los Ríos	5,2	1,2	1,0	0,6	5,4
Bolívar	5,4	4,2	2,3	0,8	8,2
Manabí	5,8	3,2	1,0	0,4	6,7
Esmeraldas	5,9	1,7	1,2	0,6	8,2
Napo	7,0	4,8	2,4	0,5	11,3
Chimborazo	7,3	4,4	1,5	0,4	8,3
Tungurahua	7,7	3,6	1,4	0,4	8,8
Imbabura	7,7	6,4	1,9	0,5	9,1
Cañar	7,8	3,8	1,8	0,3	10,1
El Oro	7,9	3,4	1,3	0,6	10,1
Morona Sant.	8,6	4,5	3,7	0,8	13,3
Loja	9,6	5,1	1,6	0,3	12,1
Guayas	9,9	4,0	1,0	0,7	12,4
Pastaza	10,5	6,0	3,7	1,2	19,3
Galápagos	11,2	3,0	5,3	0,6	12,4
Pichincha	13,2	8,4	1,9	0,8	12,4
Azuay	17,0	6,1	1,7	0,3	10,8
Pais	9,3	4,7	1,4	0,6	10,3

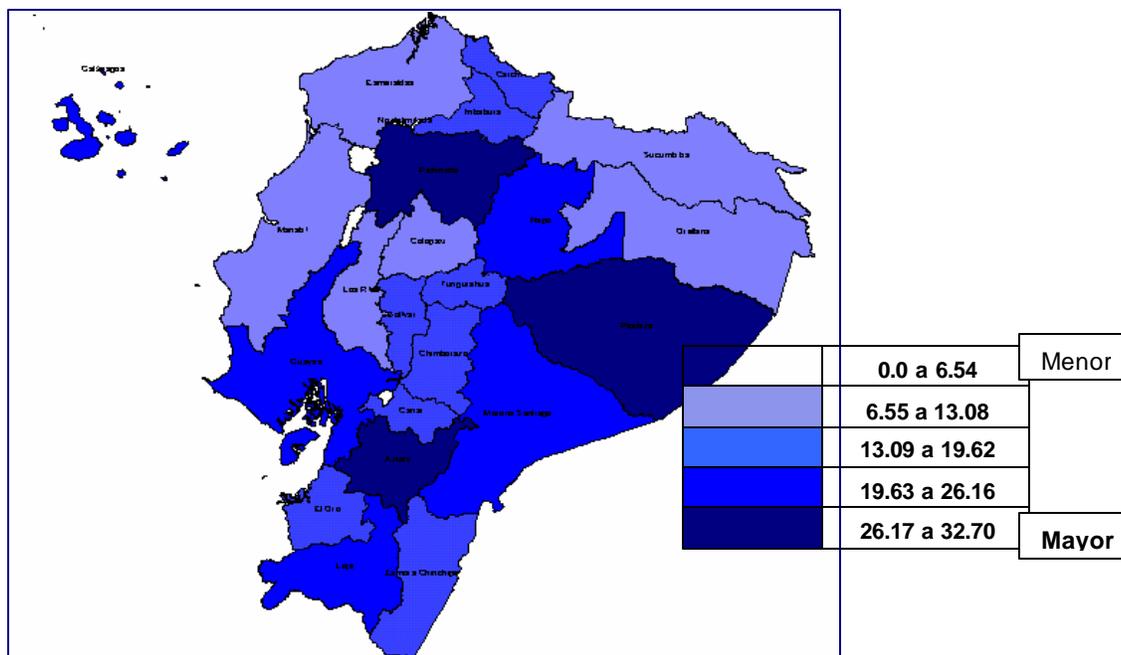
Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Se identifican 13 provincias en las que el personal de servicios de salud no llega a 25 x 10.000 habitantes ( se incluye aquí todo el personal sin hacer discriminaciones de formación). Las con menor oferta en este sentido son las orientales (Orellana, Sucumbios, Zamora) , tres de la costa (Los Ríos, Manabí y Esmeraldas) y de la sierra Cotopaxi, Carchi, Bolívar, Chimborazo)

**Cuadro No 20**  
**Personal de Servicios de Salud en provincias del Ecuador.(x 10.000 habitantes)**

Provincias	Indicador		
No delimitada	3.9	El Oro	23.3
Orellana	11.6	Cañar	23.7
Sucumbios	12.9	Imbabura	25.5
Los Ríos	13.3	Napo	26
Manabí	17	Guayas	28
Esmeraldas	17.6	Loja	28.8
Cotopaxi	18.1	Morona Santiago	31
Carchi	19.5	Galápagos	32.5
Zamora Chinchipe	20.8	Azuay	35.9
Bolívar	20.9	Pichincha	36.6
Chimborazo	21.9	Pastaza	40.7
Tungurahua	21.9		
Pais		26.3	

**PERSONAL DE SALUD POR 10.000 HABITANTES EN PROVINCIAS DEL ECUADOR**



Solamente 6 provincias superan el promedio nacional de 9,3 médicos por 10.000 habitantes. Existen provincias de la amazonía que no llegan ni a 5 médicos por 10.000 (Orellana, Sucumbios y Zamora)

Las únicas provincias que superan el promedio nacional son las de Guayas, Pastaza, Galápagos, Pichincha y Azuay. Recordemos que en Guayas, Pichincha y Azuay se encuentran las principales ciudades del país (Guayaquil, Quito y Cuenca, respectivamente)

**Cuadro No 21**  
**Personal de Servicios de Salud en provincias del Ecuador 1998**  
(x 10.000 habitantes)

Provincia	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Obstetricas	Aux. Enf.
No delimitadas	1,7	0,1	0,1	0,1	1,8
Orellana	3,6	2,1	1,1	0,3	4,4
Sucumbios	4,7	2,0	1,7	0,7	3,9
Zamora Ch.	4,9	3,4	1,6	0,7	10,2
Carchi	5,0	3,3	2,1	0,7	8,4
Cotopaxi	5,1	3,0	1,3	0,8	7,9
Los Ríos	5,2	1,2	1,0	0,6	5,4
Bolívar	5,4	4,2	2,3	0,8	8,2
Manabí	5,8	3,2	1,0	0,4	6,7
Esmeraldas	5,9	1,7	1,2	0,6	8,2
Napo	7,0	4,8	2,4	0,5	11,3
Chimborazo	7,3	4,4	1,5	0,4	8,3
Tungurahua	7,7	3,6	1,4	0,4	8,8
Imbabura	7,7	6,4	1,9	0,5	9,1
Cañar	7,8	3,8	1,8	0,3	10,1
El Oro	7,9	3,4	1,3	0,6	10,1
Morona Sant.	8,6	4,5	3,7	0,8	13,3
Loja	9,6	5,1	1,6	0,3	12,1
Guayas	9,9	4,0	1,0	0,7	12,4
Pastaza	10,5	6,0	3,7	1,2	19,3
Galápagos	11,2	3,0	5,3	0,6	12,4
Pichincha	13,2	8,4	1,9	0,8	12,4
Azuay	17,0	6,1	1,7	0,3	10,8
País	9,3	4,7	1,4	0,6	10,3

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

## 5.4.2 Camas Hospitalarias

En relación a las camas hospitalarias la distribución es como sigue:

**Cuadro No 22**  
**Camas en establecimientos hospitalarios en cantones del x 10000 habitantes**

Provincia	Tasa de camas en establecimientos hospitalarios x 10000 hab.				Total
	0 a 2 Nº	2,1 a 5 Nº	5,1 a 10 Nº	10 a 15 Nº	
Azuay	8		4	1	13
Bolívar	4		3		7
Cañar	4	1	1		6
Carchi	3		2	1	6
Chimborazo	5	2	1	1	9
Cotopaxi	3	1	2		6
El Oro	5	3	2	1	11
Esmeraldas	2		2	2	6
Galápagos	3				3
Guayas	12	8	5	1	26
Imbabura	2	2	1		5
Loja	9		5	1	15
Los Ríos	6	2	3		11
Manabí	13	2	2	2	19
Morona Sant.	4		3	1	8
Napo	1			1	2
No delimitadas	3				3
Pastaza	1				1
Pichincha	4	2	1	1	8
Sucumbíos	4			1	5
Tungurahua	6		1	1	8
Zamora	3		3	2	8
Chinchipe					
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>186</b>

Fuente: SIISE 2.0. Mayo 2001

Al tomar en cuenta la tasa de camas en establecimientos hospitalarios y sus valores en las provincias se evidencian diferencias amplias en los valores. Menos de la tercera parte de las provincias están por sobre el promedio nacional (15,6 x 10000). Estas provincias son Pastaza, Pichincha, Azuay, Galápagos, Guayas y Tungurahua. En la mayoría de ellas hay un peso importante de la oferta hospitalaria privada.

Hay que tomar en cuenta que nuestro país está en los primeros lugares entre los países con oferta deficitaria.

Entre las provincias con menor oferta se destacan tres orientales (Sucumbíos, Zamora, Morona), dos de la costa (Manabí, Los Ríos) y Bolívar y el Carchi

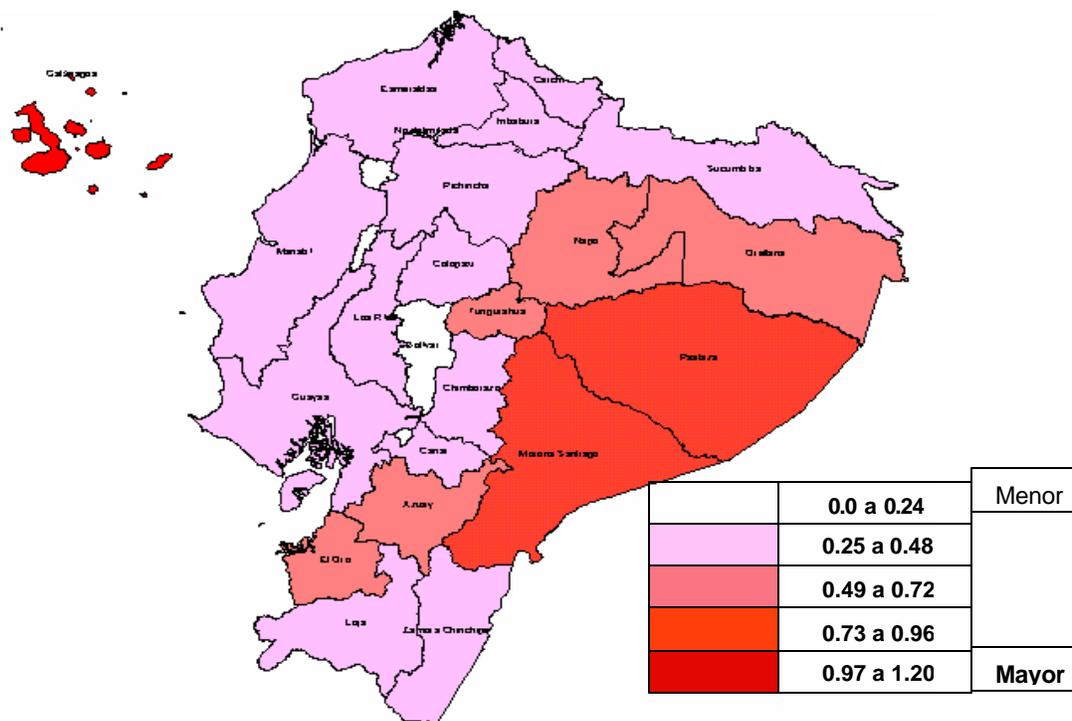
**Cuadro No 23**  
**Camas en establecimientos hospitalarios en provincias del Ecuador 1998**

Provincia	MSP	Seguridad Social	Privadas	otras instituc	Total
Azuay	5,8	2,5	9,4	1,8	19,5
Bolívar	4,5	0,0	0,6	0,0	5,1
Cañar	8,7	0,0	1,3	0,0	10,0
Carchi	7,2	0,0	1,9	0,0	9,1
Chimborazo	8,0	1,3	1,2	1,0	11,4
Cotopaxi	8,5	1,3	1,2	0,3	11,3
El Oro	7,7	0,8	4,3	0,9	13,7
Esmeraldas	6,1	1,1	3,1	0,0	10,3
Galápagos	19,4	0,0	0,0	0,0	19,4
Guayas	4,1	1,6	3,4	9,7	18,7
Imbabura	7,3	1,0	1,7	0,6	10,5
Loja	7,7	2,1	2,3	1,7	13,8
Los Ríos	4,4	0,5	2,7	0,0	7,7
Manabí	6,5	0,9	2,2	0,2	9,7
Morona Santiago	4,5	0,0	0,9	2,9	8,3
Napo	7,4	0,0	0,4	8,6	16,4
Pastaza	4,6	3,2	7,1	11,2	26,1
Pichincha	10,0	3,0	5,9	2,5	21,4
Sucumbíos	1,1	0,0	3,5	0,0	4,6
Tungurahua	9,7	1,0	6,7	0,0	17,4
Zamora	7,9	0,0	0,0	0,0	7,9
Chinchipe					
<b>Total</b>	<b>6,7</b>	<b>1,5</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>15,6</b>

**CUADRO N° 24**  
**ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DE SALUD CON INTERNACION**  
**EN PROVINCIAS DEL ECUADOR .Tasa x 10.000 habitantes**

Provincia	1981	1985	1990	1995	1998
Sucumbíos			0.13	0.10	0.07
Pichincha	0.15	0.13	0.12	0.11	0.09
Cañar	0.12	0.17	0.11	0.10	0.09
Manabí	0.14	0.13	0.12	0.12	0.10
Los Ríos	0.14	0.15	0.13	0.12	0.11
Guayas	0.12	0.13	0.13	0.12	0.11
Tungurahua	0.16	0.15	0.14	0.13	0.11
Azuay	0.23	0.20	0.20	0.17	0.16
Esmeraldas	0.25	0.26	0.20	0.21	0.17
Bolívar	0.14	0.20	0.19	0.19	0.17
El Oro	0.28	0.25	0.22	0.22	0.18
Carchi	0.24	0.23	0.21	0.20	0.18
Imbabura	0.21	0.20	0.19	0.18	0.18
Chimborazo	0.25	0.24	0.22	0.21	0.21
Cotopaxi	0.19	0.18	0.22	0.29	0.23
Loja	0.25	0.27	0.26	0.25	0.26
Zamora Chinchipe	0.45	0.57	0.46	0.38	0.29
Napo	0.87	0.85	0.59	0.58	0.52
Morona Santiago	0.75	0.81	0.48	0.66	0.58
Pastaza	1.32	1.15	0.73	0.63	0.70
Galápagos	3.50	2.80	2.09	1.63	1.18
País	0.19	0.18	0.17	0.16	0.14

## MAPA DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON INTERNACIÓN. ECUADOR.1997



La oferta de servicios públicos de salud con internación expresada en tasa x 10.000 habitantes tiene una tendencia general a decrecer cuando se mira el período entre 1981 y 1998

Existe una diferencia importante entre las provincias que en 1998 es 17 veces entre el menor valor Sucumbíos) y el mayor. (Galápagos)

Cuando se analiza la tendencia de la tasa de establecimientos privados x 10.000 habitantes identificamos que en general la oferta relativa expresada en este índice se incrementa hasta 1995 y decrece en la mayoría de provincias hacia 1998. Son pocas las provincias en las que ese establece un incremento sostenido, independientemente de su valor.

En 1998, al igual que en los otros años, este índice tiene variaciones amplias entre las provincias., desde 0.00 hasta 0.54 x 10.000 habitantes. Entre las provincias con valores menores en este índice figuran Chimborazo, Cotopaxi, Imbabura, Bolívar, Napo y Morona.

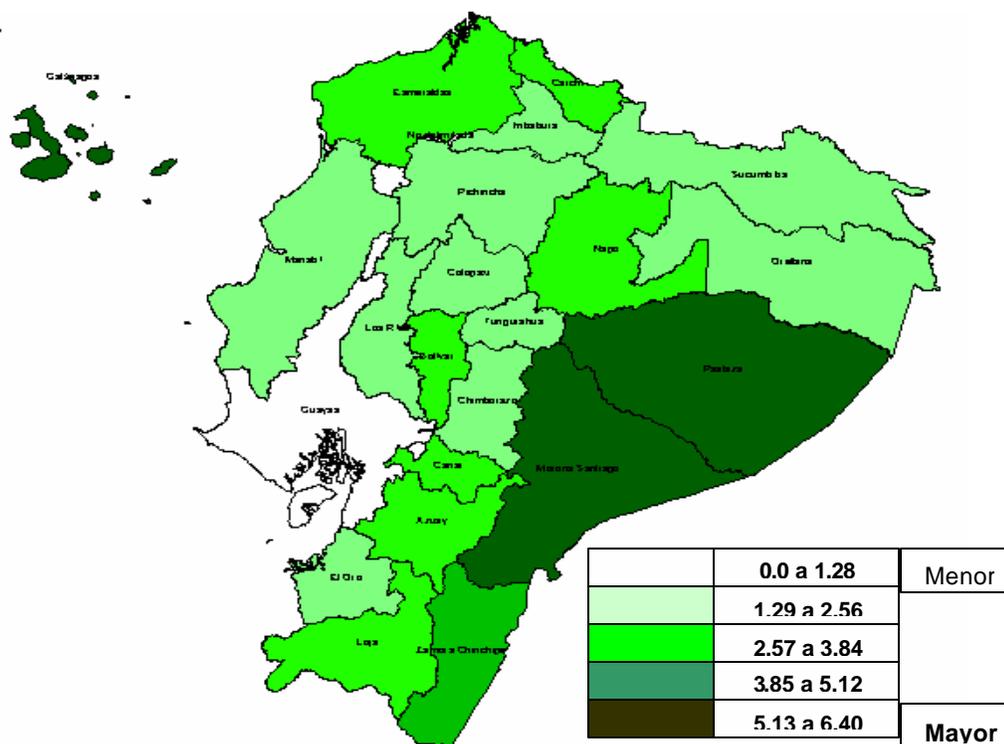
## 5.4.3 Establecimientos sin internación

**Cuadro N° 25**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN INTERNACION (\*) EN PROVINCIAS DEL ECUADOR**

Provincia	Tasa x 10.000 habitantes 1981	Tasa x 10.000 habitantes 1985	Tasa x 10.000 habitantes 1990	Tasa x 10.000 habitantes 1995	Tasa x 10.000 habitantes 1998
Guayas	1.0	1.1	1.1	1.2	1.0
Los Ríos	0.9	1.2	1.3	1.6	1.4
Manabí	1.3	1.8	2.2	2.4	1.4
El Oro	2.7	3.0	2.7	2.3	1.8
Pichincha	2.5	2.6	2.6	2.6	2.0
Cotopaxi	1.8	2.7	2.9	3.5	2.1
Sucumbíos			3.4	3.7	2.3
Tungurahua	2.1	2.3	2.5	3.0	2.3
Imbabura	2.8	3.2	3.1	3.5	2.3
Chimborazo	2.3	3.3	3.3	3.4	2.4
Esmeraldas	2.3	3.5	3.9	4.2	2.7
Bolívar	2.1	3.1	3.7	4.0	2.8
Napo	2.9	6.3	3.3	3.8	2.8
Azuay	1.8	2.5	3.2	3.9	3.0
Loja	2.7	3.1	3.7	4.7	3.6
Cañar	3.1	4.9	4.9	5.4	3.6
Carchi	2.6	3.8	4.8	5.2	3.7
Zamora Chinchipe	4.5	5.1	5.7	6.3	3.9
Galápagos	15.8	9.8	7.3	8.2	5.9
Pastaza	7.3	9.5	10.2	8.8	6.0
Morona Santiago	4.2	7.1	7.6	9.7	6.4
País	1.9	2.3	2.5	2.7	1.9

\* Establecimientos de salud públicos y privados  
Fuente: SIISE 2000

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN INTERNACION EN PROVINCIAS DEL ECUADOR . Tasa x 10.000 habitantes**



Cuando se realiza el análisis entre diferentes años se observa que existe un crecimiento de ese índice de 1981 a 1995 en todas las provincias (excepto El Oro) y luego 1998 para una disminución sin excepciones.

Hay una gran heterogeneidad, entre las provincias, en la oferta de servicios de salud medida a través de este índice. El rango de esta variación esté entre 1 y 6.4 x 10.000

Se observa que las cinco provincias de la costa tienen para el año 1998 una oferta inferior a 3 establecimientos de salud sin internación x 10.000 habitantes. Se encuentran aquí en este grupo también las provincias de la sierra central Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Imbabura y Tungurahua.

#### 5.4.4 Establecimientos de salud privados:

**Cuadro N° 26**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIVADOS EN PROVINCIAS DEL ECUADOR**  
**1981 – 1998. Tasa x 10.000 habitantes**

Provincia	1981	1985	1990	1995	1998
Galápagos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Zamora Chinchipe	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bolívar	0.00	0.07	0.07	0.06	0.06
Napo	0.15	0.00	0.20	0.00	0.07
Cotopaxi	0.07	0.07	0.07	0.07	0.10
Chimborazo	0.16	0.15	0.25	0.15	0.12
Imbabura	0.04	0.08	0.11	0.15	0.12
Loja	0.08	0.08	0.10	0.15	0.14
Morona Santiago	0.00	0.14	0.60	0.44	0.17
Pastaza	0.33	0.29	0.49	0.42	0.18
Cañar	0.06	0.22	0.37	0.26	0.18
Manabí	0.11	0.15	0.18	0.17	0.19
Sucumbíos			0.00	0.19	0.21
Guayas	0.29	0.31	0.29	0.28	0.23
Carchi	0.16	0.15	0.14	0.20	0.24
Esmeraldas	0.00	0.04	0.26	0.21	0.24
Los Ríos	0.25	0.21	0.15	0.23	0.26
Pichincha	0.27	0.27	0.31	0.42	0.35
Tungurahua	0.13	0.15	0.31	0.37	0.45
El Oro	0.34	0.45	0.39	0.59	0.48
Azuay	0.14	0.22	0.48	0.59	0.54
<b>País</b>	<b>0.19</b>	<b>0.22</b>	<b>0.26</b>	<b>0.30</b>	<b>0.26</b>

#### 5.4.5 Índice de oferta en salud:

**Este índice**<sup>23</sup> resume la disponibilidad de recursos humanos y establecimientos: médicos x 10.000 habitantes, otro personal de salud x 10.000 habitantes y establecimientos sin internación x 10.000 hab. Su valor va de 40 a 100. El 100 representa la mejor oferta en salud.

La mitad de las parroquias del Ecuador tienen índices inferiores a 44. Apenas el 1.4% tienen valores sobre 60% en este índice

Si se manejan los quintiles de este índice, al mirar lo que sucede en las parroquias por provincias se observa que la provincia de El Oro tiene la mitad de sus parroquias ubicados en V. En este caso el V corresponde a la peor oferta en salud.

