



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

CARRERA DE ECONOMÍA MENCIÓN FINANZAS

TEMA:

ECONOMÍA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LOS SEGUROS DE ASISTENCIA
MÉDICA EN EL ECUADOR

Trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Ingeniería en
Economía mención Finanzas

AUTORA:

Carlosama Alvear Rita Vanessa

DIRECTOR:

Ec. Villares Villafuerte Héctor Gustavo

Ibarra 2021

Resumen

El mercado de los servicios de salud se caracteriza por la incertidumbre y la imposibilidad de funcionar bajo las condiciones del equilibrio competitivo basado en el Teorema del Bienestar; puesto que, la importancia de la Economía de la Salud radica en mejorar la asignación de recursos y fortalecer los mecanismos de financiamiento para alcanzar el bienestar de la población. El estudio corresponde a un análisis de las fallas de mercado, caracterización de los regímenes de aseguramiento público o privado y el cálculo de la Tasa de cobertura del aseguramiento en salud con el objetivo de conocer la cobertura de los seguros de asistencia médica en el Ecuador durante el período 2010-2019; en el cual, aproximadamente el 43% de la población cuenta con un seguro de salud público o privado. Por ende, más del 50% de la población, no presenta protección frente a riesgos derivados de gastos en salud, por lo tanto, es importante la implementación de políticas públicas para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.

Palabras Clave: Economía, salud, bienestar, fallas de mercado, seguros de asistencia médica.
Códigos JEL: D60, G22, H75, I11, I18.

Abstract

The health services market is characterized by uncertainty and the impossibility of functioning under the conditions of competitive equilibrium based on the Well-being Theorem; since, the importance of health Economics is to improve the allocation of resources and strengthen financing mechanisms to achieve the well-being of the population. The study is an analysis of market failures, characterization of public and private insurance and calculation of the health insurance coverage rate with the objective to know the coverage of the medical assistance insurances in Ecuador during the period 2010-2019; in which, approximately 43% of the population have a health insurance health of the social security or private security. Therefore, more than 50% of the population does not present protection against risks derived from health expenses, whereby, is important the implementation of public politics for to achieve the Universal Health Coverage.

Keywords: Economy, health, well-being, market failures, medical assistance insurance.
JEL Codes: D60, G22, H75, I11, I18

CERTIFICACIÓN DEL ASESOR

En calidad de Director de Trabajo de Grado presentado por la egresada RITA VANESSA CARLOSAMA ALVEAR, para optar por el título de INGENIERA EN ECONOMÍA MENCIÓN FINANZAS, cuyo tema es: **“ECONOMÍA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LOS SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA EN EL ECUADOR”**, considero que el presente trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra a los 09 días del mes de julio del 2021



.....
ECON. GUSTAVO VILLARES

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004140099		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Carlosama Alvear Rita Vanessa		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Juan de Salinas y Río Túmbez		
EMAIL:	rvcarlosamaa@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	(062) 662-017	TELÉFONO MÓVIL:	0991669785

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	ECONOMÍA DE LA SALUD: ANÁLISIS DE LOS SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA EN EL ECUADOR
AUTOR (ES):	Carlosama Alvear Rita Vanessa
FECHA: DD/MM/AAAA	9 de julio de 2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Ingeniería en Economía mención Finanzas
ASESOR /DIRECTOR:	Ec. Héctor Gustavo Villares Villafuerte

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de julio de 2021

EL AUTOR:

.....

Rita Vanessa Carlosama Alvear

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional. También a mis docentes que contribuyeron con sus conocimientos durante la formación académica y en el desarrollo de este Proyecto de Investigación. A mi familia, amigos y compañeros por su apoyo y comprensión durante este proceso.

Vanessa Carlosama

Dedicatoria

A Dios por guiar mi vida, bendecirme y brindarme sabiduría y conocimiento.

A mi familia por haber contribuido en mi formación a nivel personal y profesional; por acompañarme en la trayectoria académica con su amor y apoyo incondicional; por enseñarme que con esfuerzo, paciencia y perseverancia se alcanzan metas con éxito.