<sup>23</sup> Índice elaborado por el SIISE.2000

**Cuadro No 27**  
**Parroquias del Ecuador según índice de oferta en salud**  
**(distribuidos en quintiles)**  
**I = mejor            5= peor oferta**

Provincia	índice de oferta en Salud (iosq)					Total	% parro en V
	I	II	III	IV	V		
Azuay	15	10	13	22	14	<b>74</b>	18,9
Bolívar	4	14	5	1	3	<b>27</b>	11,1
Cañar	6	12	11	2	2	<b>33</b>	6,1
Carchi	8	7	10	4	3	<b>32</b>	9,4
Chimborazo	2	9	11	19	14	<b>55</b>	25,5
Cotopaxi	8	5	12	11	4	<b>40</b>	10,0
El Oro	15	11	5	5	26	<b>62</b>	41,9
Provincia	índice de oferta en Salud (iosq)					Total	% parro en V
	I	II	III	IV	V		
Esmeraldas	13	13	7	17	13	<b>63</b>	20,6
Galápagos	5	1			2	<b>8</b>	25,0
Guayas	5	10	17	24	7	<b>63</b>	11,1
Imbabura	10	14	8	9	1	<b>42</b>	2,4
Loja	16	31	16	12	15	<b>90</b>	16,7
Los Ríos	1	4	5	13	4	<b>27</b>	14,8
Manabí	5	10	19	24	16	<b>74</b>	21,6
Morona Santiago	30	3	6		17	<b>56</b>	30,4
Napo	6	4	7	3	2	<b>22</b>	9,1
No delimitadas					7	<b>7</b>	100,0
Orellana	3	3	2	3	8	<b>19</b>	42,1
Pastaza	15	1	1	1	2	<b>20</b>	10,0
Pichincha	8	21	16	15	4	<b>64</b>	6,3
Sucumbíos	5	6	7	2	12	<b>32</b>	37,5
Tungurahua	7	8	12	11	14	<b>52</b>	26,9
Zamora Chinchipe	11	2	8	1	8	<b>30</b>	26,7
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>199</b>	<b>198</b>	<b>199</b>	<b>198</b>	<b>992</b>	20,0

Fuente: SIISE 2.0. Mayo 2001

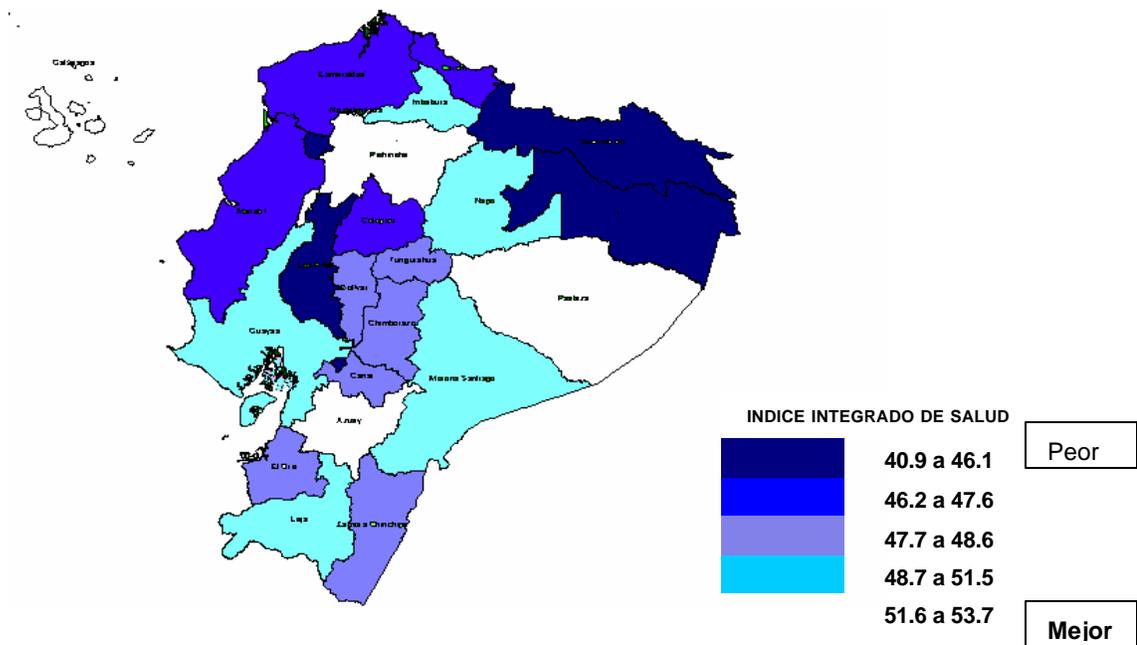
En relación al índice de oferta de salud por provincia, apenas cinco provincias superan el valor nacional del índice de oferta en salud de 49,2 (que resume médicos, otro personal de salud y establecimientos de salud sin internación)

Las provincias con los menores valores de oferta son las de la Amazonía (Orellana, Sucumbíos, Zamora); las de la costa (Los Ríos, Esmeraldas, Manabí, El Oro) y de la Sierra (Cotopaxi, Carchi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar)

**Cuadro N° 28**  
**Índice de Oferta en Salud en Provincias del Ecuador 1998**

Provincias	Índice de Oferta en Salud
No delimitada	40,9
Los Ríos	45
Orellana	45
Sucumbíos	45,9
Esmeraldas	46,2
Manabí	46,3
Cotopaxi	46,5
Zamora Chinchip	47,2
Carchi	47,4
El Oro	47,8
Tungurahua	47,8
Bolívar	48
Chimborazo	48,2
Cañar	48,5
Guayas	48,7
Napo	49
Imbabura	49,7
Loja	50
Morona Santiago	51,3
Galápagos	52,3
Pastaza	53,1
Pichincha	53,3
Azuay	53,7
País	49,2

**PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE INTEGRADO DE OFERTA EN SALUD**



#### 5.4.6 Determinación de la exclusión a través de brechas de cobertura en inmunización:

A través de la determinación de la brecha de cobertura de inmunización BCG antisarampionosa se estima población excluida. Los valores de la brecha oscilan entre 10 (Carchi y Galápagos) hasta 43,6. Las provincias que tienen brechas elevadas corresponden a las de la sierra central y la mayoría de provincias de la amazonía. Se añaden Loja, Esmeraldas y Manabí)

De acuerdo a esta estimación 3'217000 personas del Ecuador se encuentran excluidas completamente de la atención básica en salud.

Si se toma en cuenta el número de excluidos provincia por provincia y se relaciona con el total de excluidos del país determinados a través de esta aproximación se observa que aportan con mayor volumen porcentual las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí (entre el 14 y el 18% cada una) y las provincias como Chimborazo y Esmeraldas con el 5%

**Cuadro No 29**  
**Estimación de población excluida por brecha de inmunización BCG y antisarampionosa. Provincias del Ecuador - 1998**

Provincia	brecha BCG Sarampión	Población excluida estimada por la brecha	% exclu en relación a total exclu país
Carchi	9,4	15260	0,5
Imbabura	25,5	81970	2,5
Pichincha	21,0	493428	15,3
Cotopaxi	41,5	124769	3,9
Tungurahua	27,8	120956	3,8
Bolívar	43,6	78578	2,4
Chimborazo	35,2	147099	4,6
Cañar	35,1	74565	2,3
Azuay	29,0	176457	5,5
Loja	37,4	157993	4,9
Esmeraldas	37,2	148180	4,6
Manabí	37,0	454736	14,1
Los Ríos	32,6	209078	6,5
Guayas	17,5	574434	17,9
El Oro	18,6	99666	3,1
Sucumbios	19,9	26596	0,8
Napo	30,6	46165	1,4
Pastaza	37,2	21921	0,7
Morona	24,6	33314	1,0
Zamora	35,1	34177	1,1
Galápagos	10,0	1545	0,0
Total	26,4	3'217199	100,0

Fuente: MSP, INEC, OPS Situación de la Salud en el Ecuador. Indicadores básicos por región y por provincia. Edición 2000

### 5.4.7 Tiempos de Espera

Los tiempos de espera se comportan de diferente manera entre hombres y mujeres y hay diferencias importantes entre el campo y la ciudad, lamentablemente no existe datos de la región Amazónica para establecer promedios nacionales

**Cuadro No 30**

Región	Tiempo de espera promedio			
	Hombres		Mujeres	
	Campo	Ciudad	Campo	Ciudad
Costa	31	33	35	44
Sierra	32	39	40	38
Promedio	32	36	37	41

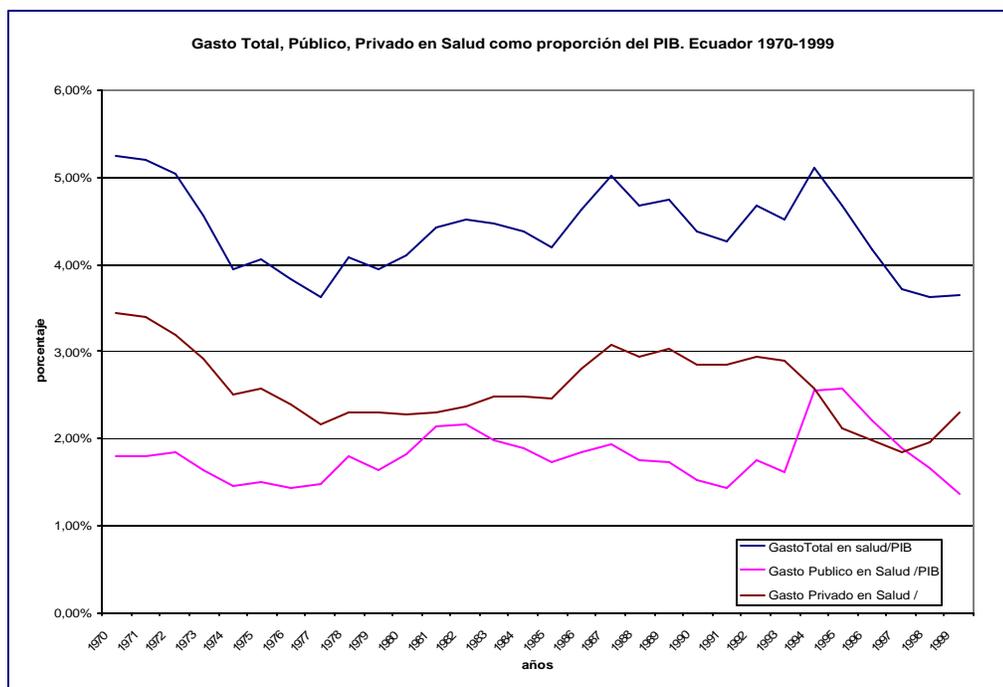
Fuente: SIISE versión 2.p. Ecuador 2001

### 5.4.8 Gasto en salud:

El gasto público en salud ha tenido una reducción importante y progresiva

"El gasto público social se redujo drásticamente en el decenio de 1980, y ha seguido las cambiantes tendencias de la economía en la última década. De 1992 a 1996, el gasto social experimentó una ligera recuperación; en cambio, durante los últimos tres años, ha mostrado señales de rezago ante la demanda de la población.

- El gasto público social por habitante -incluyendo lo destinado a educación, salud, bienestar social y trabajo- se redujo en 37% entre 1996 y 1999. Esto es, al concluir la década, el gobierno central invertía una tercera parte menos que antes del inicio de la crisis económica de 1999 en la provisión de servicios sociales básicos" <sup>v</sup>



La tendencia del gasto total como proporción del PIB ha sido a la disminución en el año 2000, 2001 probablemente se incrementa ligeramente por un incremento en el presupuesto público, y en el 2002 el presupuesto público se incrementa en 100% al presupuesto del 2001, lo importante será la preocupación por una distribución equitativa y la búsqueda de calidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Datos con mayor desglose solamente están disponibles para el año 1997, se muestran a continuación.

	Gasto total en salud		Gasto en salud Per cápita \$PPC		Esperanza de vida al nacer		Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años		PIB per cápita \$ PPC
	Per cápita \$PPC	% PIB	Público	Privado	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Ecuador	226	3.7	51%	49%	67.4	70.3	40	33	4969

Fuente: Grupo técnico. CNS. 1997

El gasto per cápita en salud para el año 97 se distribuye de la siguiente manera:

### Cuadro No 31

#### DISTRIBUCION DEL GASTO PER CAPITA EN SALUD, POR INSTITUCION Y PROVINCIA. ECUADOR 1997

Provincia	MSP (1) DOLARES		IESS (2) Dólares		%DE LA POBLACION EN POBREZA (3)	
	\$	ubicación	\$	ubicación	\$	ubicación
Azuay	31,9	16	170,5	3	47,7	17
Bolívar	46,5	4	43,6	19	70,2	4
Cañar	55,3	2	65	17	63,4	9
Carchi	37,1	12	53,1	18	63,6	8
Cotopaxi	35,5	13	110,9	10	69,2	5
Chimborazo	37,6	11	184,4	2	64	7
Imbabura	40,3	9	130,4	9	58,6	12
Loja	46	6	252,4	1	67,4	6
Pichincha	41,4	8	148,5	5	45,1	18
Tungurahua	29,7	18	96,4	11	51,6	15
<b>Total Sierra</b>	<b>39,7</b>		<b>148,8</b>		<b>60,1</b>	
El Oro	35,5	13	139,9	7	38,3	19
Esmeraldas	35	15	90,4	12	58,2	13
Guayas	23,3	20	158,3	4	51,2	16
Los Ríos	18,8	21	77	14	60,3	11
Manabí	31	17	148	6	57,1	14
<b>Total Costa</b>	<b>26,2</b>		<b>150,1</b>		<b>53</b>	
Morona Santiago	50,8	3	88,3	13	77,2	3
Napo	39,6	10	16,9	20	83,7	1
Pastaza	46,4	5	138,9	8	62,6	10
Zamora	44,2	7	7,8	21	78	2
Sucumbios	26,7	19	67,3	16	8,4	20
<b>Total Oriente</b>	<b>40,8</b>		<b>34,2</b>		<b>77,1</b>	
Galápagos	133,2	1	72,1	15		
<b>Total Nacional</b>	<b>33,1</b>		<b>145</b>		<b>54,7</b>	

(1) Con relación al 45% de la población total

(2) Con relación a la población afiliada

(3) Cifras de 1996

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud. Informe final Ecuador 1997 (Marzo 2001)

### 5.5 Nivel educativo y salud

Otro elemento importante que es definido por la exclusión social y a su vez se convierte en generador de la misma es la educación. El SIISE ha diseñado el índice multivariado de educación que para cada cantón lo establece a partir de indicadores de alfabetismo, años de escolaridad en mayores de 24 años y tasas de escolaridad por edad. A mayor valor del índice corresponde mejor nivel educativo.

**Cuadro No 32**  
**Índice multivariado de educación en provincias del Ecuador**

provincia	índice multivariado de educación	Ubicación
Azuay	53,3	15
Bolívar	47,5	5
Cañar	46,8	4
Carchi	51,2	11
Chimborazo	49,8	8
Cotopaxi	48,1	6
El Oro	59,9	20
Esmeraldas	54,4	17
Galápagos	64,4	22
Guayas	63,5	21
Imbabura	52,6	13
Loja	55,2	18
Los Ríos	52,8	14
Manabí	51,8	12
Morona Santiago	50,6	10
Napo	50,4	9
No delimitadas	46,1	2
Orellana	45,6	1
Pastaza	53,7	16
Pichincha	67,6	23
Sucumbíos	46,6	3
Tungurahua	55,4	19
Zamora Chinchipe	49,0	7
País	58,1	

Nuevamente aparecen las provincias de la sierra Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, y todas las del oriente (Orellana, Sucumbíos, Zamora, Napo y Morona) como las que tienen las mayores desventajas.

### 5.6 Vulnerabilidad Social

El SIISE ha construido un *índice de vulnerabilidad social* que toma en cuenta algunas dimensiones de riesgo: el analfabetismo de adultos, la desnutrición de los niños, la pobreza de consumo en los hogares, el riesgo de mortalidad de los menores de un año y la presencia de comunidades étnicas rurales. Se presenta con valores de 0 a 100. A mayor valor mayor vulnerabilidad. (ver anexo)

Entre las provincias con valores superiores para este índice de vulnerabilidad social se ubican en los primeros diez lugares las provincias de la sierra (Chimborazo, Cotopaxi, Imbabura, Bolívar, Tungurahua, Cañar y Loja), Esmeraldas en la Costa y Napo en el Oriente.

**Cuadro No 33**  
**Índice de vulnerabilidad social en provincias del Ecuador**

provincia	índice de vulnerabilidad social	ubicación según severidad del índice
Azuay	41,7	11
Bolívar	60,5	3
Cañar	58,2	5
Carchi	44,8	8
Chimborazo	68,8	1
Cotopaxi	62,8	2
El Oro	17,7	22
Esmeraldas	44,5	9
Galápagos	9,1	23
Guayas	19,7	21
Imbabura	58,7	4
Loja	46,4	7
Los Ríos	33,9	17
Manabí	32,9	18
Morona Sant.	37,5	14
Napo	41,7	10
No delimitadas	37,5	15
Orellana	41,0	12
Pastaza	37,6	13
Pichincha	24,7	20
Sucumbíos	36,8	16
Tungurahua	48,9	6
Zamora Ch	32,4	19

Fuente: SIISE. Versión 2.0 Ecuador

Al analizar la distribución de las parroquias en quintiles del índice de vulnerabilidad social identificamos que en la provincia del Chimborazo el 100% y en la de Cotopaxi el 92% de ellas se ubican en los dos quintiles de mayor vulnerabilidad. A su vez Pichincha y Guayas ubican a todas sus parroquias entre los tres primeros quintiles de menor vulnerabilidad social.

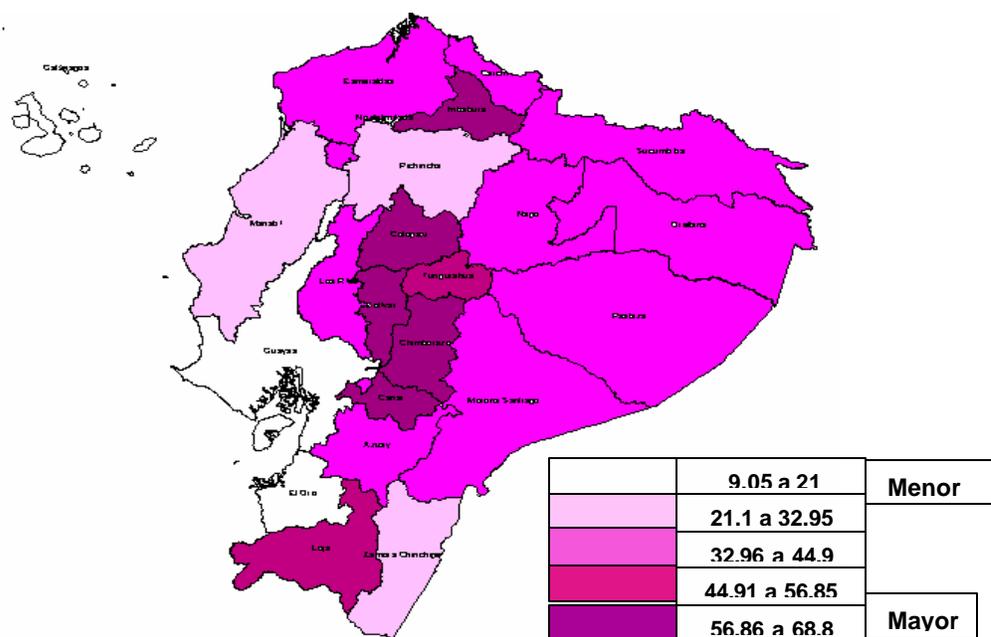
**Cuadro No 34**  
**Parroquias del Ecuador según ubicación de índice de vulnerabilidad social en quintiles**

Provincia	INVULSOQ					Total
	I	II	III	IV	V	
Azuay		22	3	43	6	74
Bolívar		1	8	5	13	27
Cañar			3	14	16	33
Carchi		10	12	6	4	32
Chimborazo				19	36	55
Cotopaxi			3	15	22	40
El Oro	58	4				62
Esmeraldas		9	17	9	28	63
Galápagos	8					8
Guayas	31	12	20			63
Imbabura				19	23	42
Loja		14	14	45	17	90
Los Ríos	8	10	8	1		27

Provincia	INVULSOQ					Total
	I	II	III	IV	V	
Manabí	19	15	40			74
Morona Santiago		44	12			56
Napo	5	14		3		22
No delimitadas	1	5	1			7
Orellana		8		11		19
Pastaza	3	1	14	2		20
Pichincha	41	2	10		11	64
Sucumbíos	8	18	6			32
Tungurahua		6	21	14	11	52
Zamora Chinchipe	17	10	3			30
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>205</b>	<b>195</b>	<b>206</b>	<b>187</b>	<b>992</b>

(I menor vulnerabilidad - V mayor vulnerabilidad)

## VULNERABILIDAD SOCIAL EN PROVINCIAS DEL ECUADOR



### 5.7 Índice de exclusión, riesgo y vulnerabilidad social en salud

Este índice integrado está constituido por

- a) porcentaje de pobreza
- b) índice de exclusión
  - índice multivariado de educación
  - índice multivariado de oferta en salud
- c) índice de vulnerabilidad social

**Cuadro No 35**  
**Ubicación de provincias del Ecuador**  
**de acuerdo a su puntaje en índice integrado**  
 1= menor riesgo    5= mayor riesgo

Provincias	INTEQQ				
	1	2	3	4	5
Azuay		1			
Bolívar					1
Cañar					1
Carchi				1	
Chimborazo					1
Cotopaxi					1
El Oro	1				
Esmeraldas			1		
Galápagos	1				
Guayas	1				
Imbabura				1	
Loja				1	
Los Ríos		1			
Manabí		1			
Morona Santiago			1		
Napo				1	
No delimitadas			1		
Orellana				1	
Pastaza		1			
Pichincha	1				
Sucumbíos		1			
Tungurahua			1		
Zamora Chinchipe		1			
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

Fuente: SIISE 2.0. Ecuador. Mayo 2001  
 Elaboración Original

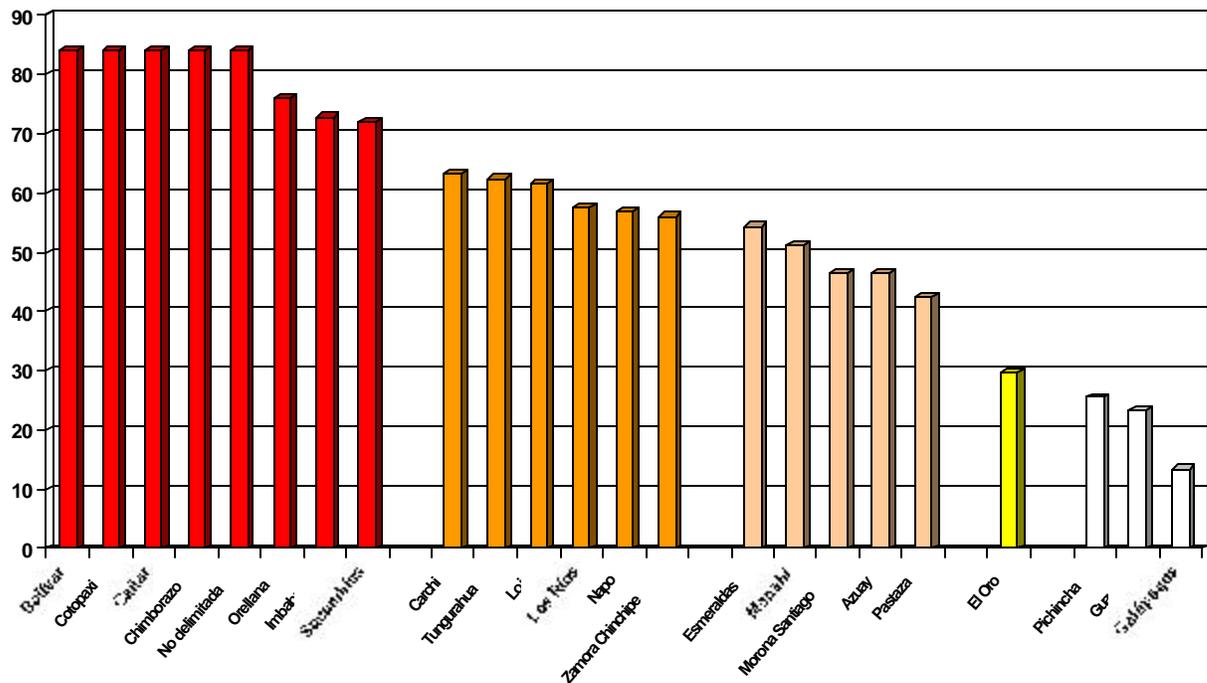
<b>Índice de riesgo integrado</b>	
<b>Mayor Riesgo Q 5</b>	
Bolívar	84
Cotopaxi	84
Cañar	84
Chimborazo	84
No delimitada	84
Orellana	76
Imbabura	72,8
Sucumbios	72
<b>Q3</b>	
Esmeraldas	54,4
Manabí	51,2
Morona Santi	46,4
Azuay	46,4
Pastaza	42,4
<b>Q4</b>	
Carchi	63,2
Tungurahua	62,4
Loja	61,6
Los Ríos	57,6
Napo	56,8
Zamora Chinchipe	56
<b>Q2</b>	
El Oro	29,6
<b>Q1</b>	
Pichincha	25,6
Guayas	23,2
Galápagos	13,6

Elaboración: original

Para que esta integración de variables en índices compuestos puedan ser de utilidad para la toma de decisiones sobre la prioridad en el tipo de intervenciones y/o asignación de recursos es necesario combinarlos con otras variables como: Mortalidad infantil, materna, atención de parto por personal capacitado, EDA, IRA, etc , que funcionan como riesgos co-variantes y que necesariamente se deben correlacionar.

A continuación la graficación del Índice integrado de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud construido en este estudio y una aproximación de correlación con las variables arriba mencionadas.

### PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE DE RIESGO SOCIAL



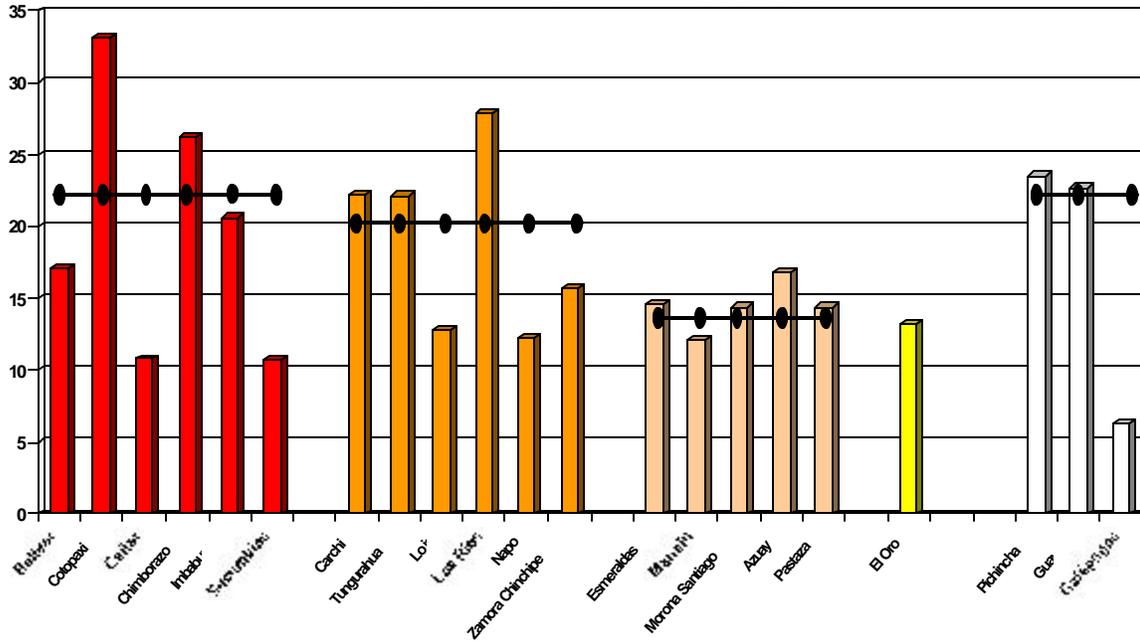
INDICE DE RIESGO SOCIAL= POBREZA (4) + INDICE DE EXCLUSION (1.6) + INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL (8)

INDICE DE EXCLUSION = INDICE MULTIVARIADO DE EDUCACION E INDICE DE OFERTA EN SALUD

El gráfico anterior muestra las provincias agrupadas por índice de riesgo, vulnerabilidad y exclusión social en salud, e indica dos regiones más afectadas el centro del Ecuador y la región nor -oriente; sin embargo que estas provincias concentran las parroquias con mayor riesgo, existen otras distribuidas en el resto de estratos de provincias, por lo que para que este análisis sea de utilidad para el país es necesario su estratificación por parroquias.

De todas formas en estas dos regiones más afectadas, coincidentemente se encuentran la mayor población indígena del país, y la zona nor-oriental incrementará sus riesgo pro al cercanía ala Plan Colombia.

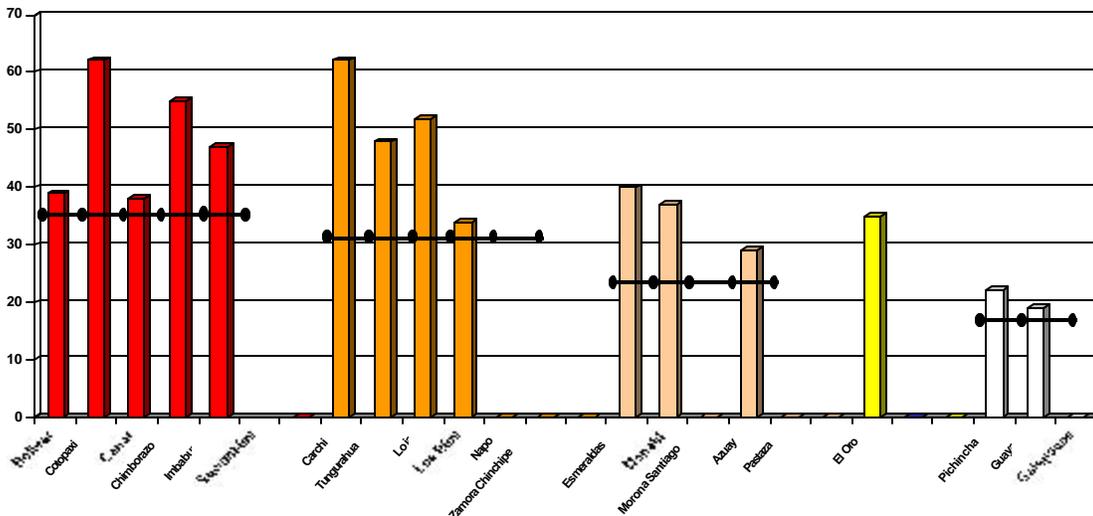
### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL \* EN PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE DE RIESGO SOCIAL



\* Tasa x 1000 NV (1997) ajustada con registro tardío de nacimientos. Fuente Instituto de Estadísticas y Censos INEC  
 INDICE DE RIESGO SOCIAL= POBREZA (4) + INDICE DE EXCLUSION (1.6) + INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL (8)  
 INDICE DE EXCLUSION = INDICE MULTIVARIADO DE EDUCACION E INDICE DE OFERTA EN SALUD

Cuando a esta estratificación de provincias obtenida se cruza con la Mortalidad Infantil ajustada por registro tardío de nacimientos, la correlación individual con la estratificación de cada provincia no es exacta, aunque el promedio del grupo de provincias si lo es, lo que indicaría que existen otros factores que no están contemplados en el análisis, responsables de este comportamiento. El análisis realizado con la Mortalidad Infantil estimada del período 72-98 no muestra diferencias significativas con el cuadro anterior.

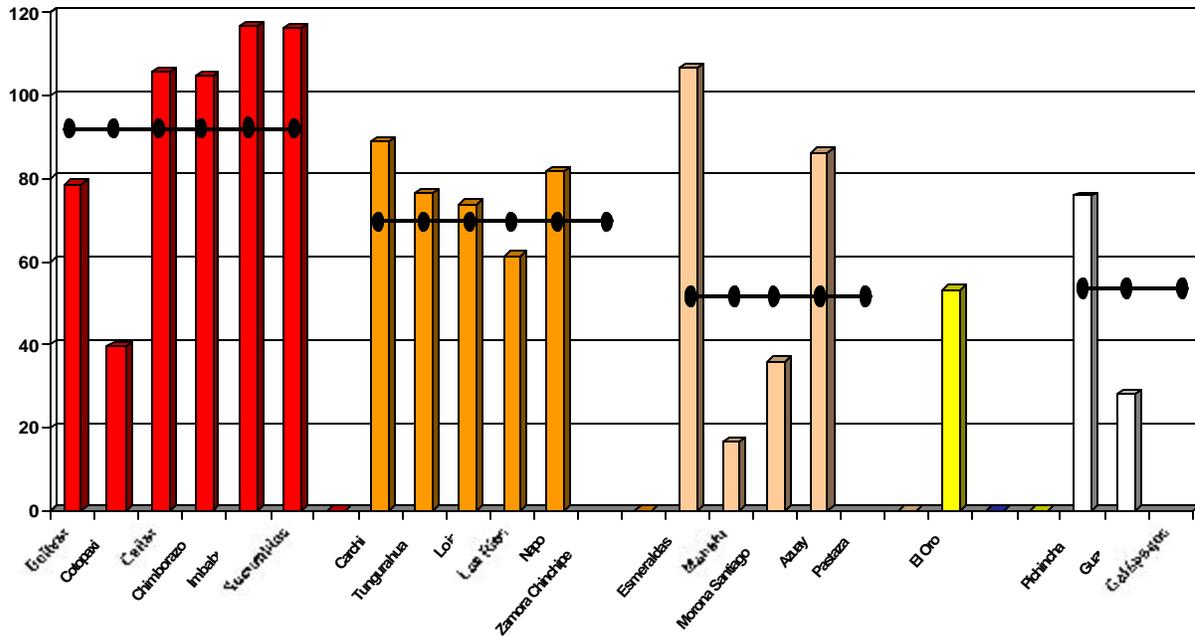
### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADA\* EN PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE DE RIESGO SOCIAL



\*Tasa x 1000 NV (1989-98) estimada. Fuente: Situación de salud: MSP-INEC-OPS 2001  
 INDICE DE RIESGO SOCIAL= POBREZA (4) + INDICE DE EXCLUSION (1.6) + INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL (8)  
 INDICE DE EXCLUSION = INDICE MULTIVARIADO DE EDUCACION E INDICE DE OFERTA EN SALUD

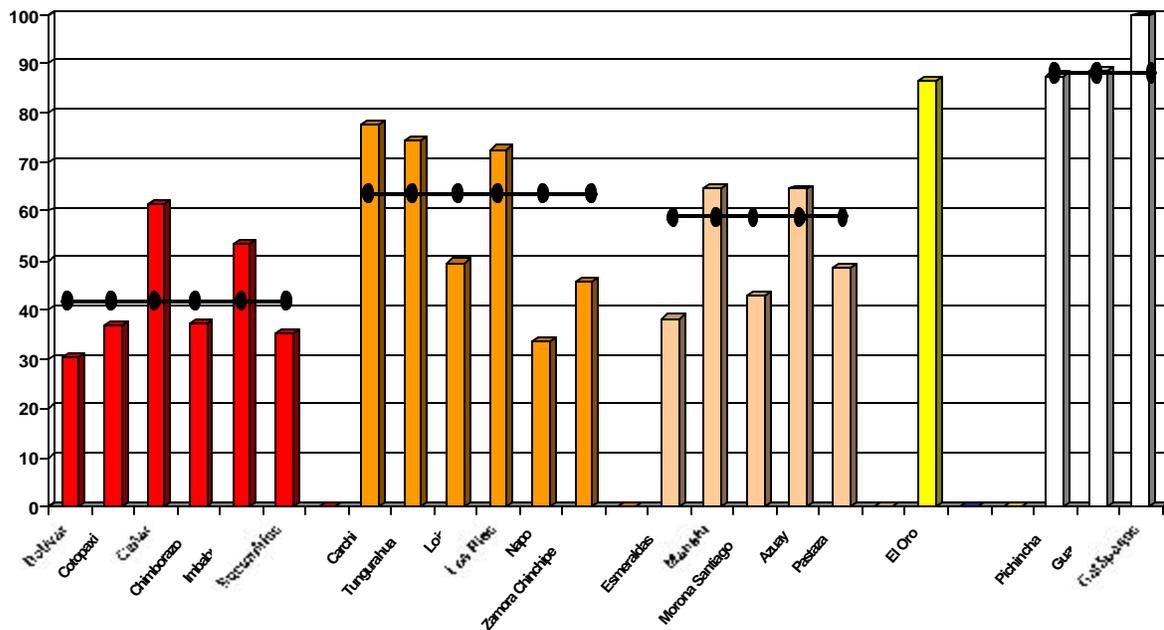
De igual manera cuando lo relacionamos con Mortalidad materna, el comportamiento es el siguiente:

### TASA DE MORTALIDAD MATERNA\* EN PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE DE RIESGO SOCIAL



\* Tasa x 100.000 NV (1997) ajustada con registro tardío de nacimientos. Fuente Instituto de Estadísticas y Censos INEC  
 INDICE DE RIESGO SOCIAL= POBREZA (4) + INDICE DE EXCLUSION (1.6) + INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL (8)  
 INDICE DE EXCLUSION = INDICE MULTIVARIADO DE EDUCACION E INDICE DE OFERTA EN SALUD

### ATENCIÓN DE PARTO(%) POR PERSONAL CAPACITADO EN PROVINCIAS DEL ECUADOR SEGUN INDICE DE RIESGO SOCIAL



PERSONAL CAPACITADO = Profesionales de la salud (médico, enfermera, obstetrix) (1998) . Fuente Instituto de Estadísticas y Censos INEC  
 INDICE DE RIESGO SOCIAL= POBREZA (4) + INDICE DE EXCLUSION (1.6) + INDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL (8)  
 INDICE DE EXCLUSION = INDICE MULTIVARIADO DE EDUCACION E INDICE DE OFERTA EN SALUD

Los gráficos anteriores tanto el de Mortalidad materna como la atención del parto por personal capacitado muestran un comportamiento que se correlaciona en términos promedio con la estratificación de riesgo pero presenta diferencias significativas. En las provincias de mayor riesgo, la atención de parto por personal no capacitado es alta, lo que estaría mostrando por donde es posible establecer prioridades de intervención.

### 5.8 Resumen:

Para salud se identifican riesgos a nivel estructurales y derivados de la exclusión social en salud, se identificaron las siguientes variables como las más importantes:

- **Pobreza, sobre todo extrema pobreza**
- **Ingreso: el 80% de la población recibe menos ingresos en conjunto que el 20% restante.**
- **Etnias sobretodo asentadas en el nivel rural**
- Insuficiencia de la red de servicios básicos (saneamiento básico, educación y servicios de salud), con mayor desprotección las parroquias más pobres y más vulnerables
- Gasto de bolsillo en salud regresivo, los tres deciles más pobre (1,2,3) gastan en salud el 39,8%, 22,4%, 17,6% de su ingreso. El promedio nacional es 10.5%<sup>24</sup>
- Bajo Gasto Publico en salud.

Las principales causas de exclusión se pueden clasificar como sigue:

**Cuadro No 36**  
**Riesgos, vulnerabilidad y exclusión. 2000<sup>25</sup>**

Causa	Ámbito	Categoría	No de habitantes	%
Déficit de infraestructura adecuada	a) Provisión de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud</li> </ul>	Establecimientos públicos y privados con internación =.40 por 100000 hab. y 15 camas por 10000 Hab.	-
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población sin cobertura de seguro en salud</li> </ul>	9'192510	77%

<sup>24</sup> ECV –1999. INEC.

<sup>25</sup> Población proyectada y ajustada para el año 2000 INEC-2000: 12592480 habitantes <sup>25</sup>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta de Servicios /índice de oferta de servicios, <sup>26</sup>índice ponderado de la dotación de recursos humanos y físicos</li> </ul>	<p>Promedio nacional es</p> <p>49.0</p> <p>665.582Hab.</p>	<p>20% quintil más deficitario (IOS=40-41)</p>
	b) Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura de abastecimiento adecuado de agua</li> </ul>	1'517531	39.9%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminación inadecuada de basuras</li> </ul>	7.221.787	57.35%
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Índice de saneamiento básico: agua y alcantarillado</li> </ul>	<p>Promedio nacional</p> <p>54.2</p> <p>El quintil más deficitario esquivale a 676.974 Hab.</p>	V quintil más deficitario

<sup>26</sup> Incorpora tres medias personal, medico, otro personal de salud y establecimientos sin internación. IOS = 0,89 (médicos por 10.000 habitantes) + 0,87 (personal de salud por 10.000 habitantes) + 0,51 (establecimientos sin internación por 10.000 habitantes) ]

**Continuación Cuadro No 36 .....**

Causa	Ámbito	Categoría	No de habitantes	%
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada	a) Geográficas	Dispersión poblacional	Las provincias del Oriente son las que menor densidad poblacional presentan sobre todo en el área rural	3.86% de la población total
		Fenómeno del Niño		
		Terremotos / Erupción volcánica		
	b) Económicas	Incapacidad de financiar las atenciones de salud	2709022 de población en extrema pobreza (1 quintil de pobreza):	21 ,5% extrema pobreza y quinto quintil de ingreso
			urbana = 1464777 rural = 1 244245 jefas de hogar =65.100 < de 5 años = 299250 <6-17 años = 572250 ancianos = 117.600	
	c) Culturales/étnicas (auto exclusión)	Población indígena rural	687453 habitantes de la cual el 92.7% de necesidades básicas insatisfechas	13.9%
La atención de salud se entrega en un idioma			Ningún servicio de salud es ofrecido de forma bilingüe ( quichua - español)	

	d) Determinadas por la condición de empleo	Subempleo	Invisible = 371. 807 de los cuales mujeres son: 119.076  Visible = 142714, de ellos son 61857 mujeres	Invisible 9.9%  Visible: 3.8%
		Empleo informal	N0 determinado	
		Desempleo	540. 811 desempleados de los cuales 303304 son mujeres	14.4%
	e) Vulnerabilidad social	Extrema pobreza  Desnutrición  Riesgo de mortalidad niños  Etnias	Promedio nacional = 32,7  El número de habitantes de las parroquias en mayor vulnerabilidad es de <b>958230</b>	V quintil más deficitario. /.  7.6% de la población total
		Pobreza  I.Oferta en salud  I. multivariado ed.  I. Vulnerabilidad social	Promedio nacional = 54.9  El número de habitantes de las parroquias en mayor riesgo es de <b>953.053</b>	V quintil más deficitario  7.5% de la población total
Problemas relacionados con la calidad de los servicios	a) Problemas asociados a la calidad técnica de la atención	Errores de diagnóstico/  tratamiento,  utilización de insumos poco apropiados	no medido en el estudio	NHY

otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión)	b) Problemas relacionados con la calidad en el trato y del lugar donde se realiza la atención de salud	Mal trato al público, establecimientos en malas condiciones físicas	De las 3.006.927 personas que solicitaron atención de salud, el promedio de tiempo de espera fue de 37,4 minutos; las mujeres esperaron 40 minutos	NHY
--	--	---	--	-----

Fuente: La investigación

Elaboración: Original

## 6. ESTRUCTURA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD EN EL ECUADOR

El Sistema de Protección Social en Salud en el Ecuador es entendido como el conjunto de instituciones que realizan acciones de salud y relacionadas con la salud, esta conformado de la siguiente manera:

**CUADRO No 37  
INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD**

	INSTITUCION	FUNCIONES				COB. AT. NAC 1999	Población objetivo
		Rectoría	Financiamiento	Aseguramiento	Provisión		
PUBLICO	Ministerio de Salud Pública	salud integral	recursos fiscales, externos y co-pagos hogares	Sólo experiencias demostrativas, 1 y 2do. nivel	Red propia	30%	población total de ingreso predominantemente medio
	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS-SSC)	aseguramiento	contribuciones empleados y empleadores	derecho habientes, universal	IDEM	IESS: 10.3% SSC: 9%	Trab. afiliados: 1.150.387 Campesinos afil: 911.906
	Sanidad de las Fuerzas Armadas	aseguramiento	Recursos fiscales contribuciones empleadores y empleados, co-pagos usuarios	Derecho habientes, universal	IDEM y prestadores públicos y privados	1.95%	* Militares <sup>27</sup> 56.477 * Esposa e hijos * Montepiados * Padres 80%
	Sanidad de la Policía	aseguramiento	IDEM S. Militar	Derecho habientes universal	IDEM	1.05%	Policías: 33.747
	Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)	-	Donaciones nacionales, internacionales, impuestos especiales, co-pago usuarios	Demanda	Red propia	4 %	Población pobre y medio
	Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil	-	IDEM	Demanda			Población con Cáncer
	Sociedad de Lucha Contra Cáncer-SOLCA	-	IDEM	Integral para Patologías cancerígenas	Red propia		
	Cruz Roja Ecuatoriana,  Municipios	-  -	Donaciones, recursos fiscales y co-pagos usuarios Recursos fiscales, externos y co-pago usuarios	Sangre y hemoderivados de acuerdo a demanda Depende de cada municipio	Red propia y en establec. de la red publica Red propia	0.5%  1.5%	Ingresos medios, y/o bajos
PRIVADO	Entidades privadas con fines de lucro <sup>28</sup>	-	Pago de usuarios	Planes de salud	Prestadores privados afiliados	21.0%	Población de ingreso medio y alto
	Emp.de Med. Pre-pagada y seguros	-	Primas y co-pago de usuarios	Planes de salud	Prestadores privados afiliados	2.9%	IDEM
	Org. privadas sin fines de lucro - ONG's	-	Pago de usuarios		Establecimientos	0.5%	Población ingreso medio y pobre
	TOTAL	Fragmentación alta				79.3%	Segmentación alta
Otras instituciones con acciones relacionadas con salud							
	Ministerio de Bienestar Social	Provisión de servicios alimentación y nutrición.	Recursos fiscales	Colación escolar	En coordinación con MED, municipios	30% de la Población en pobreza e indigencia	
		-					

Elaboración: original

<sup>27</sup> Servicio activo y pasivo

<sup>28</sup> Hospitales, Clínicas, Dispensarios, Consultorios, Farmacias

El Sistema de Protección Social de Salud en el Ecuador es altamente fragmentado, como se deduce del cuadro anterior; se realizó una encuesta con actores claves de las instituciones del sector sobre la fragmentación y segmentación y se plantea que no es sólo un grave problema sectorial sino también al interior de las instituciones, lo que dificulta la coordinación y la construcción de un sistema nacional de salud y la coordinación con otros sectores e instituciones que realizan acciones de salud.