Vanessa Carlosama

CONTENIDO

Introducción	1
Formulación del Problema	1
Justificación.....	2
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Pregunta de Investigación	3
Hipótesis	3
CAPÍTULO I	4
Marco Teórico.....	4
Fundamentación Teórica.....	4
Un Debate desde el Estado o Mercado acerca de los Servicios de Salud	7
La Presencia del Estado para el Desarrollo Económico y Social de la Salud.....	9
Fundamentación Empírica	13
Regulación del Mercado asegurador	13
Fundamentos de la regulación	15
La regulación del Estado para corregir fallas de mercado.....	16
Características económicas del sector salud	18
Elementos de un seguro de asistencia médica	20
La regulación, costos e importancia de las instituciones del sistema de salud.....	20
El Sistema de Salud y Mercado Asegurador Ecuatoriano.....	21
Cobertura Universal	24
Políticas Públicas y Económicas para la Cobertura Universal	26
Sistema de Salud Integral	29
Marco Normativo.....	31
CAPÍTULO II.....	33
Metodología	33
CAPÍTULO III.....	39
Análisis y Discusión de Resultados	39
CAPÍTULO IV.....	61
Conclusiones	61
Recomendaciones	63
Bibliografía	65
Anexos	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Áreas de Regulación	17
Tabla 2 Oferta y demanda por prestaciones de salud	18
Tabla 3 Reformas políticas al sistema de salud	28
Tabla 4 Alternativas de prepago, fondo mancomunado y fondo nacional independiente	28
Tabla 5 Resumen de las Principales Teorías y estudios	30
Tabla 6 Resumen de la Normativa.....	31
Tabla 7 El mercado competitivo y las fallas de mercado en salud	34
Tabla 8 Comparación del seguro público y privado	35
Tabla 9 Población y Sistema de aseguramiento.....	36
Tabla 10 Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud.....	37
Tabla 11 Las fallas de mercado en el sector salud.....	40
Tabla 12 Establecimientos hospitalarios por sector.....	42
Tabla 13 Modificador por variación geográfica	49
Tabla 14 Modificador de calidad	49
Tabla 15 Modificador por emergencia.....	49
Tabla 16 Modificador por alto nivel de complejidad.....	49
Tabla 17 Comparación del seguro público y privado	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Economía del mercado de atención médica	6
Figura 2 Componentes del Mercado Asegurador	14
Figura 3 Diagrama de la Estructura del Sistema de Salud del Ecuador.....	22
Figura 4 Dimensiones para Alcanzar la Cobertura Universal	27
Figura 5 Medidas de política pública para un Sistema de Salud Integral.....	29
Figura 6 ¿Quién brinda un mejor servicio?.....	41
Figura 7 Gasto Público en Salud.....	43
Figura 8 Médicos por Sector.....	44
Figura 9 Especialistas en Atención Primaria en Salud	45
Figura 10 Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Ecuador.....	46
Figura 11 Porcentaje de Afiliación a seguros de salud	48
Figura 12 Financiamiento de los sistemas de Salud	53
Figura 13 Niveles de atención en salud	56
Figura 14 Riesgo de contraer gastos catastróficos	57
Figura 15 Cobertura del aseguramiento en salud.....	59

Introducción

Formulación del Problema

La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32 establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, el mismo que se vincula con el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros estipulados en el buen vivir. Razón por la cual, el Estado debe garantizar este derecho mediante políticas económicas y sociales para el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a servicios de salud y atención integral.

En el Ecuador el sistema de seguros salud es limitado en cuanto a cobertura y accesibilidad para la población. Según estadísticas sobre la asistencia médica en Ecuador, se determinó que para el año 2019 el porcentaje de afiliados al seguro social había disminuido debido a la segmentación de instituciones, aumento de tiempo en la espera de atención y el bajo poder adquisitivo. “Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente el 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos” (Ruth, Villacrés, & Henríquez, 2017). La protección de la salud no puede estar sujeta a un acceso mínimo de la población y a la capacidad de pago de las personas.