La segmentación del sistema es evidente si se analiza las coberturas y la población objetivo tanto de atención como de aseguramiento. El sector público atiende a personas pobres y de medianos ingresos, pero los de extrema pobreza no son cubiertos apropiadamente.

Tanto la fragmentación como la segmentación del sistema son variables que influyen la duplicación de recursos e intervenciones, no son sostenibles debido que hay retos para mejorar la cobertura de atención, el déficit es de 21.7 % y el 77,3 % de la población no tiene cobertura de un seguro de salud. A nivel internacional se plantea que cuando más fragmentado y segmentado es un sistema su efecto sobre la exclusión es mayor.

## **6.1 Caracterización de las funciones**

### **6.1.1 Función rectoría:**

Un hecho importante que ha incidido en el marco regulatorio de la salud en el país, es la aprobación, por primera vez, en la Nueva Constitución del Estado de Agosto de 1998, de un capítulo especial para salud, que establece los derechos de los ecuatorianos a una salud integral y obliga a la construcción de un Sistema Nacional de Salud desconcentrado, descentralizado y participativo, establece la rectoría del Estado en Salud pero no explícita quien es la instancia que la ejecuta; por otra parte, también incorpora un capítulo especial para la Seguridad Social estableciendo el rol de aseguramiento universal en salud al Seguro Social Ecuatoriano. Estas dos disposiciones constitucionales son una fuente de conflicto que aún no se resuelve.

Sin embargo, es aceptado por todas las instituciones del sector salud y social que la rectoría le corresponde al Ministerio de Salud Pública pero su influencia es limitada. La medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública realizadas en este año lo demuestran, el promedio de cumplimiento de las 11 funciones medidas es de 26%; en las funciones que se relacionan más con la rectoría (5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública –21%- y 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública –26%-) el promedio es 23%.

Acciones especiales de Protección Social relacionadas con la salud dependen del Ministerio de Bienestar Social son focalizadas para población en el primero y segundo quintil de pobreza como los Programas de Nutrición y Alimentación que tienen una cobertura de 30% de la población objetivo. Estas acciones focalizadas de emergencia para poblaciones pobres o en extrema pobreza son lideradas por este Ministerio con escasa coordinación con el Ministerio de Salud Pública

En Noviembre del 2001 se aprueba en el poder legislativo de la Ley de Seguridad Social que marca un proceso de Reforma de la Seguridad Social General y de Salud, lo que implicará para su reglamentación un profundo consenso sectorial que permita encontrar mecanismo para reducir la fragmentación sectorial. Por otro lado, dos

iniciativas importantes que se están desarrollando en este momento que son: la construcción de Políticas de Estado en Salud y un anteproyecto de Ley sobre el Sistema Nacional de Salud, iniciativas que pretenden mejorar la equidad y eficiencia de las intervenciones de la sociedad en la salud de los ecuatorianos .

Estos esfuerzos, si tienen éxito, son de impacto potencial sobre la exclusión/protección social en salud; de igual manera, la posibilidad de construir, ajustar o reorientar intervenciones integrales que ofrezcan oportunidades especiales de atención a la salud de poblaciones en extrema pobreza y otras sectoriales ya en curso, que establezcan estrategias para mayor cobertura y calidad.

## 6.2 Función Financiamiento:

En cuanto al Financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud los datos demuestran que en el sector salud tiene un financiamiento es mixto.

**6.2.1 Fuentes de Financiamiento:** El esquema de fuentes de financiamiento es el siguiente:

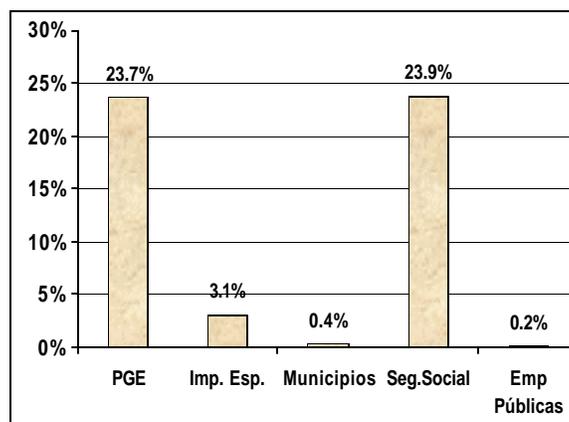
**Cuadro No 38**  
**Fuentes y mecanismos de financiamiento. Ecuador 1997**

Orden	Fuente de financiamiento	1.997		
		Monto sucres	dolares	%
<b>1.</b>	<b>PUBLICAS:</b>			
1.1	Gobierno en general			
1.1.1	Impuestos generales /otros			-
a.	Gobierno central			-
a.1	Ministerio de salud	670.942	167.807	22,69
a.2	Otros públicos:SNEM, INH, CEMEIN,	27.526	6.884	0,93
a.3	Empresas públicas	4.919	1.230	0,17
a.4	SOLCA	13	3	0,00
a.5	Universidades	1.225	306	0,04
1.1.2	Transferencias: Otras ONG's	145	36	0,00
1.1.3	Impuestos específicos ONG's: Junta de Beneficiencia, SOLCA, INNFA	92.846	23.221	3,14
1.1.4	Gobierno local: Municipios: Quito, Guayaquil, otros municipios	12.354	3.090	0,42
1.2.	Seguridad social			-
1.2.1	Seguro general (IESS)	592.771	148.256	20,05
1.2.2	Seguro social campesino (SSC)	56.892	14.229	1,92
1.2.3	Fuerzas Armadas (ISSFA)	30.582	7.649	1,03
1.2.4	Policia (ISSPOL)	25.593	6.401	0,87
	<b>SUBTOTAL PUBLICAS</b>	<b>1.515.808</b>	<b>379.113</b>	<b>51,26</b>
<b>2.</b>	<b>Fuentes privadas</b>			
2.1	Empresas privadas	83.285	20.830	2,82
2.2	Seguros privados	35.823	8.959	1,21
2.3	Medicina prepagada	101.460	25.376	3,43
2.4	ONG's	128.109	32.041	4,33
2.5	Hogares:			-
2.5.1	Contribuciones de usuarios copagos:			-
a.	MSP	9.205	2.302	0,31
b.	Municipios	5.745	1.437	0,19
c.	Universidades	534	134	0,02
d.	Otros públicos	645	161	0,02
f.	ONGs	68.235	17.066	2,31
2.5.2	Primas seguros y prepagos	12.203	3.052	0,41
2.5.3	IESS	43.014	10.758	1,45
2.5.4	Gasto de Bolsillo	878.779	219.788	29,72
	<b>SUBTOTAL HOGARES</b>	<b>1.018.360</b>	<b>254.698</b>	<b>34,44</b>
	<b>SUBTOTAL PRIVADO</b>	<b>1.367.036</b>	<b>341.904</b>	<b>46,23</b>
	<b>SUBTOTAL PU-PRIV</b>	<b>2.882.844</b>	<b>721.017</b>	<b>97,49</b>
<b>5.</b>	<b>Externas</b>			
5.1	Creditos	23.266	5.819	0,79
5.2	Donaciones	50.969	12.748	1,72
	<b>SUBTOTAL EXTERNAS</b>	<b>74.235</b>	<b>18.567</b>	<b>2,51</b>
	<b>TOTAL FUENTES</b>	<b>2.957.079</b>	<b>739.584</b>	<b>100,00</b>

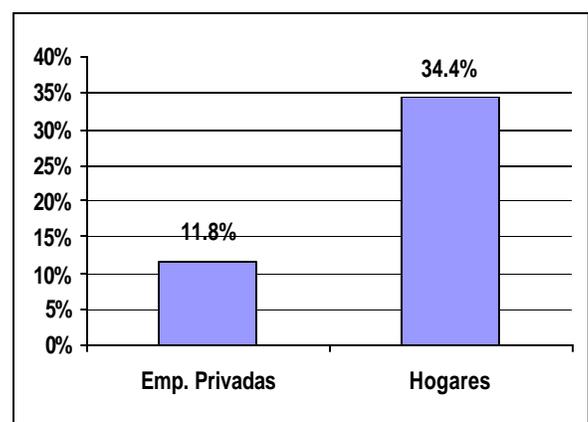
Fuente. Cuentas nacionales de Salud. Informe Final. Ecuador, 1997. Marzo, 2001<sup>29</sup>

- El Gasto Total en Salud representa el 3.7 % del PIB, el gasto directo de los hogares es el 1,27%.
- El 51.3% del total de gastos en salud es financiado por el sector público, el 46.2% por el privado y el 2.5% por los organismos externos.
- Los hogares siguen siendo la fuente que más aporta a los gastos en salud (34.4%) seguido por la seguridad social (23,9%) y el presupuesto general del estado (23.7%).

**Gráfico No. 1 Distribución De Las Fuentes Públicas, Ecuador 1997**



**Gráfico No. 2 Distribución De Las Fuentes Privadas, Ecuador 1997**



**Fuente:** Estudio de CNS 1997  
**Elaboración:** Grupo Técnico, CNS 1997

- Del aporte de los organismos externos el 68.7% corresponde a fondos no reembolsables, las dos terceras partes de estos son ejecutados por los proveedores privados, mientras que los reembolsables (31.3%) casi la totalidad están siendo ejecutados por el Ministerio de Salud Pública.
- Como los datos de financiamiento y gasto son de 1997, no se incorpora como fuente de financiamiento los recursos asignados por el Fondo de Solidaridad (son recursos que dependen de las rentas de capital del proceso de privatización de activos nacionales) para la Ley de Maternidad Gratuita cuyo financiamiento complementa los recursos fiscales para la atención a las mujeres embarazadas y a menores de 5 años, que se inicia en 1999.
- No existe pago por impuestos como mecanismo de financiamiento del sistema, sin embargo, en el momento actual se esta considerando como una de las opciones para el financiamiento de un conjunto de prestaciones universales para población que no dispone del mecanismo de la seguridad social.
- **Gasto per cápita:**

<sup>29</sup> Nota: no se encuentran contabilizadas los recursos del Ministerio de Bienestar Social en acciones relacionadas con salud, para el año 1997 asciende a 143 millones de dólares de los cuales el 30% se relacionan con alimentación y nutrición.

El gasto per cápita promedio es de 62 para 1997, con grandes diferencia en la Sierra excepto la Provincia de Pichincha es de 59 dólares, Pichincha 92, Guayas 62 y el resto de la Costa 43; la Amazonía 35 dólares.

- **Gastos en Salud por Proveedores de servicios:**

La mitad de los gastos en salud lo ejecutan los proveedores públicos, representados fundamentalmente por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Seguridad Social. Los proveedores privados de mayor importancia lo constituyen las farmacias y los consultorios.

**Cuadro No. 39**  
**Gastos en Salud por Proveedor de Bienes y Servicios. Ecuador 1997**

Proveedores Del Sistema Nacional de Salud	Gasto Total (USD)	%
<b>PUBLICAS PARA POBLACION NO ASEGURADA</b>		
Ministerio de Salud Pública	176,319,480	23.8
SNEM	3,581,697	0.5
INH	5,128,434	0.7
CEMEIM	766,579	0.1
Municipio de Quito	631,131	0.1
Municipio de Guayaquil	1,087,732	0.1
Otros Municipios	284,169	0.0
Patronato San José	2,804,253	0.4
Universidades	437,991	0.1
<b>SUBTOTAL</b>	<b>191,041,467</b>	<b>25.8</b>
<b>PUBLICAS PARA POBLACION ASEGURADA</b>		
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	153,534,414	20.8
Seguro Social Campesino	14,118,102	1.9
ISSFA	22,127	0.0
Fuerzas Armadas	7,715,813	1.0
Policía Nacional	6,400,995.2	0.9
<b>SUBTOTAL</b>	<b>181,791,452</b>	<b>24.6</b>
<b>TOTAL PUBLICAS</b>	<b>372,832,919</b>	<b>50.4</b>
<b>PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO</b>		
Junta de Beneficencia de Guayaquil	33,411,841	4.5
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	23,698,931	3.2
Instituto Nacional del Niño y la Familia	1,813,028	0.2
Cruz Roja Ecuatoriana	3,538,428	0.5
Organizaciones no Gubernamentales	19,129,321.0	2.6
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81,591,550</b>	<b>11.0</b>
<b>PRIVADAS CON FINES DE LUCRO</b>		
Dispens. prop. Empresas	6,076,556	0.8
Hosp. Clínicas Privadas	46,255,364	6.3
Consultorios privados	73,774,018	10.0
	25,476,781	3.4
Laboratorios e Imagenología		
Farmacias	120,152,705	16.2
Medicina Prepagada	10,617,842	1.4
<b>SUBTOTAL</b>	<b>282,353,265</b>	<b>38.2</b>

TOTAL PRIVADAS	363,944,815	49.2
ORGANISMOS EXTERNOS	2,806,223	0.4
TOTAL	739,583,957	100.0

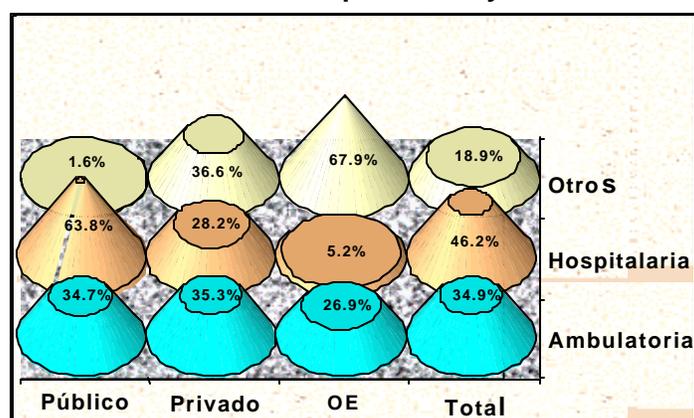
Fuente: Estudio de CNS 1997 ; Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

- **Gasto En Salud Según Atención Hospitalaria Y Ambulatoria**

En general, las instituciones gastaron USD 258'159,844 (34.9%) en atención ambulatoria, USD 341'930,201 en atención hospitalaria (46.2%) y 139'493,911 (18.9%) en otras actividades como administración, y servicios brindados a la comunidad (SNEM, INH, ISSFA entre otros)

Las instituciones públicas mantienen el mayor porcentaje en atención hospitalaria, mientras que las privadas tienen una distribución semejante para cada una de las variables consideradas.

**Gráfico No. 3**  
Distribución de los Gastos en Salud por Sector y Atención. Ecuador 1997.<sup>30</sup>



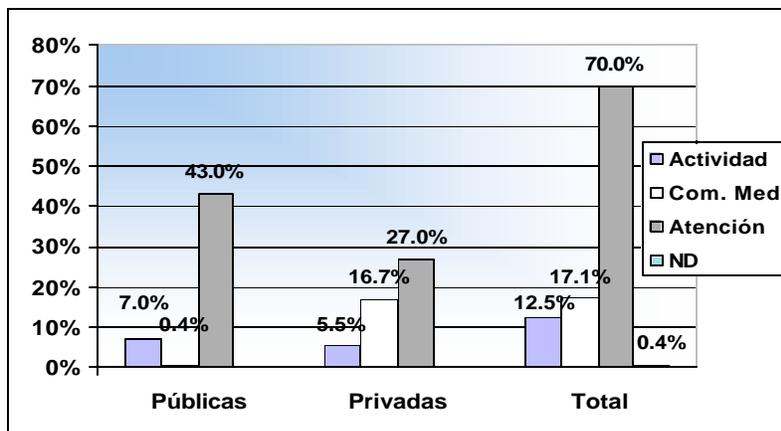
Fuente: Estudio de CNS 1997  
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

- **Gastos En Salud en Atención Preventiva y Curativa**

El 70% del total de los gastos en salud corresponden a la atención preventiva y curativa, el 12,5% a actividades relacionadas con la administración, capacitación e investigación y el 17.1% a comercialización de Medicamentos.

**Gráfico No. 4**  
Distribución del Gasto en Salud por Actividad y Atención. Ecuador 1997

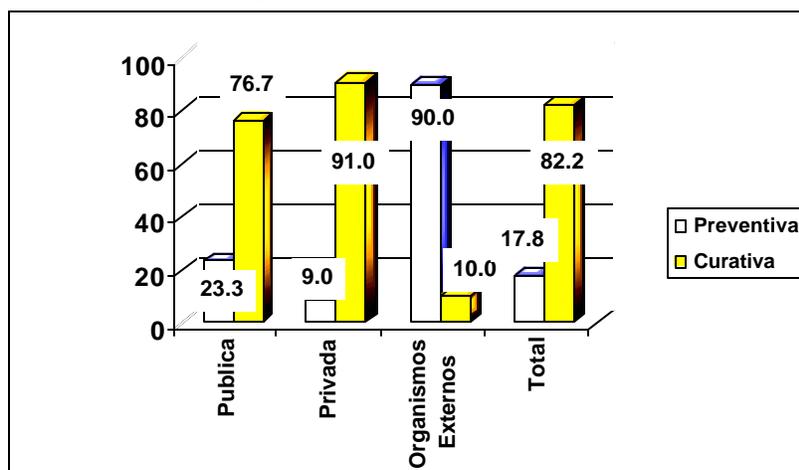
<sup>30</sup> OE = Organismos Externos de Cooperación



Fuente: Estudio de CNS 1997  
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

Si se analiza el comportamiento de los gastos en atención preventiva y curativa se observa que la curativa es la que más gastos demanda, tanto en las instituciones públicas como en las privadas. En las públicas el porcentaje de atención preventiva es dos y media veces mayor que en las privadas, debido fundamentalmente a que sobre todo el MSP es el responsable de brindar a la población este tipo de atención.

**Gráfico No. 5**  
**Distribución del Gasto por Tipo de Atención e Institución Ecuador 1997**

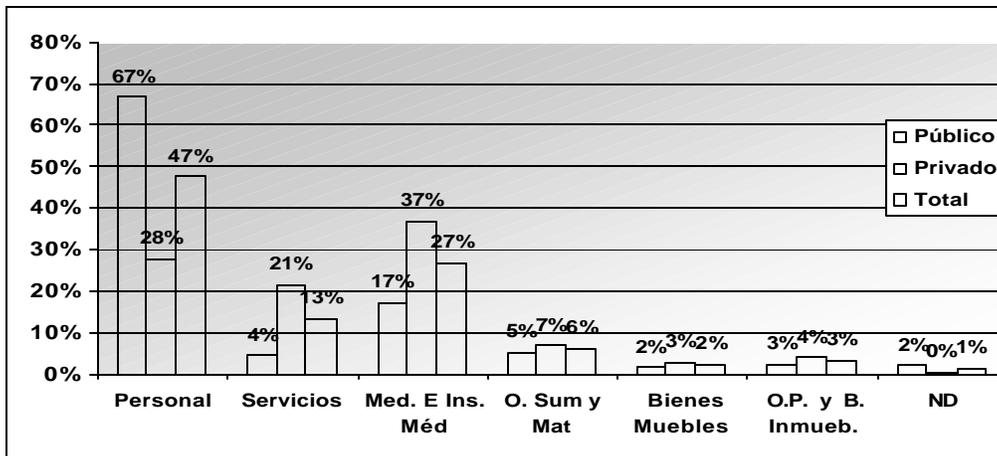


Fuente: Estudio de CNS 1997  
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

- **Gasto en Salud por tipo de Gasto**

En general, casi la mitad del gasto en salud se lo realiza en personal, las instituciones públicas lo hacen en un 67% mientras que las privadas destinan sus gastos a personal en una proporción mucho menor (28%). El comportamiento es inverso cuando se trata de los otros tipos de gasto como servicios y medicamentos e insumos médicos.

**Gráfico No. 6 Distribución del Gasto en Salud por Institución y Tipo de Gasto.**  
**Ecuador 1997**

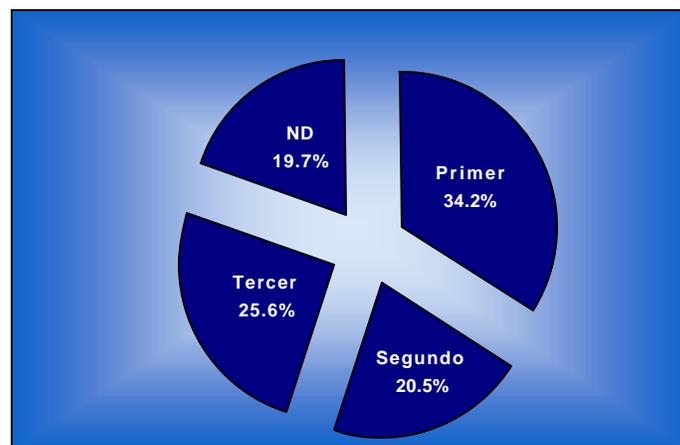


Fuente: Estudio de CNS 1997  
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

- **Gastos En Salud Por Nivel de Atención**

El 34.2% del total de gastos se realizó en el primer nivel, es decir en las unidades ambulatorias y hospitales localizados en los cantones, el 20.5% en hospitales provinciales y el 25.6% en hospitales de especialidad y especializados, la quinta parte de los gastos no se pudieron distribuir por este concepto.

**Gráfico No. 7 Gastos en Salud por Nivel de Atención, Ecuador 1997**

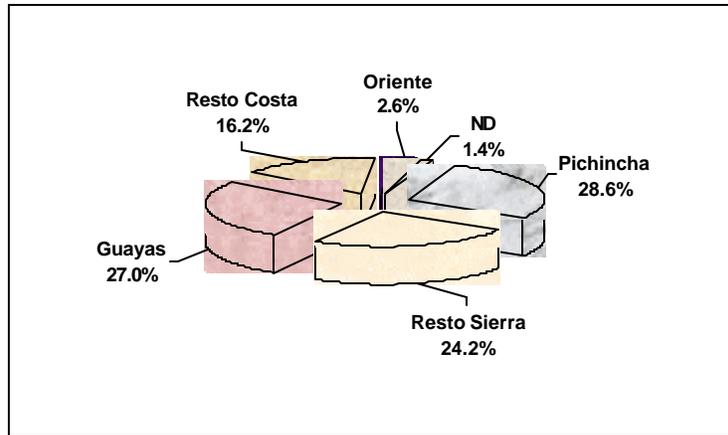


Fuente: Estudio de CNS 1997  
Elaboración: Grupo Técnico, CNS 1997

- **Gastos En Salud Por Región**

El 52.8% de los gastos se realizaron en la sierra (Pichincha 28.6%, resto de la sierra 24.2%), el 43.2% en la costa (Guayas 27.0%, resto de la costa 16.2%) y el 2.6% en el oriente.

**Gráfico No. 8 Distribución del Gasto en Salud por Región, Ecuador 1997**



**Fuente:** Estudio de CNS 1997  
**Elaboración:** Grupo Técnico, CNS 1997

- El gasto promedio anual en salud en los hospitales fue de 146.8 dólares en el sector público mientras que en el sector privado en las clínicas se registró en 324.0 dólares.

### 6.2.2 Gasto de los Hogares:

La magnitud del gasto directo de los hogares en 1997 es de US \$ 240.888 miles de dólares que equivale a 94.5 % del Total del gasto de los hogares, puede apreciarse en el cuadro siguiente:

**Cuadro No 40**  
**Gasto de los Hogares. Ecuador 1997**

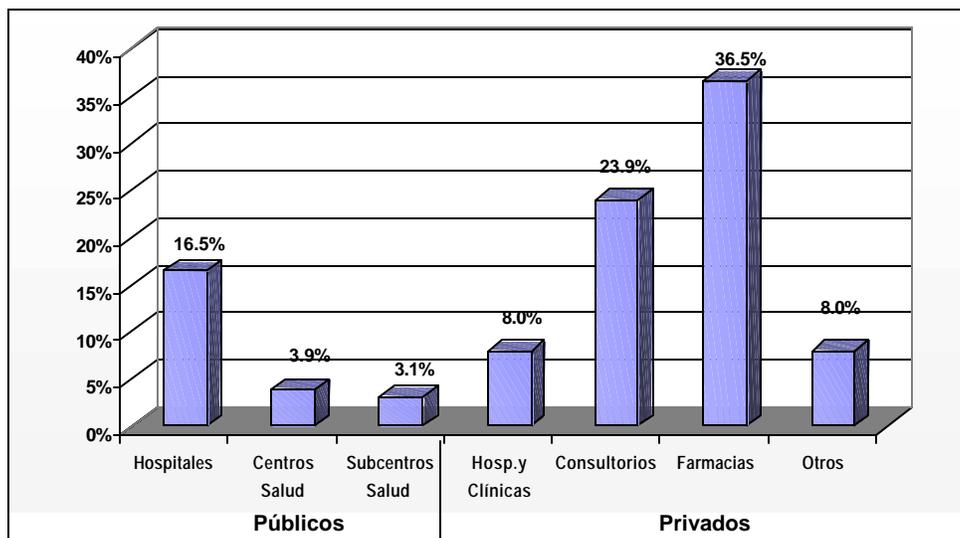
1	Hogares:	Monto sucres	Monto dolares	%
1.1.	Primas seguros y prepagos	12,203	3,052	1.20
1.2.	IESS	43,014	10,758	4.22
1.3.	Gasto neto de Bolsillo Hogares			
1.3.	Contribuciones de usuarios copagos:			
a.	MSP	9,205	2,302	0.90
b.	Municipios	5,745	1,437	0.56
c.	Universidades	534	134	0.05
d.	Otros públicos	645	161	0.06
e.	ONGs	68,235	17,066	6.70
	Subtotal copagos	84,364	21,100	8.28
1.4.	Gasto de Bolsillo s/n gastos compartidos	878,779	219,788	86.29
	Subtotal gastos directos de los hogares	963,143	240,888	94.58
	<b>SUBTOTAL HOGARES</b>	<b>1,018,360</b>	<b>254,698</b>	<b>100.00</b>

Fuente. Cuentas Nacionales de Salud. Informe Final. Ecuador, 1997. Marzo, 2001<sup>31</sup>  
Elaboración: original

- El gasto directo/neto del bolsillo de los hogares que se utiliza en co-pagos es el 9% y el 91% en el pago integral por servicios.
- En términos generales, el mayor gasto en cuidados de la salud, lo realizaron los hogares en los establecimientos que prestan sus servicios dentro del sector privado, de los cuales, el gasto más significativo lo efectuaron en las boticas o farmacias (36.5%) producto de la compra de medicamentos por recetas médicas otorgadas por diferentes proveedores y por práctica de la automedicación; le siguen los consultorios (23.9%). Por otro lado, en los establecimientos del sector público alcanzaron un gasto del 23.5%, dentro del cual se destaca el hospitalario (16.5%).

<sup>31</sup> Se expresa en miles de dólares es decir equivale a US \$ 254.698.013

**Gráfico No. 9**  
**Distribución del Gasto de los Hogares en Salud, X Proveedores. Ecuador 1997**

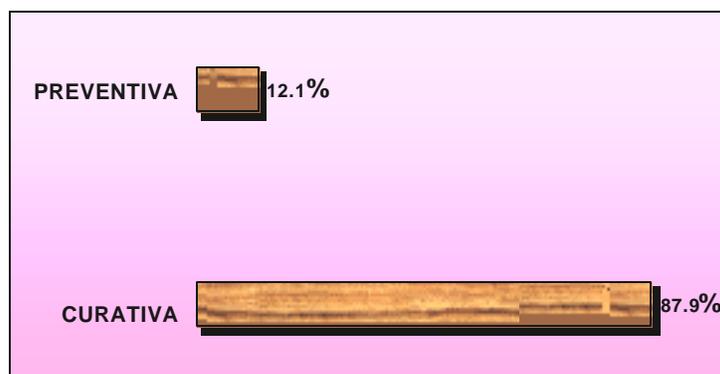


Fuente: INEC, ECV 1998

Elaboración: INEC, CNS 1997

Al analizar el gasto de los hogares por tipo de atención, el 87.9% corresponde al gasto en atención curativa, en tanto que, para la atención preventiva los hogares destinaron el 12.1%, comportamiento similar al observado en las instituciones proveedoras de servicios fundamentalmente las que pertenecen al sector público.

**Gráfico No. 10**  
**Gasto de los Hogares en Salud, según Tipo de Atención. Ecuador 1997**



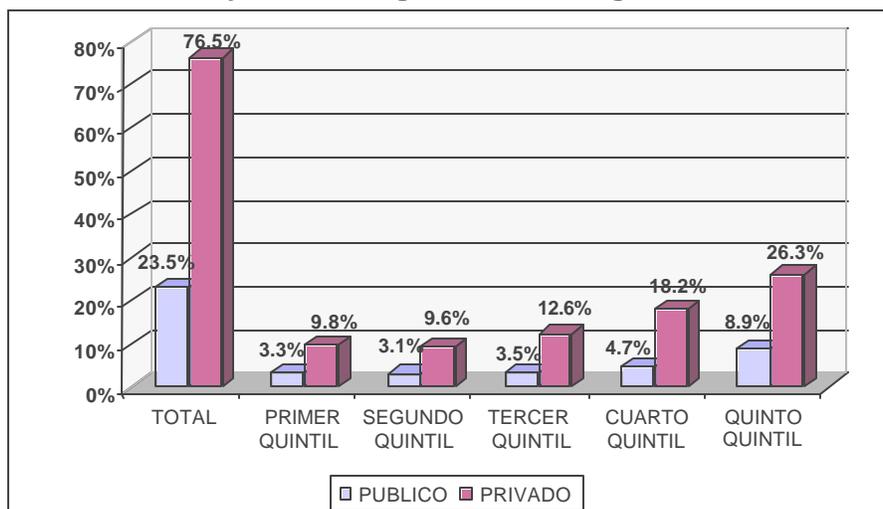
Fuente: INEC, ECV 1998

Elaboración: INEC, CNS 1997

En relación con el gasto que han incurrido los hogares en salud por nivel de ingreso se puede notar, que el gasto es menor en los quintiles inferiores, pues conforme se eleva el ingreso, se eleva el gasto en salud tanto a nivel del sector público como privado.

La proporción del gasto es casi similar en todos los quintiles de ingresos, no así en el último quintil que se incrementa sustancialmente

**Gráfico No. 11**  
**Distribución del Gasto de los Hogares en Salud, por Sectores**  
**Privado y Público, según Quintil de Ingreso, Ecuador 1997**



Fuente: INEC, Estudio de CNS 1997

Elaboración: INEC, CNS 1997

Este gasto anual de los hogares por quintiles de ingreso según condición de aseguramiento, se comporta de la siguiente manera:

**Cuadro No 41**  
**Gasto Promedio anual de los hogares por quintiles de ingreso y condición de**  
**aseguramiento. Ecuador 1997 ( en dólares)**

Año	Total Promedio	Quintiles de ingreso				
		Primer	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Asegurados	66.49	43.23	41.03	35.97	50.55	114.8
No asegurados	50.79	45.78	36.38	42.21	54.79	75.22
<b>Total promedio</b>	<b>54.20</b>	<b>45.38</b>	<b>37.27</b>	<b>41.04</b>	<b>53.93</b>	<b>88.22</b>

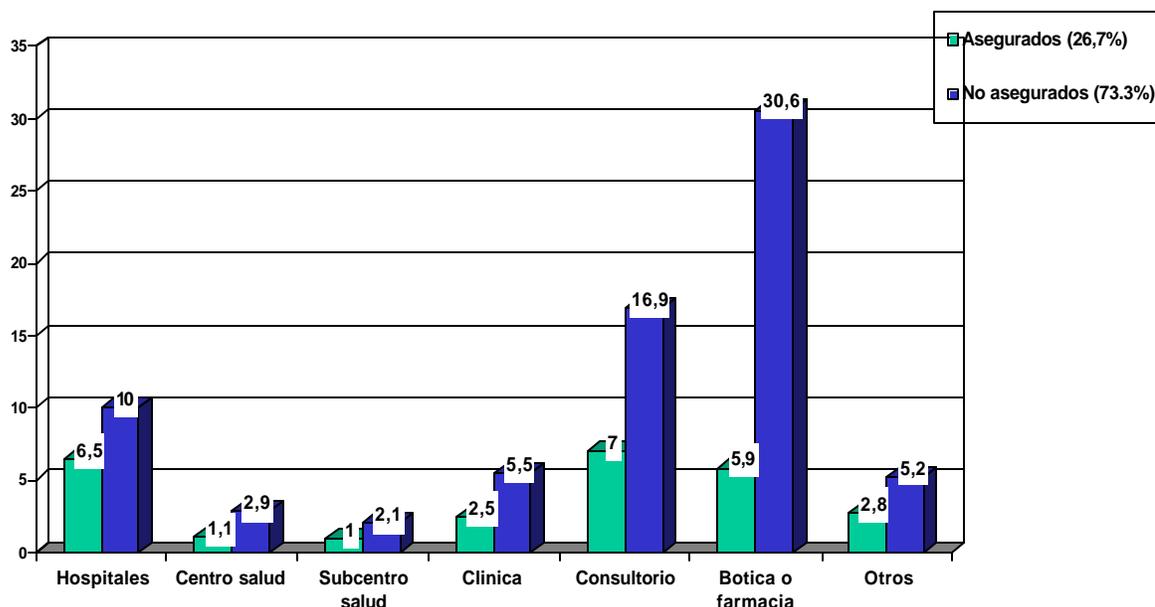
Fuente: Cuentas Nacionales en Salud. Informe final 1997. 2001

Lo anterior indica que el gasto promedio es mayor en la población asegurada. Al interior de los quintiles de ingreso, los gastos promedio de los hogares sin aseguramiento son mayores, a excepción del último quintil.

En el análisis de los gastos en salud realizados por los hogares que no cuentan con algún tipo de aseguramiento se observa que dichos recursos son canalizados principalmente (31%) hacia las boticas y farmacias, seguido por el gasto en consultorios (17%). Por otra parte, la población asegurada muestra un perfil diferente: aportan el 27% del gasto total de los hogares en salud, y el mayor porcentaje se relaciona a la atención en consultorios (7%) y en boticas y farmacias (6%). Esta situación se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico No 12

### Distribución del Gasto Anual de los Hogares en Salud por Condición de Aseguramiento según Proveedor, Ecuador 1997



Fuente: Cuentas Nacionales en Salud. Informe final 1997. 2001

El gasto per cápita es mayor en los asegurados (25 dólares) que en los no asegurados (19 dólares); probablemente relacionado, entre otras cosas, a que los asegurados tiene derecho a ser atendidos en hospitales del Seguro Social y otros seguros, donde el gasto directo de la atención es complementario a los prepagos realizados y con frecuencia reciben medicamentos simultáneamente a la consulta u hospitalización.

Cuadro No 42

### Distribución del gasto directo per cápita en salud por condición de aseguramiento y según proveedor. Ecuador 1997 ( en dólares)

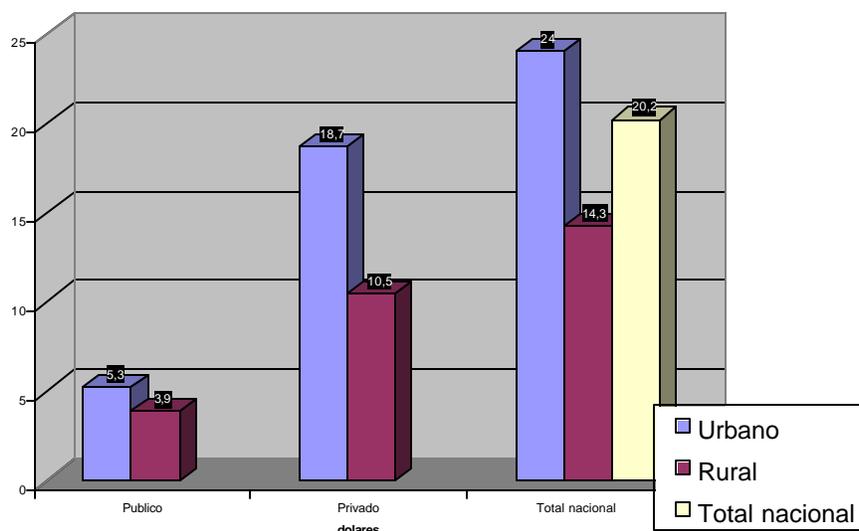
Proveedor \ Aseguramiento	Público	Privado	Nacional
Asegurados	8.1	17.3	25.3
No asegurados	3.8	14.9	18.8
<b>Total</b>	<b>4.7</b>	<b>15.4</b>	<b>20.2</b>

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud. Informe final 1997. 2001

Por otra parte el gasto directo per cápita en salud en promedio en 1997 fue de US \$ 20 dólares, se concentra en el área urbana (US \$ 24) mientras que en el área rural es 46% menor (US\$ 14). La población rural acude a los servicios del sector público donde los costos son menores. El gasto per cápita más bajo se registra en el sector público con niveles que fluctúa entre 4 y 5 dólares anuales

Gráfico N° 13

Distribución del gasto Directo PEr CAPITA en salud por areas y segun proveedor. Ecuador 1997 (en dólares)



- El comportamiento del gasto de los hogares en el 1998, 1999 y 2000 al parecer sería ascendente si consideramos la evolución del Índice de Precios de los cuidados de salud (IPCS), que es el deflactor utilizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador para el calculo del gasto de bolsillo directo:

VARIACIONES	1997	1998	1999	2000
IPC SALUD	153.6	185.3	363.7	767.4
Total gasto Hogares miles de dólares	240.888*	418.000**		

Fuente :\* INEC- Cuentas de Salud.1997; Situación de Salud Ecuador 2001. MSP\_INEC-OPS.

Nota: no se llenaron los valores para 1999 y 2000, debido a que hay datos contradictorios en las cifras reportadas por el INEC

### 6.2.3. Presupuestación:

- El modelo de presupuestación es histórico, no existen criterios para la asignación de recursos (criterios de focalización) en el sistema público, en 1998 se inicia un intento de comenzar a asignar los recursos de forma más equitativa utilizando como criterio la población total de cobertura del Ministerio de Salud; en 1999 y 2000 con la crisis financiera y la dolarización se observa una contracción presupuestaria para todo el sector social y se inicia un esfuerzo liderado por el Ministerio de Bienestar Social quien preside el Frente social del Ecuador, por asignar y concentrar los recursos sobre todo públicos en 230 parroquias con mayores índices de pobreza, sólo será desde el año 2002 que el MSP coloca como criterio explícito para mayor coherencia del presupuesto con la focalización territorial.

- En la seguridad social general y especiales como la militar y policial el criterio de asignación es el número de afiliados en cada región y/o provincia.

#### 4.3 Función Aseguramiento

Esta función como tal es poco desarrollada en el Ecuador, tal y como se plantea en el protocolo que comprendería Plan de prestaciones aseguradas, los mecanismos de aseguramiento y la forma de compra y que se concretar en las instituciones que lo ejecutan que son los seguros (Seguridad Social, Seguro Público, asegurador privado, Seguro Comunitario, otro).

Los seguros existentes en el país son: seguridad social, seguros privados, experiencias demostrativas de seguro público generadas por el MSP y otras experiencias de microseguros auspiciadas por la cooperación internacional (Belga), su cobertura es muy limitada, el cuadro a continuación lo demuestra:

**Cuadro No 43**  
**Coberturas estimadas nacionales de seguro. Ecuador 1999**

Nº	INSTITUCIÓN	% COBERTURA SEGURO	Esquema e aseguramiento
1.	Ministerio de Salud Pública	0.3 <sup>32</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experiencias demostrativas</li> <li>○ Capitación</li> <li>○ Mandatos: conjunto de prestaciones esenciales de salud</li> </ul>
2.	Instituto Ecuatoriano de S. Social a) Seguro general b) Seguro Social Campesino (SSC)	19.3 10.3 9.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Contribuciones obligatorias de empleadores (12.5%) y empleados (8.5%)</li> <li>□ El SC se financia en el 1999 con el 2.1% de las contribuciones del IESS.</li> <li>□ Mandato Seguro general beneficios sin limites</li> <li>□ Mandato SSC: atención primaria y enfermedad sin limite</li> </ul>
3.	Sanidad de FFAA y Policía	0.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Mandato Seguro general beneficios sin limites</li> <li>□ Contribuciones de empleadores y empleados * co- pagos a prima de familiares derecho habientes</li> </ul>
	<b>SUBTOTAL SECTOR PUBLICO</b>	<b>22.1</b>	
1.	Privadas con fines de lucro	2.2	Primas establecidas según ingreso y riesgo
2..	Privadas sin fines de lucro	0.0	-
	<b>SUBTOTAL SECTOR PRIVADO</b>	<b>2.2</b>	
	Otros	0.7	prepagas
	<b>TOTAL COBERTURA</b>	<b>23</b>	

**Fuentes:** Anuario de Recursos, Actividades de Salud, INEC 1999; Estudio oferta y demanda de servicios de salud (Comisión MSP-MBS) 1995; Encuesta de condiciones de vida SECAP-BM, 1995; Encuesta ENDEMAIN, 1998

<sup>32</sup> Incluyendo la experiencia de micro seguros (Azogues) de la Cooperación Belga.

Estas coberturas nacionales limitadas, esconden grandes diferencias regionales y en lo urbano rural; en este sentido, la última encuesta de condiciones de vida de 1998 muestra que la cobertura de la seguridad social alcanza sólo al 18.2% de la población total, en el área urbana sólo el 14.2%. el Seguro Campesino alcanza un grado más alto en la Costa que en la Sierra. Mientras tanto el Seguro privado es más significativo en la sierra urbana 8%. La región más deficitaria es la Amazonía.

En el cuadro a continuación se muestra los datos en detalle.

**Cuadro No 44**

**POBLACION TOTAL SEGÚN SEGUROS DE SALUD. ECUADOR 1998**

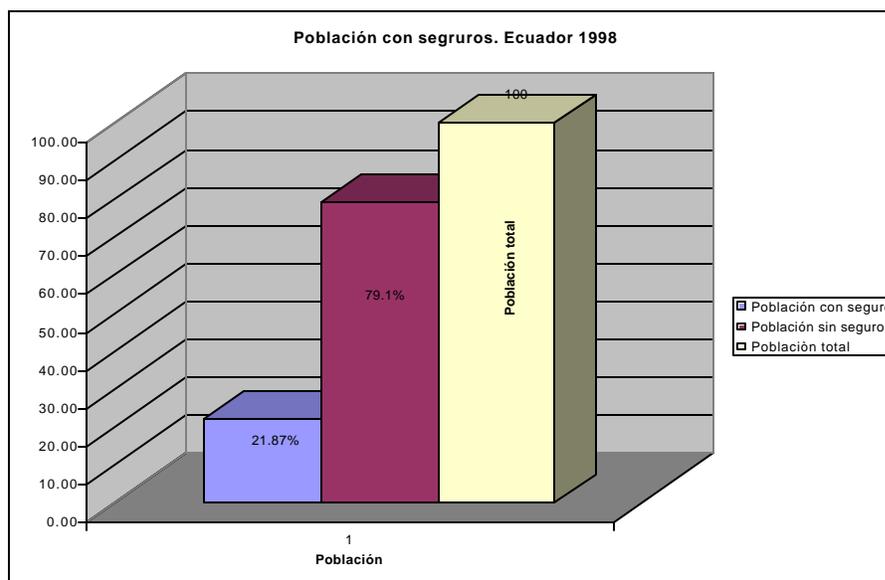
Tipo de Seguro	URBANO		RURAL		TOTAL	
	No personas	%	No personas	%	No personas	%
Nacional	6,494,098	100	4,713,302	100	11,207,399	100
Seguro nacional	1,318,802	20	1,131,698	24	2,450,500	21.9
Ninguno nacional	5,175,296	79.7	3,581,604	75.99	8,756,899	78.1
Costa	4,060,367	100	2,054,503	100	6,114,870	100
Seguro Costa	595,036.0	14.7	622,887.0	30.3	1,217,924.0	19.9
Ninguno Costa	3,465,330	85.3	1,431,616	69.68	4,896,946	80.1
Sierra	2,358,551	100	2,356,099	100	4,714,650	100
Seguro Sierra	705,583	29.9	457,375	19.4	1,162,959	25
Ninguno Sierra	1,652,967	70.1	1,898,725	80.59	3,551,691	75.3
Amazonía	75,180	100	302,699	100	377,879	100
Seguro Amazonía	18,181	24	51,437	17	69,618	18.4
Ninguno Amazonía	57,000	75.8	251,262	83.01	308,262	81.6

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida en el Ecuador. INEC. 2000

Por otra parte, las diferencias de seguros por sexo no son significativas.

El siguiente gráfico muestra los porcentajes en el ámbito nacional

**Gráfico No 14**



### 6.3.1 Población beneficiaria y alcance de la Cobertura:

- Como población universo de la Seguridad Social está en relación con la población empleada formal de la PEA que equivale a aproximadamente 30%, la cobertura estimada por la Seguridad Social General es de 28%.
- En la Seguridad Social General no existe un plan definido explícitamente porque el mandato es de universalidad, sin embargo son más de tipo curativo y de alta complejidad, su población es de alto riesgo, incluye la atención de maternidad y menores de 1 año. En el Seguro Social Campesino las prestaciones incluyen explícitamente acciones de primer nivel de tipo preventivo, es decir que incluyen bienes públicos como son agua segura, información, educación y comunicación en salud e inmunizaciones. No existe un mecanismo de inclusión /exclusión de prestaciones definido, el límite lo da la capacidad resolutoria actual del Seguro social.
- El ISSFA si tiene un conjunto de prestaciones definidas de carácter universal y clasificadas por preventivas /curativas y por nivel de complejidad, los criterios de inclusión y exclusión teóricamente estarían basado en criterio de costo efectividad, la reforma a este sistema se inicia en 1998 y hasta ahora no se han revisado las prestaciones definidas. Cubre bienes asegurables e incorporan detección temprana de enfermedades crónicas.
- En relación a la afiliación en el esquema de seguridad social la afiliación es obligatoria para los trabajadores formales y existe un carné especial para todos los afiliados del sistema, en el ISSFA e ISSPOL es igual pero diferenciado del Seguro General, para sus afiliados y derecho habientes (familia nuclear y padres del afiliado), en estos últimos de acuerdo al rango militar (diferencia salarial) se establece un sistema de co -pagos para las prestaciones de alto costo.
- En los seguros privados y/o de medicina prepaga existen criterios de inclusión de los afiliados al sistema por situación laboral, capacidad económica, y riesgos. Los afiliados son identificados a través de un carne.
- El rol del sector privado en el sistema de seguros es mínimo cubre al 2,9% de la población de ingreso medios altos y altos, 4,8% en el sector urbano y 0.2% en el sector rural. Tienen un rol más importante en cuanto a la provisión cubren el 21,5%.

### 6.3.2 De las Cotizaciones o aportes de los afiliados:

- En el caso de la seguridad social las cotizaciones o aportes de los afiliados al sistema están definidas por ley le corresponde 12.5% al empleador y 8.5% al empleado, de todas las cotizaciones a salud le corresponde el 3,41%. El criterio central es el salario del cual se extrae el monto de contribuciones. Desde hace aproximadamente 20 años existe una modalidad de aseguramiento al seguro general que es el seguro voluntario que aporta el 20% del salario declarado. No existen al momento actual criterios para el ajuste del monto de las cotizaciones o aportes. Si se aprueba, la nueva Ley de Seguridad Social si contempla contribuciones diferenciadas por salario.
- Sólo en la Seguridad Social Militar se establece un co-pago a la prima del afiliado para cubrir sus padres es el 80% de la prima establecido por afiliado, que es igual a las contribuciones obligatorias por ley.

- Las Cotizaciones son recogidas directamente por la instituciones de Seguridad Social General, ISSFA E ISSPOL, con criterio de obligatoriedad, en el ISSFA Incrementan sus recursos por los co-pagos a primas y algunos servicios de salud, además de la venta de servicios al público. En el caso de las experiencias demostrativas del MSP los co-pagos establecidos a la unidad per cápita se establece previo a una categorización familiar con criterio progresivo.
- La cobertura de recaudación en el esquema de seguro general ha mejorado, desde el 97 (48% a alrededor de 20%) hacia la actualidad, por haber dispuesto un sistema e cobros, en el que existe 60 días de plazo para los pagos, el mecanismo es que si un afiliado necesita atención y no esta cubiertos sus aportes el empleador recibe multas hasta el 200% del valor de la atención. o que implica no sólo evasión sino una mora. El sector público es el que tienen más problemas de mora.
- La elusión existe pero no esta cuantificada , sucede en los empleados formales como en los del seguro voluntario (8% del total de afiliados) que cotizan con salarios menores al que realmente reciben.
- En el caso de las experiencias demostrativas del MSP, se ha establecido un valor per - capita para el conjunto de prestaciones esenciales de salud (COPRES) que esta subsidiada de forma pública y los usuarios realizan un co-pago; la unida per- capita se ajusta por capacidad de pago establecida mediante condición socioeconómica de la familia.

### 6.3.3 Mecanismos de asignación y pago

A continuación un resumen de los mecanismos de asignación y pago:

**Cuadro No 45**  
**Modalidades de asignación de recursos y pagos**

<b>Aseguramiento (pooling)</b>	<b>Asignación de Recursos y Pagos</b>
Sector Público:	
Ministerios de Salud	Sólo en 3 experiencias piloto, el pago se realiza por capitación, la unidad per cápita establece un pooling de riesgo sobre un conjunto de prestaciones esenciales definidas.
Instituto Ecuatoriano de S. Social	Presupuesto histórico
a) Seguro general	Idem
b) Seguro Social Campesino	Idem
Sanidad de FFAA	por prestación y afiliados, a través de contratos con proveedores públicos y privados
Sanidad Policial	Presupuesto histórico
Sector privado	Por prestaciones por contratos con tarifas definidas a proveedores privados afiliados a la aseguradora

Elaboración: original

#### 6.3.4 *Regulación de los Seguros:*

- La Ley de Seguridad Social aprobada en el Congreso Nacional crea una Superintendencia General de Seguros, en la que se regulará también los de salud; por mandato constitucional es el IESS quien deberá establecer los mecanismos para garantizar el aseguramiento universal de salud. La Ley no establece ninguna relación con el Ministerio de Salud con este fin, es por esta razón que existe la necesidad de una construcción en consenso tanto del Sistema de Salud como del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- El marco regulatorio de las instituciones aseguradora en salud será reglamentado a posteriori de la aprobación de la ley que será a mediados del mes de noviembre del 2001, en la actualidad es controlado por la Superintendencia de Compañías precisa una certificación (permiso de funcionamiento) del Ministerio de Salud.
- No existen mecanismos de acreditación de las entidades aseguradoras, ni normativas sobre: transparencia en la selección del proveedor – calidad de la atención – recaudación – cobertura.

#### 6.3.5 *Relación entre aseguradores, proveedores y usuarios*

- La relación entre aseguradores y proveedores es diferente en lo público y privado. Hasta la actualidad la seguridad social se relaciona con sus proveedores de servicios de salud a través de transferencia de presupuestos, la reforma aprobada en la ley prevé una relación por contratos a sus propias unidades u a otras del sector público o privado. La relación que existe con los usuarios es a través de una certificación (carnet) de su pertenencia y se garantiza que tiene derecho a través de la certificación de que sus contribuciones están al día y el aviso de enfermedad emitido por la empresa en donde labora el afiliado.
- En el ISSFA la relación con proveedores es a través de contratos que se acompañan de un listado de tarifas establecidas. Sus usuarios son identificados por un carnet, por certificación de que están al día en sus contribuciones; también es posible chequear sus atenciones a través de un sistema informatizado.
- En los seguros privados la relación con los proveedores es a través de contratos a proveedores asociados a la aseguradora.
- En las experiencias demostrativas del MSP (Proyecto MODERSA) de Sistemas Descentralizados de Salud que forman un Fondo Local de Salud la relación se hace a través de contratos con los privados y convenios con los públicos que se seleccionan a través de un proceso de selección de proveedores, se privilegia los convenios con proveedores públicos. La relación con los usuarios se establece a través de un carnet y por la presencia de representantes de los usuarios en la conducción del sistema. Se prevé además encuestas de satisfacción de usuarios.

#### 6.3.6 *Utilización de los servicios por parte de los afiliados*

- Se admite (ECV, 1998) que el porcentaje promedio de las personas aseguradas que utiliza los servicios que ofrece el organismo asegurador es de 75%; existe un 20% de asegurados que utilizan otros esquemas de

aseguramiento, como son las empresas relacionadas con el petróleo y energía, otros proveedores directos de servicios para atención ambulatoria un 10%, otras respuestas a sus problemas de salud fundamentalmente relacionadas con la Medicina tradicional y alternativa en aproximadamente un promedio nacional de 2%.

- Se estima en la Seguridad General que sólo el 60% de afiliados usan los servicios de salud.

#### 6.4. Función Provisión de servicios de salud:

La cobertura de atención de salud en el país estimadas, no incorporan la medicina tradicional o alternativa, se presentan a continuación:

**Cuadro No 46**

Coberturas de Atención Institucionales Ecuador 1999

INSTITUCIÓN	% COBERTURA ATENCIÓN
Ministerio de Salud Pública	30.0
Instituto Ecuatoriano de S. Social	19.3
a) Seguro general	10.3
b) Seguro Social Campesino	9.0
Sanidad de FFAA y Policía	3.0
Junta de Beneficencia Guayaquil y SOLCA	4.0
Otros Públicos (Otros Ministerios, Municipios, Fiscomisionales, Etc)	1.5
SUBTOTAL SECTOR	57.8
PUBLICO	
Privadas con fines de lucro	21.0
Privadas sin fines de lucro	0.5
SUBTOTAL SECTOR	21.5
PRIVADO	
Otros	
<b>TOTAL COBERTURA</b>	<b>79.3</b>

**Fuentes:** Anuario de Recursos, Actividades de Salud, INEC 1999; Estudio oferta y demanda de servicios de salud (Comisión MSP-MBS) 1995; Encuesta de condiciones de vida SECAP-BM, 1995; Encuesta ENDEMAIN, 1998

- Existe un déficit de cobertura en el sector salud en general de 21,7% por datos de cobertura de las instituciones. Sin embargo, la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 estima que existe un 29% de la población sin cobertura de atención. La cobertura esperada en el sector público se calcula en 60% de la población total y la real es alrededor del 30% - 45%.
- Los datos anteriores demuestran que existe demanda insatisfecha para los servicios de salud, las razones de mayor frecuencia para no acudir a buscar atención a nivel nacional son automedicación (58,8%) y falta de dinero (18,2%).

- El subsector público de provisión dispone el 85.4% de los establecimientos del sector salud y atiende al 57.8% de la población; el subsector privado dispone del 14.6% y cubre el 21.5% de la población, lo que indica que el sector público tiene problemas en la utilización y eficiencia del sistema.
- No existen mecanismos institucionalizados de defensa del consumidor. La Tribuna de Defensa del Consumidor ha iniciado su labor tímidamente en el campo de la salud, sobre todo en lo relacionado a medicamentos.
- La cobertura de la medicina tradicional se estima en el 1.3% a nivel nacional, en las comunidades indígenas según un estudio (Cotacahi, 2001) sugieren que es utilizada en un 40%.

A continuación se presenta un detalle de los establecimientos del sector salud:

#### Cuadro No 47

Disponibilidad unidades de atención de salud por instituciones del sector. Ecuador 1999

INSTITUCIÓN	No. DE UNIDADES AMBULATORIAS	No. DE UNIDADES INTERNACION	TOTAL UNIDADES	%
Ministerio de Salud Pública	1.561	121	1.682	47.8
Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social	1.001	18	1.019	28.9
Seguro General	429	18	447	
Seguro Campesino	572	---	572	
Sanidad de FFAA Y Policía	96	20	116	3.2
Ministerio de Bienestar Social	26	---	26	
Otros Ministerios	101	---	101	
Junta de Beneficencia de Guayaquil	1	4	5	
Soc. Lucha contra el Cáncer (SOLCA)	1	5	6	
Municipios	12	3	15	
Otros Entidades (Fiscomisionales, INNFA)	28	5	33	
SUBTOTAL	2.827	176	3.003	85.4
PUBLICOS				
Privados con fines de lucro	1	351	352	
Privados sin fines de lucro *	147	16	163	
SUBTOTAL	148	367	515	14.6
PRIVADOS				
TOTAL	2.975	543	3.518	100.0
UNIDADES				

**Fuente:** INEC, Anuario de Recursos y Actividades de salud, 1999. \* Incluye a instituciones Religiosas, ONG's y otras particulares

- Uno de los factores para la capacidad resolutive de los servicios de salud son los recursos humanos, en los últimos tres años, en el sector público se ha disminuido el horario de enfermeras, auxiliares de enfermería y en el 2001 de los médicos de 8 horas a 6 horas como un mecanismo de incremento salarial; si bien es una conquista gremial, ha influenciado en la disminución de la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Cuadro No 48

Evolución de R. Humanos en las instituciones de salud (\*)

RECURSO	1990,1995 y 1999					
	AÑOS					
	1990		1995		1999	
	No.	razón	No.	Razón	No.	razón
MEDICOS	9.785	9,5	15.212	13,3	17.075	13,8
ENFERMERAS	3.546	3,4	5.212	4,6	6.253	5,0
ODONTÓLOGOS	1.517	1,5	1.788	1,6	1.997	1,6
AUX. ENFERMERIA	12.304	11,9	13.511	11,8	13.326	10,7

Fuente: INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud – 1990, 1996 y 1999

(\*) Corresponde al personal que trabaja en establecimientos públicos y privados de salud)

- El porcentaje de capacidad ociosa del sistema en su conjunto no se conoce, no hay estudios detallados al respecto, en el subsector público se estima que la capacidad ociosa es de aproximadamente el 35% siendo mayor en el ámbito hospitalario (51.1%-1999)
- Existe capacidad del sistema en su conjunto para atender un aumento de la demanda que puede ser derivada de intervenciones que incidan en la disminución de la exclusión, en términos porcentuales y teóricos se podría absorber un aumento entre 10% - 20% de la demanda.
- No existe una superintendencia de proveedores.

6.5 Resumen:

**Del análisis realizado en este punto, el Sistema de Protección Social en salud en el Ecuador tiene las características que se muestran en el Cuadro a continuación:**

Cuadro No 49

Resumen de las características del Sistema

- La fragmentación en las funciones del sistema es alta y es más grave aún porque al interior de las instituciones también existe fragmentación, lo que dificulta la coordinación y la construcción de cualquier sistema de salud y la coordinación con otros sectores e instituciones que realizan acciones de salud.
- La Segmentación corresponde a las poblaciones objetivo de cada subsistema tanto en la atención como en los seguros, El sector público atiende a personas pobres y de medianos ingreso, pero los de extrema pobreza no son cubiertos apropiadamente.
- Tanto la fragmentación como la segmentación del sistema son variables que influyen de forma negativa en la Protección social en salud, existe duplicación de recursos e intervenciones, no son sostenibles debido a que hay retos importantes en términos de cobertura de atención, el déficit es de 21.7 %; y el 77,3 % de la población no tiene cobertura de un seguro de salud.

<b>Gasto de bolsillo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>En 1997 el gasto directo de hogares es el 46% del Gasto Total en salud, representa el 2% del PIB es decir más de 341 millones de dólares. Su distribución por quintiles de ingreso muestra un comportamiento regresivo</li> </ul>
<b>Regulación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Marco regulatorio incipiente. Existe una débil rectoría del Ministerio de Salud, con problemas de gobernabilidad en salud (debilidad para la coordinación y los consensos tanto estratégicos como operativos)</li> </ul>
<b>Separación de funciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No existe separación de funciones en las instituciones del sector salud. En la propuesta de Reforma de Salud de la Seguridad Social si esta establecido este mecanismo.</li> </ul>

Fuente: La propia investigación

Elaboración: Original

**Cuadro No 50**  
**Estructura de los Sistemas de Protección Social**

	<b>Público</b>		<b>Privado</b>		<b>Seguridad Social<sup>33</sup></b>	
	Número	%	Número	%	Número	%
Cantidad de beneficiarios / Afiliados	5.043.330	45	319295	11.8	1342600	22.3%

<sup>33</sup> Incluye toda la población de asegurados del IESS, ISSFA E IISPOL

Cantidad de recursos disponibles percapita(1997)*	US \$ 33.1		US \$ 313		US \$ 131 IESS=145	
Cantidad de recursos disponibles per cápita 1998**	US \$ 27		US \$ N.D		US \$ N.D	
Cantidad de recursos disponibles per cápita 1999**	US \$ 18.1		US \$ N.D		US \$ N.D	
Cantidad de recursos disponibles per cápita 2001*	US \$ 26.2		US \$ N.D		US \$ N.D IESS=80***	
Cantidad de recursos disponibles per cápita 2002*	US \$ 69.6 <sup>34</sup>		US \$ N.D		US \$ N.D	

**Fuentes:** \* Cuentas Nacionales de Salud. Informe final Ecuador, 1997

\*\*Protección Social en Salud. Compromiso Político de Gestión 2001-2002. Octubre 2001; \*\*\* Informe IESS. 2001. La población afiliada del IESS en el 2001 es de 1031.765 en el 2001, la proyección para 2002 es de 992379

Nota: aparentemente la población derecho habiente del ISSFA e ISPOL permanece más estable.

<sup>34</sup> Según la propuesta de Proforma presupuestaria enviada por el MSP para aprobación del Congreso Nacional

## 7. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA REDUCIR LA EXCLUSIÓN

Aunque no hayan utilizado explícitamente el término, muchas de las estrategias implementadas en América Latina y El Caribe han afectado la exclusión en salud en efecto. Si bien un porcentaje importante de las políticas desplegadas durante los últimos veinte años en la mayoría de los países han estado orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud dadas las restricciones presupuestarias producto de las crisis económicas, sí se han implementado medidas destinadas a mejorar la eficiencia y la productividad en la provisión de servicios, aumentar la participación local en la administración del sistema, reducir barreras financieras y culturales de acceso a las atenciones de salud y mejorar la cobertura de salud para los grupos vulnerables. De ese conjunto de políticas, aquellas orientadas específicamente a mejorar el acceso a las atenciones de salud o a aumentar la cobertura de los sistemas de protección de salud se relacionan directamente con la reducción de la exclusión. No obstante, las medidas restantes también pueden haber tenido efectos sobre la exclusión, aunque hayan sido implementadas con otros fines.

Para el análisis de las estrategias implementadas se ha tomado como punto de partida la salud como producto social es decir que su respuesta se relaciona con las acciones sectoriales e intersectoriales en función de incidir en la exclusión y/o en el manejo social del riesgo, según el énfasis.

Las estrategias implementadas se pueden clasificar de acuerdo a su objetivo, tipo de bien que se quiere garantizar y al sector de impacto. Con relación al tipo de bien es importante su definición de tal forma que permita la clasificación, de esta forma:

- Bienes y servicios públicos son aquellos cuyo consumo beneficia a todo la población o un grupo importante de ellos, en salud se incluyen aquellos que promueven cambios en el comportamiento personal, que controlan riesgos ambientales o el desarrollo o regulación de intervenciones de seguridad entre otros, inclusive el control de vectores.
- Bienes y servicios meritorios, aquellos bienes con externalidades positivas y negativas cuyo consumo no solo afecta a quien lo hace sino a otros, son prestaciones a individuos como inmunización, quimiprofilaxis, detección temprana de riesgos, suplementos nutricionales, control de crecimiento y desarrollo a niños y control de prenatal a embarazadas.
- Bienes privados o asegurables son aquellos que no son públicos ni tiene externalidades es decir el consumo beneficia solamente a quien lo consume, a este tipo de bien se denominan también asegurables (son en su mayoría objeto de los seguros de salud, no excluye una financiación pública para los mismos, depende del contexto del país)

### 7.1 Descripción y análisis de las estrategias implementadas en el Ecuador:

Es importante tener en cuenta que las estrategias que deberían predominar en una política explícita anti - exclusión, se pueden clasificar cómo:

- a) Aquéllas destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos
- b) Las estrategias destinadas a fortalecer la demanda por prestaciones
- c) Las que se orientan a fortalecer el marco regulatorio en términos de advocacy, con el fin de proporcionar a las personas herramientas para hacer valer sus derechos en salud (empowerment)

En el Ecuador las estrategias analizadas de 1990 al 2001, se clasifican como sigue:

**Cuadro No 51**

Análisis de las estrategias implementadas de acuerdo a su objetivo, tipo de bien que busca garantizar y sector de impacto

ESTRATEGIA	AÑO	TIPO DE BIEN			SECTOR DE IMPACTO
		Público	Meritorio	Asegurable	
<b>1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios</b>					
- Extensión de cobertura de programas de salud y fortalecimiento de estrategias de APS y promoción de la salud con focalización territorial	2001	X	X	X	PUBLICO
- Campaña contra el Dengue y la Malaria	1995	X	X		AMBOS
- Estrategia de Atención Primaria Ambiental	1999	X			AMBOS
- Salud Familiar y comunitaria (SAFIC)	1989-1992		X	X	PUBLICO
- Programa Maternidad Saludable y de menores de 5 años	1999		X	X	PUBLICO
- Proyecto de desarrollo de pueblos Indígenas y Negros del Ecuador: rescate de la Medicina tradicional y enfoque participativo en la planificación en salud	1999			X	PUBLICO
- Fondo de Inversión Social: componente infraestructura básica y establecimientos de salud de primer nivel	1993-2001	X		X	PUBLICO
- Programa de Inmunizaciones, extensión e cobertura	1968, 1992		X	X	PUBLICO
- Sistema Móvil de atención a la salud				X	PUBLICO
- Modernización Hospitalaria (componente 2 MODERSA)				X	PUBLICO
Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE)	1992-2001	X	X	X	PUBLICO
- Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil	1993-1999		X		PUBLICO
- Programa de desarrollo Infantil: cuidado infantil y nutrición	1998		X	X	PUBLICO
Programa de Atención Integral Menores de 6 años: atención infantil, complemento nutricional y de Guardería	1999	X	X		PUBLICO
Programa Nacional de Alimentación Escolar:	1998		X	X	PUBLICO
Operación Rescate Infantil: Alimentación y Nutrición, desarrollo psico-afectivo y salud	1989		X	X	PUBLICO
Proyecto de fortalecimiento del sistema de salud aplicando APS- Azogues	1993-2001		X	X	PUBLICO
Sistema de tarifas diferenciadas. Chordeleg	1988			X	PRIVADO
Modelos demostrativos de descentralización en Salud: varios municipios	1995-		X	X	AMBOS

**Continuación:**

ESTRATEGIA	AÑO	TIPO DE BIEN			SECTOR DE IMPACTO
		Público	Meritorio	Asegurable	
<b>2) Orientadas a fortalecer la demanda</b>					
- Espacios Saludables: Sur Ecuador	1996-2001	X	X	X	AMBOS
- Construcción de Sistemas descentralizados de Salud (componente 3 MODERSA) que integra: - Colaboración público-privada en el financiamiento de servicios - Definición de Conjunto de Prestaciones Esenciales de Salud - Separación de funciones de financiamiento y provisión - Participación ciudadana en salud - Contratos –convenios con proveedores públicos y privados	1998	X	X	X	AMBOS
- Bono Solidario	1999		x	x	Ambos
<b>3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio</b>					
- Capitulo de Salud y de la Seguridad Social en la Constitución Vigente en el Ecuador	1998	X	X	X	Ambos
- Fortalecimiento rol rector Ministerio. del Salud y del Consejo Nacional de Salud. Componente 1 MODERSA	1998	X	X	X	AMBOS
- Decreto Ejecutivo No 502 regulación de tarifas y copagos Ministerio de salud	1999			X-	AMBOS, + publico
- Elaboración marco regulatorio: Políticas de Estado, Anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud	2001	X	X	X	AMBOS
- Aprobación Ley de Seguridad Social	2001	X	X	X	AMBOS
Ley de Medicamentos Genéricos	2001		X		AMBOS
Reglamentación de la ley descentralización	2001	X	X	X	Publico

Fuente: Listado de Estrategias implementadas para mejorar la Protección Social en Salud desde hace 10 años en Ecuador. Octubre 2001

En el detalle de las estrategias analizadas, lo que se observa de manera general es que estrategias similares se ejecutan con escasa coordinación lo que provoca en algunos casos duplicación de acciones, es decir la fragmentación del sistema es evidente, inclusive en acciones que son más necesarias en épocas de crisis económica como Alimentación y Nutrición infantil, las que tienen mayor éxito han sido aquellas que se coordinan entre las instituciones ejecutora tanto a nivel nacional como local.

Se han analizado 29 estrategias, el 65.51% son destinadas a la oferta, a la demanda 10.34% y al marco regulatorio el 24.1%, de las destinadas al marco regulatorio sólo el 28.5 % se han realizado antes del 2001, el resto son estrategias de este año que aún no se observan implementaciones reales sino están en proceso de aprobación y/o diseño.

Por otra parte, el resultado de las estrategias implementadas puede variar de modo considerable acuerdo a condiciones específicas imperantes en cada país. Estas condiciones capaces de modificar el resultado de las estrategias implementadas se denominan condiciones del entorno y aparecen en el cuadro siguiente:

### Cuadro No 52

#### Matriz de análisis de las estrategias implementadas en el Ecuador

Estrategia implementada*	Condiciones Del Entorno					
	Características del sistema	Otros grupos humanos vulnerables	% de Pobreza	% Población perteneciente a grupos étnicos)	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
<b>1) Destinadas a mejorar la oferta de servicios</b>						
1.1 Atención Integral Menores de 6 años: atención infantil, complemento nutricional y de guardería "Nuestros niños". Nacional	Fragmentado	Esta estrategia esta definida	60,6%	Prioridad niños /s en situación en riesgo, no precisa números	No	Municipios Organizaciones Comunitarias y ONGs
1.2 Extensión de cobertura de programas de salud y fortalecimiento de estrategias de APS y promoción de la salud con focalización territorial -nacional	IDEM	La población en indigencia y con necesidades de segundo y tercer nivel	Primer quintil de pobreza	Población del territorio	En el 10% de parroquias del programa no hay unidades de salud	Apoyo del MSP diferente de acuerdo a niveles de atención Apoyo de la Primera Dama de la Nación
1.3 Estrategia de Atención Primaria ambiental- nacional	IDEM	En especial en poblaciones con déficit de agua segura y saneamiento básico	Universal	Universal	No considerado	Apoyo moderado MSP y alto de M.Ambiente, Alcaldías y organizaciones ecologistas
1.4 Programa Maternidad Saludable y de menores de 5 años	Fragmentado	No determinado	70% de población objetivo	No considerado	Existen pretenden ser resueltas con intervenciones que faciliten transporte	Ley especial le respalda, Apoyo Primera Dama, MSP, Municipios, organizaciones de mujeres
1.5 Campaña contra el Dengue y la Malaria- regional	IDEM	no	No focalizado	No considerado	no	Municipios, ONGS, Colegios

## Continuación.....

Estrategia implementada*	Condiciones Del Entorno					
	Características del sistema	Otros grupos humanos vulnerables	% de Pobreza	% Población perteneciente a grupos étnicos)	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
1.6 Salud familiar y comunitaria (SAFIC)- Nacional	IDEM	Familias en riesgo, inmigrantes del campo a la ciudad	Se estratifica provincia, cantón barrio	Considerada para establecer áreas piloto	Considerado o como criterio	Contexto político favorable Alto apoyo actores int. nac. Y locales MSP
1.7 Proyecto de desarrollo de pueblos Indígenas y Negros del Ecuador: rescate de la Medicina tradicional y enfoque participativo en la planificación en salud- Nacional	IDEM	No considerado	Énfasis	El proyecto se dirige en un 100% a comunidades indígenas y negras	No determinado	Organizaciones indígenas Alcaldes
1.8 Fondo de Inversión Social: componente infraestructura básica y establecimientos de salud de primer nivel- nacional	Fragmentado y con escasa coordinación	No especificado	Focalizado en parroquias con quintiles altos de pobreza	Prioridad dentro de la focalización	No determinado	Contexto político inestable con cambios de equipos y orientación Alcaldes
1.9 Programa de Inmunizaciones, extensión e cobertura- nacional	fragmentado	Universal	No considerado	Se prioriza	No	No influencia contexto político Consenso alto de actores
1.10 Sistema Móvil de atención a la salud - provincial	Fragmentado	Personas con problemas quirúrgicos	Focalizado en parroquias con quintiles altos de pobreza	Se prioriza	-	Influencia de contexto político Cambio de actores influyen en direccionalidad
1.11 Modernización Hospitalaria (Componente 2 MODERSA)- experiencias demostrativas	Fragmentado	No considerado	Considerado para tarifas diferenciadas	No considerado	No valorado	Contexto político inestable con cambios de equipos y orientación Actores internos no identificados con propuesta
1.12 Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE) nacional en áreas seleccionadas	IDEM	No considerado	Focalizado en Areas de Salud con parroquias en quintiles altos pobreza	No considerado	Énfasis en disminuir barreras geográficas	Contexto político inestable con cambios de equipos y orientación y escasa institucionalización Actores internos del MSP central en conflicto
1.13 Programa de Alimentación Complementaria Materno Infantil (PACMI)- nacional	IDEM	1% de población de Niños > de 5 años	Focalización por provincias se concentra en áreas pobres	No considerado	No valorado	No influencia de contexto Político en direccionalidad, pero si en asignación recursos. Apoyo actores internos MSP

## Continuación.....

Estrategia implementada*	Condiciones del Entorno					
	Características del sistema	Otros grupos humanos vulnerables	% de Pobreza	% Población perteneciente a grupos étnicos)	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
1.14 Programa de desarrollo Infantil: cuidado infantil y nutrición (INNFA) – nacional	Fragmentado	Niños < de 5 años y de 6 a 12 años	Focalizado en zonas de mayor incidencia de pobreza	No considerado		Apoyo moderado actores internos y externos del MSP Rol importante del PMA
1.15 Programa Nacional de Alimentación Escolar:	Fragmentado	Niños de educación básica	Focalizado en zonas de mayor incidencia de pobreza	No considerado	No valorado	No influencia de contexto Político en direccionalidad Apoyo actores internos del MEC y contrapartes MSP
1.16 Operación Rescate Infantil: Alimentación y Nutrición, desarrollo psico - afectivo y salud – nacional	fragmentado	Sectores marginales urbanos y rurales con alta incidencia de desnutrición	Focalización territorial en 196 parroquias	No considerada	No establecida,	Influencia de contexto político Cambio de autoridades influye en la asignación presupuestaria anual y en prioridades –cuotas políticas Apoyo actores internos del MEC
1.17 Proyecto de fortalecimiento del sistema de salud aplicando APS- Azogues – local	fragmentado	No considerado	Considerada para exenciones y/o subsidios	No considerada	Énfasis en mejorar accesibilidad integral	Contexto político nacional inestable Apoyo actores internos locales del MSP Conflicto actores provinciales del MSP Apoyo usuarios Auspicio APS Belga
1.18 Sistema de tarifas diferenciadas. Chordeleg- local	IDEM	No considerado	Considerada para exenciones y/o subsidios	No considerada	No considerada	No influencia contexto política nacional Apoyo de actores ONGs locales y CARE-APOLO
1.19 Modelos demostrativos de descentralización en Salud: varios munidpios - local	IDEM	No considerado	Considerada para exenciones y/o subsidios	No considerada	Énfasis en accesibilidad integral	IDEM + Apoyo actores locales municip. y comunitarios

## Continuación.....

Estrategia implementada*	Condiciones del Entorno					
	Características del sistema	Otros grupos humanos vulnerables	% de Pobreza	% Pob. de grupos étnicos)	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
<b>2) Orientadas a fortalecer la demanda</b>						
2.1 Proyecto Espacios Saludables: Sur Ecuador cinco municipio	IDEM	Población total, énfasis mujeres niños y la promoción de la salud	No considerado	No considerado	No considerado	Apoyo Moderado MSP Nacional, alto nivel provincial y local Alto apoyo municipios y organizaciones sociales
2.2 Construcción de Sistemas descentralizados de Salud (componente 3 MODERSA)- nacional pero sólo en experiencias demostrativas	IDEM	Grupo materno – infantil0	Considerado como prioridad de intervención y para exenciones y subsidios	Considerados si en cantones sujetos de intervención existen	Se considera en la organización de modalidades de organización de la atención	Influencia negativa de contexto político por cambio de autoridades y gerentes Apoyo actores locales alto Apoyo actores internos MSP limitado
2.3 Bono Solidario	IDEM	Jefas de Hogar, rural, ancianos y discapacitados	Población en extrema pobreza	IDEM	Zonas de difícil acceso como la Región Amazónica	Contexto Político favorable, apoyo de actores sociales nacionales, locales.
<b>3) Orientadas a optimizar el marco regulatorio</b>						
3.1 Capítulo de Salud, Seguridad Social, Derechos en la Nueva Constitución	Pretende articulación	Énfasis en materno infantil	Prioridad nacional, garantía de equidad	Prioridad como grupo vulnerable	Impacto en el acceso	Influencia + de contexto político y de Congreso. Alto apoyo de actores de salud nac., locales, ONGs por construcción participativa
3.2 Fortalecimiento rol rector Ministerio. de Salud y del Consejo Nacional de Salud. (Componente 1 MODERSA)	IDEM	No considerado	Prioridad nacional	Priridad como grupos vulnerables	Impacto en el acceso	Influencia de contexto político por cambio de autoridades y gerentes Apoyo actores sector salud y cooperación internacional
3.3 Decreto Ejecutivo No 502 regulación de tarifas y copagos Ministerios de salud	IDEM, efecto sólo MSP	Exenciones grupo materno-infantil	Estratificación de tarifas por ingreso	Si se asocia a pobreza	No considerado	Influencia de contexto político por cambio de autoridades y gerentes

Continuación.....

Estrategia implementada*	Condiciones del Entorno					
	Características del sistema	Otros grupos humanos vulnerables	% de Pobreza	% Población perteneciente a grupos étnicos)	Barreras geográficas	Contexto político y grupos de interés
3.4 Elaboración marco regulatorio: Políticas de Estado, Anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud	IDEM	No establecen	Establece garantía equidad	No establece	Plantea influenciar el acceso	Contexto político favorable Apoyo moderado actores del sector salud Otros actores no han sido aún considerados
3.5 Aprobación por Congreso Ley de Seguridad Social	IDEM	Lo considera en relación a riesgos diferenciales	Establece equidad	No establece	Influencia progresiva acceso al aseguramiento	Conflicto actores bloques de partidos políticos y Presidencia de la Republica Apoyo moderado de actores internos institucionales
3.6 Ley de Medicamentos Genéricos	IDEM	Considera como beneficiario a los usuarios del sector publico	Considera a los pobres como principales beneficiarios	No establece	Efecto en acceso medicamentos	Contexto político favorable por actores nacionales y locales de salud Conflicto con productores de medicamentos Usuarios sin posicionamiento al respecto
3.7 Reglamentación de la descentralización	IDEM	No establecen	Impacto de la aplicación indirectamente beneficiaria a poblaciones vulnerables	No establece	No establece	Contexto político conflictivo Actores nacionales y locales con posiciones opuestas y gran incertidumbre

\*Estrategias del sector salud y también las que se han implementado fuera del sector salud pero que han tenido un impacto sobre la situación de exclusión (construcción de caminos, saneamiento, etc.)

NOTA: Cada una de las estrategias tiene una ficha particular con el análisis de interesados en Anexos.



- En el listado de estrategias de Cuadro N° 34 se han incluido algunas que se encuentran en proceso de realización y que potencialmente tiene un efecto en la exclusión, son las siguientes:

N°	ESTRATEGIAS	Grupo Objetivo		Eficiencia de la focalización actual
		quintil pobreza	Subgrupo etéreo	
<b>OFERTA</b>				
1.	Servicios de salud			
1.1	"Extensión de cobertura de programas de salud bajo las estrategias de APS y Promoción de la Salud";	I y II	No considerado	Estrategia en implementación inicial, indicadores de impacto no precisados
<b>MARCO REGULATORIO</b>				
1.	"Políticas de estado en Salud"	Univ ers al	No considerado	En proceso de discusión
2.	"Anteproyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud".	IDEM	IDEM	En proceso de discusión
3	Ley de seguridad social	IDEM	No considerado	Aprobada pero sin reglamentación que permita valorar este aspecto

**Fuente:** Inventario de Estrategias Implementadas. Equipo Investigador Proyecto. Octubre 2001

- Del total de estrategias implementadas, existe un grupo de estrategias que claramente han modificado la oferta de servicios de salud o de otros con impacto en la salud, en el caso de Ecuador son todas las estrategias relacionados con Nutrición y Alimentación, uno de sus problemas es que los diferentes proyectos no se coordinan.
- Del total de estrategias analizadas sólo una específicamente de salud se refiere a modificaciones a la demanda (Construcción de Sistemas Descentralizados de Salud), en donde se encuentran implementándose, los resultados muestran que si han impactado en la estructura de demanda, en términos de inducción a la demanda de servicios preventivos colectivos e individuales que modulan la demanda de complicaciones o de gravedad de casos; en este momento se esta desarrollando una investigación de impacto de esta estrategia sobre la calidad y equidad.
- Del total de estrategias implementadas, la inclusión por primera vez en la historia del país de un capítulo de salud y otro para la Seguridad Social en la Constitución vigente (aprobada en Agosto del 1998) marca el hito más importante en términos de regulación del sector salud y de la seguridad social en salud; sin embargo, el desarrollo de leyes específicas o de operativización de su contenido se ha retrasado de forma importante. Lo anterior, ha hecho que en la actualidad se trabaje en la formulación de Políticas de Estado y un Anteproyecto de Ley para la construcción del Sistema Nacional de Salud que garanticen la implementación concreta de la direccionalidad marcada por la Constitución y que a la vez, propicie un espacio de armonización con la Seguridad Social en Salud.
- La aprobación de la Ley de Seguridad Social General que incluye lineamientos para la seguridad social en salud, influirán en el rumbo del marco regulatorio de la salud en el país, y en crear un marco de posibilidades para garantizar en el mediano plazo un acceso progresivo al aseguramiento universal en salud de la población.

- En el país se ha privilegiado la focalización territorial, sin embargo en las estrategias específicas del sector (servicios de salud) ha sido mínimamente utilizadas para la implementación de las intervenciones, si para el diseño de la intervención, al comparar los resultados obtenidos con las premisas del diseño, las coberturas son bajas.
- De las estrategias implementadas y las modificaciones obtenidas, se buscaron indicadores que sugieran modificaciones
- De las 29 estrategias implementadas, existen un grupo que si se diseñó, y se implementó considerando modificar la situación de exclusión y/o en función del riesgo social.
- Las estrategias se agruparon en : 1) cuidado y nutrición infantil, 2) servicios de salud integrales, 3) integrales, en donde salud es parte de un enfoque de desarrollo integral, 4) infraestructura básica y atención al ambiente; en este último campo tiene mayor responsabilidad el Ministerio de Ambiente y las municipalidades, se ha incluido sólo las estrategias que no son su responsabilidad directa.
- Las siguientes, implementadas antes del 2001, tienen estas características:

Cuadro N° 53

## Estrategias orientadas a disminuir exclusión y que sugieren modificaciones en indicadores de exclusión social 1990-2001

N°	ESTRATEGIAS	Grupo Objetivo		Eficiencia de la focalización actual	INDICADORES 1999		RECOMENDACIONES
		quintil pobreza	Subgrupo etéreo		Cobertura <sup>35</sup>	Población objetivo	
<b>OFERTA</b>							
1.	Cuidado Infantil y Nutrición:						
1.1	"Nuestros Niños" (ORI, PDI, PRONEPE)	I	2-5 años	Efecto positivo sobre exclusión (bajo error de inclusión, pero cobertura intermedia)	11.9%	1.033.187	Incrementar cobertura y medir cobertura por quintiles de parroquias con vulnerabilidad social y/ índice integrado. AR-PSP
1.2	Programa Nac. de Alimentación Escolar: colación y almuerzo	I,II,III	6-14 años	Adecuada, Almuerzo aún la cobertura es baja, la focalización	94.1%, cantones tipo 1 y 56.3 en cantones tipo 2	905.485	Profundizar cobertura por parroquias por quintil de pobreza; evaluación con Indicadores de grado nutricional. AR-PSP
1.4	PACMI	I,II, III	Incidencia de desnutrición	Adecuada, Finalizó en 1999			
1.3	Programa Alimen. y Nutrición Nacional (PANN)	I	Mujeres embarazadas y niño/as 02 años	Adecuada, cobertura intermedia, falta precisión en la focalización	97.3% promedio nacional	300000	Profundizar cobertura por parroquias por quintil de pobreza y la focalización Indicadores de impacto sobre desnutrición
2	Servicios de Salud						
2.1	Maternidad Saludable	Universal	Embarazadas y niño/as < 5 años	Universal, ninguna focalización,	97% control prenatal <sup>36</sup> 36% parto institucional	186,008 148,806	La intervención es universal sin embargo ayudaría a analizar efectos que los indicadores puedan expresarse por territorios y quintiles pobreza. Debería centrarse en población en los quintiles o deciles más bajos de ingreso. AR-PSP
2.2	Salud familiar y comunitaria	I,II, III	Familias en riesgo	Moderada, focalización territorial (error medio de inclusión), finalizó en 1992	65% de unid. operativas 1er. nivel funcionando en cantones pobres seleccionados	N.D	En esta intervención ninguna porque finalizó, su importancia radica en que el antecedente de otras intervenciones como FASBASE, MODERSA

<sup>35</sup> Error de inclusión: existen beneficios que no pertenecen al grupo objetivo. Error exclusión: muchas personas elegibles para recibir beneficios no lo reciben

<sup>36</sup> Datos 2000 Incremento en control prenatal en relación al 2000 de 27% y en parto 7%

N°	ESTRATEGIAS	Grupo Objetivo		Eficiencia de la focalización actual	INDICADORES 1999		RECOMENDACIONES
		quintil pobreza	Subgrupo etéreo		Cobertura <sup>37</sup>	Población objetivo	
2.3	FASBASE	I, II	Áreas de salud vulnerables	Moderada, (error medio de inclusión)	72%	2000000	Desglose por componente que tiene diferentes poblaciones.
2.4	Fortalecimiento Sistema Local Salud -Azogues	universal	Población en pobreza	Alta, focalización por ingreso para subsidios y exenciones	60% de población cubierta con microseguro comunitario	102.344	Intervención finalizo en el 2000 sin embargo sus indicadores no presentan impactos por poblaciones específicas
<b>3. Integrales</b>							
3.1	FISE	I	Municipios y organizaciones comunitarias	Moderada, (error medio de inclusión) incluye participación beneficiarios, es de ejecución local	57% global 64% de cantones cubiertos con relación a objetivo	7.297.224	Es una intervención cuyos resultados deben ser analizados con detenimiento tiene lecciones muy importantes a retomar sobre todo en la ejecución. A R-PSP
<b>DEMANDA</b>							
1.1	Componente SDS (MODERSA)	I,II	Cantones	Adecuada, (error bajo de inclusión)	55.5%	2.000.000	Distribución por quintiles de ingresos y estratos de familias. A R-PSP
<b>2. Integrales</b>							
2.1	Bono Solidario	I,II	Filas en pobreza y extrema pobreza	Moderada, Existe un error de inclusión del 20% y un error de exclusión del 24%	99% nacional, en los cantones más pobres 81%, 117% en la costa, 86% en la sierra y 61% en la Amazonía	1.324.638	Incluir a población pobre del sector rural; mejor focalización, duplicar beneficios a hogares del quintil I. Como puede desentivar la búsqueda de empleo, atar sus beneficios a acciones de salud prioritarias en madres y niños
<b>MARCO REGULATORIO</b>							
2.5	Decreto No 502: regulación tarifas y co-pagos	Universal	Población en pobreza	Baja, por cobertura de implementación	30% de cobertura 3% presupuesto MSP	5.000.000	

**Fuente:** Inventarios de Estrategias Implementadas. Equipo Investigador Proyecto. Octubre 2001

7.2 <sup>37</sup> Error de inclusión: existen beneficios que no pertenecen al grupo objetivo. Error exclusión: muchas personas elegibles para recibir beneficios no lo reciben

- En general, la mayoría de estrategias que se caracterizan por tener bajas cobertura con relación a su población objetivo. Sólo las estrategias Colación Escolar, Inmunizaciones, FISE llegan a una buena parte de la población vulnerable.
- Por otra parte a pesar que se define como la concentración en los cantones más pobres, en la práctica no se ha utilizado la información disponible para focalización geográfica.
- Cada estrategia ha sido desarrollada bajo una lógica propia en respuesta a demandas o necesidades específicas; en el caso de la atención a niños, no existe una visión sectorial uniforme, por consiguiente es difícil la evaluación de las estrategias que pueden influir en la reducción o mitigación de los problemas y riesgos en salud.
- El análisis de las 29 estrategias muestran que no se contemplan mecanismos sistemáticos de evaluación lo que dificulta retomar lecciones aprendidas sobre el éxito o fracaso de las mismas. Lo anterior, no se pueden establecer gráficos comparativos con la variación de indicadores debido a estrategias implementadas debido a que pocas tiene línea de base y evaluaciones periódicas y de impacto
- Una de las causas señaladas para las bajas coberturas observada en algunas estrategias es la falta de recursos ocasionados por el efecto de la dolarización y la crisis económica de los últimos años. En conjunto para los gastos sociales en 1999 se utilizó el 4.6% del PIB, porcentaje que se incrementa en el 2000 a 4.5 y el 2001 a 5.6% por efectos de haber colocado lo social en la agenda política con mucho énfasis, por la necesidad de enfrentar la crisis económica y la redistribución de la riqueza hacia lo social de manera conjunta y como una estrategia vital para el desarrollo económico esperado en los próximos años.
- Sin embargo, más recursos, por si solos no garantizan un efecto positivo en el desarrollo social en general y en la salud en particular, ni es la solución única es necesario una asignación de recursos inteligente, intervenciones que mejoren la eficacia y la eficiencia de las estrategias implementadas, una vigilancia y monitoreo sistemático de los indicadores de proceso y resultados, incluyendo los de impacto, ajuste a las estrategias en función de la variación de escenarios macro y micros; y adecuación de las capacidades técnicas de los equipos involucrados en la implementación de las estrategias, comunicación de los beneficios a los beneficiarios y modificaciones a las organizaciones.

## **7.2 Variables del Contexto que influenciaron las Estrategias implementadas**

Las variables más importantes en el contexto político que influyen las estrategias identificadas en el país son:

- ❖ Liderazgo de la institución que impulsa la estrategia
- ❖ Estabilidad del gobierno y de autoridades sectoriales
- ❖ Crisis de gobernabilidad en salud: alta fragmentación del sector salud
- ❖ Estabilidad de equipos gerenciales operativos
- ❖ Formas de transmisión y participación de la estrategia a estructuras institucionales intermedias y locales de organismo sectoriales que implementan estrategias
- ❖ Liderazgo de actores locales sean municipios u organizaciones comunitarias
- ❖ Falta de experiencia en incorporar la participación ciudadana
- ❖ Falta de criterios de asignación de recursos (clientelismo político)

- ❖ Niveles de coordinación intrasectorial e intersectorial
- ❖ Fragmentación en el proceso de toma de decisiones

A continuación los grupos de interés más importantes y en la forma de influencia en el resultado de las estrategias implementadas:

**Cuadro No 54**  
**Resumen de Grupos de Interés en Estrategias Analizadas**

Interesados		Importancia	Comentarios
<i>Participantes directos</i>			
Dueño	Ministerio de Salud Pública	Baja a media	El liderazgo insuficiente hace que el apoyo a estrategias nacionales no sea determinante, es mayor cuando hay apoyo político a unidades técnicas
	M. Bienestar Social	Alto	El ser el Secretario Técnico del Frente Social hace que su apoyo sea un facilitador y de mayor capacidad de negociación
	Mi. Educación	Media a alta	Liderazgo en las actividades que diseña e implementa
	INNFA	Alta	Liderazgo en las actividades que diseña e implementa
	Primera Dama	Alta	Liderazgo que disminuye efecto de cuadros intermedios de diferentes Ministerios
Gerente de proyectos/ estrategias		Media a alta	Importante para mantener la direccionalidad de la implementación de las estrategias. Cambios frecuentes se convierten en un factor restrictor
<b>Participantes Indirectos</b>			
Equipos de la estructura involucrada en la estrategia (ORI, PDI, PRONEPE, MSP, MEC, INNFA, MBS) Municipios		Media a alta  Alta	Para la implementación el apoyo o rechazo de las estructuras intermedias nacionales, provinciales y locales tiene un efecto potenciador o restrictor en el logro de los resultados según como haya sido su involucramiento No sólo el poder técnico es importante sino los mecanismos de transferencia de la estrategia, y la cultura organizacional Las estrategias nacionales que consideran en la implementación a los alcaldes son las que mejores resultados han logrado
Org. comunitarias: varias de acuerdo a estrategia <sup>38</sup>		Media a Alta	Cuando hay participación de la comunidad las estrategias tiene mayor sostenibilidad y viabilidad
Movimientos sociales: incluye gremios y sindicatos		Media a alta	Su rechazo es un importante factor restrictor cuando se oponen a una estrategia y sienten lesionados sus intereses corporativos
Organizaciones de Indígenas		Media a alta	Su apoyo político y participación facilita la implementación de las estrategias
ONGs		Media	Facilita implementación de estrategias

### 7.3 Estrategias implementadas “exitosas”, resultados y condiciones del entorno

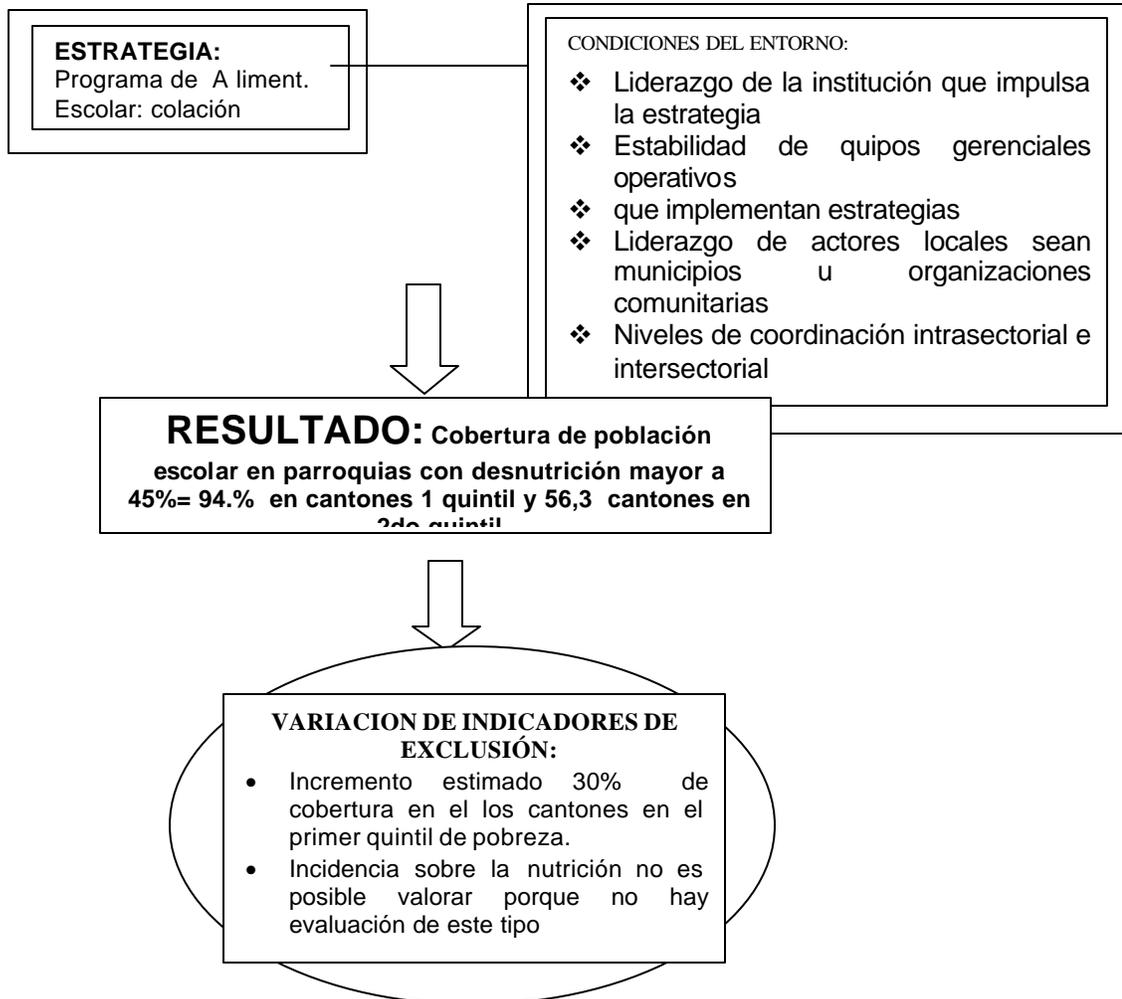
El modo como las condiciones del entorno afectan las estrategias implementadas determina el resultado de dichas estrategias en un país, región, provincia o territorio específico. Para evaluar el resultado de las estrategias implementadas se requiere por lo tanto conocer las condiciones del entorno y relacionar cada una de ellas con cada estrategia a evaluar a lo largo de un período de tiempo suficiente como para observar un cambio. El resultado de la estrategia implementada debería reflejarse en la variación o no-variación de uno o más indicadores.

En función de profundizar el análisis se seleccionan tres estrategias desarrolladas que aunque no se diseñaron con el enfoque de “protección social en salud”, se consideran representativas de los esfuerzos por incidir en un mejoramiento de la protección social en salud en los últimos 10 años. A continuación se presentan en el siguiente cuadro:

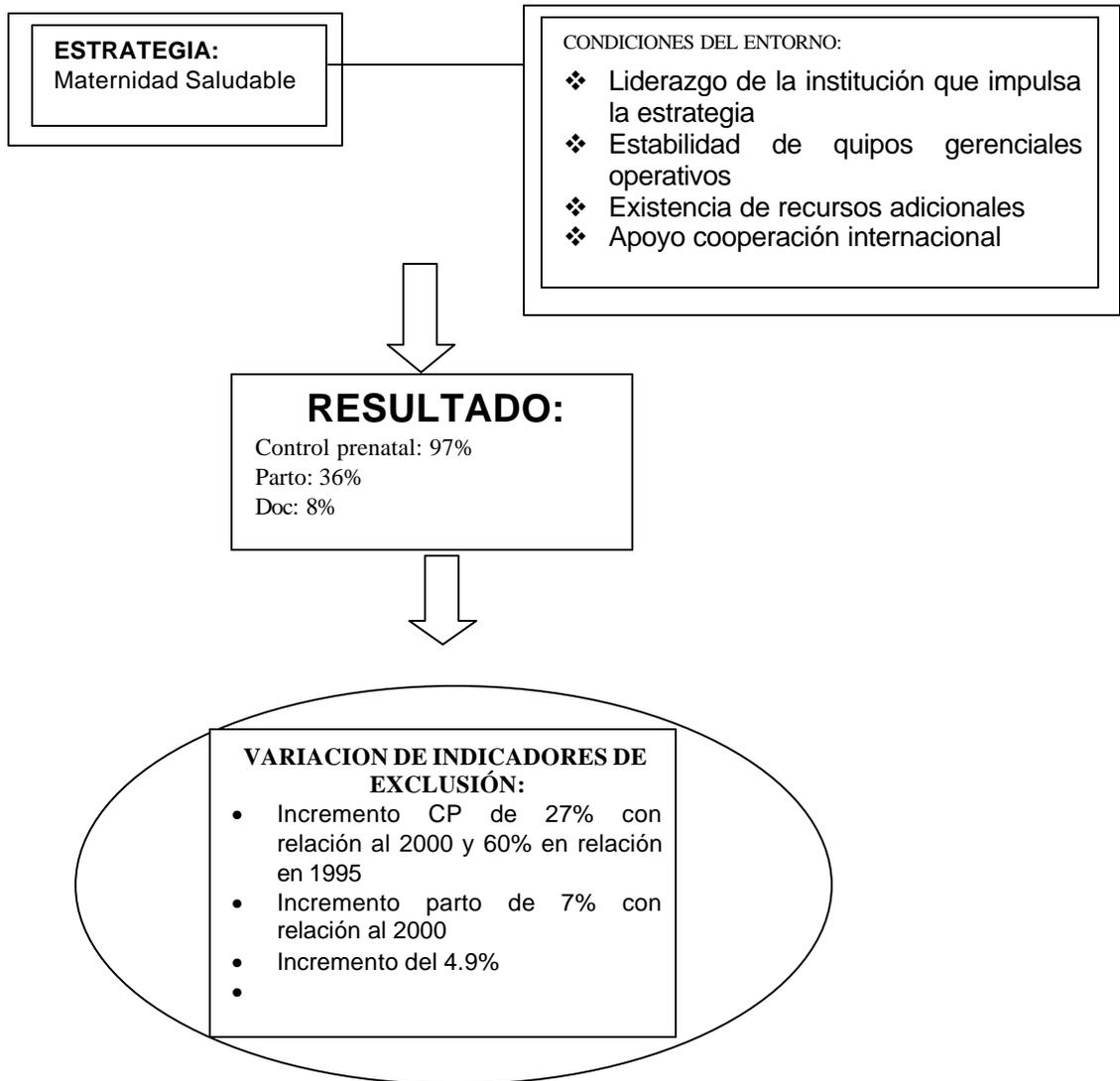
<sup>38</sup> Familias y escuela (Redes CEM), Comités locales de erradicación del trabajo infantil peligroso. Comités de gestión regional, Comunidad sin empleo formal, Comités de familias

Utilizando la metodología de análisis sugerida para el protocolo las estrategias elegidas como exitosas pueden analizarse como sigue:

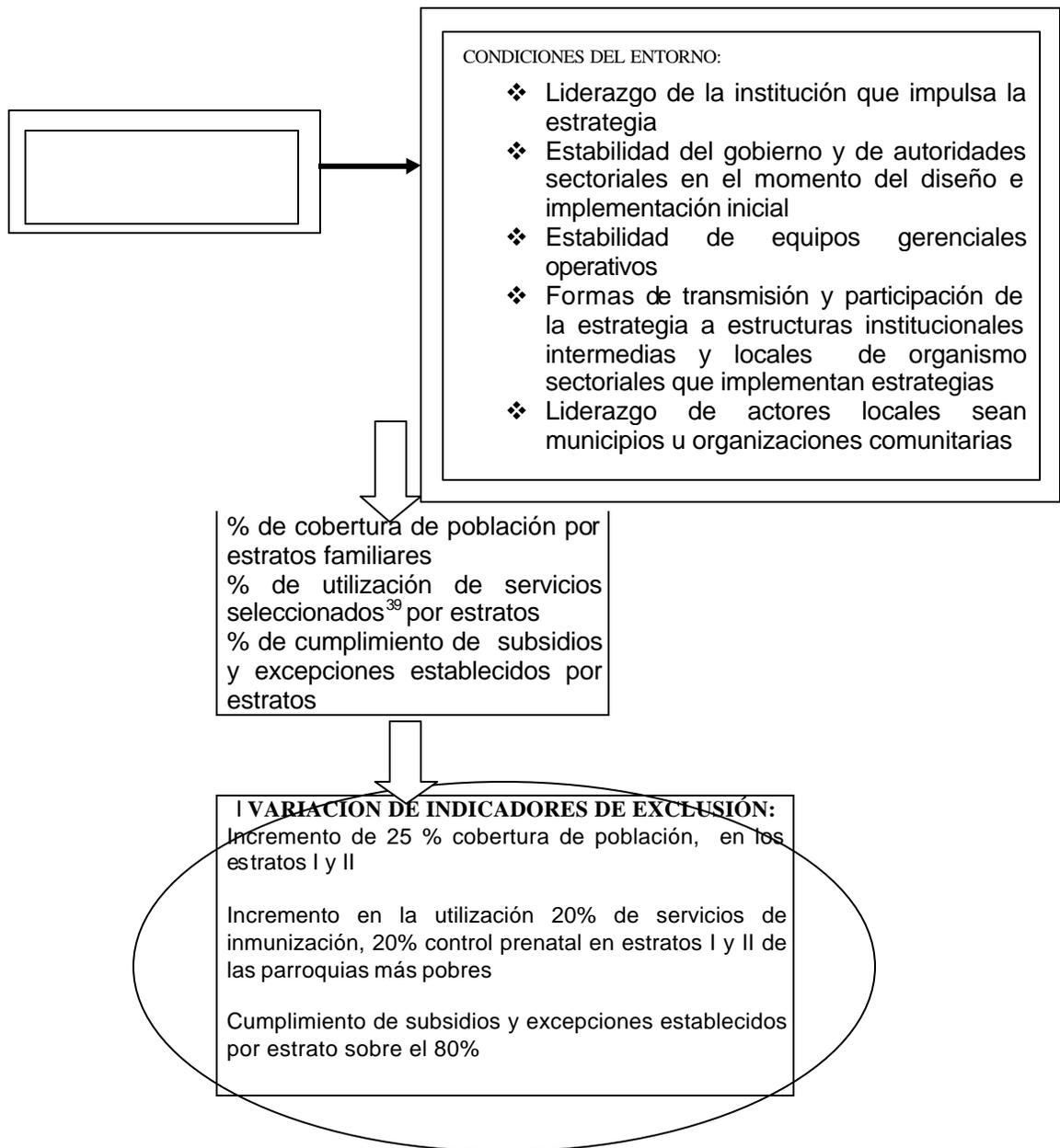
**Cuadro No 55a**  
**ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS**



**Cuadro No 55b**  
**ANALISIS DE ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS**



## ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS



### 7.3 Otros aspectos:

En el desarrollo de cambios o intervenciones para mejorar orientadas a mejorar la salud hay un elemento vital que no se analizó en la investigación que es el peso de la

<sup>39</sup> Control Prenatal, Parto, Inmunizaciones y Morbilidad

organización en la implementación de las estrategias, a pesar de que una parte constituyente de la organización son los actores, la obtención de los resultados esperados de una intervención dependen además de otros aspectos. La mayor parte de cambios que son propuestos en una organización tienen como origen las ideas, las motivaciones, el acuerdo de obtener cambios positivos en su efectividad y su desempeño (juicio de valor de carácter normativo al interior de una sociedad) y provenientes de los agentes sociales de la organización.

Del análisis de actores realizado, los actores internos de las estructuras intermedias de las instituciones que dirigen y ejecutan una estrategia, se convierten en un eje central, pero estos actores actúan en una estructura y cultura organizacional específica, de ahí, la importancia evidente del espacio organizacional para la eficacia de una política, de un programa o de una intervención, lo mismo que de su entorno temporero – espacial. La mayoría de estrategias analizadas no realizan acciones para modificar o ajustar las estructuras organizacionales existentes caracterizadas por ser jerarquizadas, verticales, burocráticas, estáticas y compartimentadas

Tres elementos importantes que pueden ser profundizados:

- Comportamiento de los riesgos, exclusión y vulnerabilidad en población indígena y negra
- Estudio del comportamiento del contexto organizacional como variable del entorno en la implementación de las estrategias
- Posibilidad de particularizar la información por género.

## 8. CONCLUSIONES:

- 8.1 La complejidad del perfil de riesgos, vulnerabilidad y exclusión en salud plantea la necesidad de utilización de los indicadores construidos para establecer las prioridades de intervención y focalización, consideramos que el índice integrado de riesgo social en salud es el que mejor expresa este hecho. La información disponible, en este informe, en su mayoría ha sido analizada a nivel provincial, sin embargo su disponibilidad permite en algunos casos construir hasta nivel cantonal y parroquial. Lo que implicaría la disponibilidad para una toma de decisiones informada en relación a una asignación de recursos en salud óptima y equitativa
- 8.2 Las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión son las provincias centrales de la sierra ecuatoriana, en ellas se encuentra concentrado la mayoría de cantones y parroquias pobres del país, añadiéndose un factor mayor que son las provincias con mayor magnitud de población indígena. Otra zona con problemas es la nororiental, a la que se suman los riesgos derivados del Plan Colombia.
- 8.3 El sistema de protección social en salud en el Ecuador es altamente fragmentado, con un déficit de cobertura de atención de 20.7% y 76% de la población sin ningún tipo de seguro, un gasto privado de los hogares regresivo y una débil rectoría del Ministerio de Salud, con problemas de gobernabilidad (debilidad para la coordinación y los consensos tanto estratégicos como operativos), lo que implicaría que reconociendo esta realidad establezcamos niveles de coordinación y optimización de recursos que progresivamente en el corto, mediano y largo plazo estén orientados a resolver estas características negativas para la expansión de la protección social en salud en el Ecuador
- 8.4 Las estrategias implementadas en su mayoría han sido con una perspectiva de oferta, aunque algunas han sido diseñadas con criterios de focalización territorial, sus beneficios no han sido dirigidos hacia las poblaciones objetivo de dichos programas. Las estrategias que han sido diseñadas y ejecutadas con criterios de

focalización y participación de los beneficiarios organizados son las que mejores resultados han obtenido con relación a exclusión y riesgo.

- 8.5 La mayor parte de estrategias no han llevado un proceso sistemático de evaluación, algunas no tienen ni línea de base lo que implica la necesidad de mejoras en la vigilancia y monitoreo sistemático de los indicadores de proceso y resultados, incluyendo los de impacto.
- 8.6 El análisis de las estrategias evidencia que más recursos o la estrategia misma, por si solos no garantizan un efecto positivo en el desarrollo social y/o la salud, es necesario una asignación de recursos inteligente orientándolos más apropiadamente en función de riesgos, vulnerabilidad y exclusión social en salud.
- 8.7 Algunas estrategias exitosas en salud (como maternidad saludable<sup>40</sup>) podrían ser mejoradas si establecen prioridades de acuerdo al mapeo de riesgos, vulnerabilidad y exclusión obtenido en este estudio y otras podrían reorientarse (coordinación, ajuste, optimización) hacia una mayor eficacia, combinando este mapeo con una mejor asignación y la adecuación de capacidades técnicas y organizacionales que garanticen los impactos en la situación de riesgo, vulnerabilidad y exclusión en salud.
- 8.8 Es necesario profundizar en:
  - Comportamiento de los riesgos, vulnerabilidad y exclusión en salud en la población indígena y negra
  - Estudio del comportamiento del contexto organizacional como variable del entorno en la implementación de las estrategias
  - Posibilidad de particularizar la información por género.

---

<sup>40</sup> A partir del 2002 se modifica el nombre de Maternidad Saludable a Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA:

- Badillo D. El presupuesto General del Estado aprobado por el Congreso Nacional y el Gasto Social. Ajuste con Rostro Humano. Cuaderno N° 4. UNICEF ECUDOR. 2000.
- Castro. J. Estructura de los Servicios e Indicadores Básicos de Salud Pública del Ecuador. MSP. Diciembre 1999.
- Cuentas Nacionales de Salud: Informe final Ecuador, 1997. MSP-INEC-PHR. Marzo. 2001
- Cuentas Nacionales de la Salud. Año 1997. Modulo Hogares. INEC. Quito. Enero 2000.
- Extensión de cobertura de Programas de Salud y Ambiente: fortalecimiento de la Atención primaria y promoción de la salud. MSP-OPS/OMS. Julio 2001.
- Evaluación parcial "Maternidad Saludable. Dirección de Promoción y atención Integral de Salud. MSP. Julio 2001.
- Gross M. Vizcaíno G. Evaluación de fin de periodo: Azogues 1993-2001- Proyecto APS Belga. Julio 2001.
- Gobierno Nacional. Proyecto de Desarrollo de los Pueblos Indígenas Y Negros del Ecuador, Consejo Nacional de Planificación y Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Negros. Noviembre,1998. Quito Ecuador.
- Holzmann R. Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social- BID. Febrero del 2000
- La encuesta de Condiciones de Vida en el Ecuador: un enfoque de los contrastes regionales, urbano/rural y de género. ECV-98.INEC- BM. Mayo. 2001
- León M. Vos R, Brborich V. ¿Son efectivos los Programas de Transferencias monetarias para combatir la Pobreza?: evaluación de impacto del Bono Solidario. SIISE-IEES. Quito-La Haya. Abril 2001
- Los niños y niñas del Ecuador y sus Hogares: una selección de indicadores de su bienestar al finalizar la década del 1990. resultados de la encuesta de medición de la niñez y los hogares, diciembre 2000. Informe Final. Octubre 2001.
- Modelos Demostrativos Descentralizados. Proyecto CARE- APOLO. Quito. Ecuador. 2000.
- MSP, Ley de Maternidad Gratuita (Ley s/n del 30 de agosto de 1994, Registro Oficial Suplemento N° 523 del 9 septiembre de 1994). Ed: Proyecto Ecuador /OPS-OMS/Holanda. Loja Mayo del 2001.
- MSP/OPS/OMS. Reunión Internacional de Evaluación del Desarrollo

de los Sistemas Locales de Salud en el Ecuador. 29 de junio al 3 de julio de 1992. En: Informe Final agosto 1992. Ed: MSP 1992.

Situación de la Salud en el Ecuador: Indicadores básicos por región y provincia. Edición 2000. MSP-INEC- OPS/OMS.

OPS/OMS. Proyecto Desarrollo de Espacios Saludables. Facultad de Ciencias Médicas -UNL, 1999. Ed: GraficAmazonas. Loja Ecuador.

SIISE. Sistema Integrado de indicadores Sociales del Ecuador: País para todos. Ministerios del Frente Social. Versión 2.0. Abril 2001.

Vos, Rob. Ecuador 1999 Crisis Económica y Protección Social. En: Estudios e Informes del SIISE, N° 1. Ed, Abya-Yala 2000.

---

<sup>i</sup> *"Deterioro de la Vida: un Instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la Salud"* Quito: Corporación Editora Nacional -CEAS, 1990. 510 p

<sup>ii</sup> Larrea Carlos et al. *La Geografía de la Pobreza en el Ecuador*. Secretaría Técnica del Frente Social. Quito, 1996

<sup>iii</sup> Chiriboga Manuel y col. *Los cimientos de una nueva sociedad: Campesinos, cantones y desarrollo*. Quito. Ministerio de Bienestar Social. 1989

<sup>v</sup> Sistema Integrado de Indicadores Sociales y Económicos del Ecuador. SIISE. V 2.0