Por lo que, la política económica aplicada a la regulación de este sector, no ha podido controlar las fallas de mercado que se presentan debido a la incertidumbre. “La regulación impone normas obligatorias como modo de satisfacer un principio de equidad”. (Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004). La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (2017), explica que la falta de salud puede afectar en la productividad de las personas y la economía de la familia al encarar la incapacidad y la reducción de los ingresos por la enfermedad o accidente.

Justificación

La presente investigación busca contribuir en el análisis y alcance de la cobertura de los seguros de asistencia médica en el Ecuador en el período 2010-2019. Haciéndose imprescindible identificar los agentes y componentes que influyen en las fallas de mercado, calidad, costos y acceso a los servicios médicos; previo análisis y comparación entre los dos regímenes de aseguramiento de salud. El mercado asegurador cumple un rol fundamental que es el manejo de riesgos en una economía, por lo tanto, incide en el crecimiento económico. Por ende, la propuesta y establecimiento de una política económica enfocada en mejorar la calidad de vida de la población, contribuye de manera significativa al desarrollo y bienestar de los asegurados. En síntesis, una correcta generación de política de aseguramiento universal de la salud, mediante herramientas que se enfoquen en mejorar la cobertura, accesibilidad y garantías de prestaciones generará mayores beneficios económicos y sociales.

Un componente crítico de la política para la financiación de la salud es asegurar que los recursos disponibles sean utilizados equitativa y eficientemente. Los gobiernos ejercen influencia directa en los recursos en los cuales tienen control, pero al mismo tiempo pueden fomentar el uso eficiente de los recursos del sector no gubernamental a través de adecuadas políticas públicas. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013, pág. 6)

De acuerdo a un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud el 41,6% del gasto total en salud del Ecuador se deriva del bolsillo de los hogares ecuatorianos. El acceso de la población a un seguro médico de calidad mejoraría su condición de vida y la mitigación de riesgos. Con respecto al mercado asegurador, se establece que “Este mercado no solamente tiene incidencia en el PIB de un país, sino que además genera efectos multiplicadores en las actividades económicas de los distintos sectores atenuando el riesgo financiero de los agentes involucrados.” (Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, 2019, pág. 6)

Mediante el diagnóstico que surge de la problemática, se establece que las condiciones generales de salud de la población se derivan de factores económicos, financieros y sociales. El ingreso es determinante en la cobertura, calidad y eficacia en la prestación de los servicios médicos. Además, la política enfocada a la protección financiera es significativa para atender las prioridades del sector salud en los próximos años.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la cobertura de los seguros de asistencia médica en el Ecuador en el período 2010-2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar los componentes estructurales del sistema de salud ecuatoriano y las fallas de mercado en cuanto a la regulación de seguros.
2. Realizar un análisis comparativo entre el seguro de asistencia médica público y privado.
3. Determinar la población que tiene acceso a los Sistemas de Seguros de Salud en base a la Cobertura Universal y la política pública aplicada al sector.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la cobertura de los seguros de gastos médicos en el Ecuador?

Hipótesis

Los seguros de asistencia médica presentan fallas de mercado, por ende, es necesario la formulación de política pública para ampliar la cobertura en el Ecuador.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

Fundamentación Teórica

El presente trabajo de investigación está fundamentado en la obra magistral de Kenneth Arrow Economía de la Salud: “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, publicada en American Economic Review en el año 1963. El estudio se basa en un contraste de los teoremas de la Economía del Bienestar, aplicado al mercado de los servicios médicos con el fin de establecer mecanismos para la asignación eficiente de recursos y la formulación de políticas en base a la economía normativa para este sector. Además, trata problemas fundamentales de la política pública respecto a la atención y financiamiento de la salud.

Fundamentalmente se reconocen dos visiones sobre la relación entre economía y salud: en una de ellas, se entiende la salud como un componente del capital humano (macroeconomía y salud) y estudia sus determinantes económicos y sociales, como la educación, los ingresos, la vivienda, la alimentación y los servicios de salud (Cutler, LLeras, & Vogl, 2011); la otra visión estudia la salud como un sector económico y, por tanto, se centra en el análisis de los servicios de salud (microeconomía y salud).

“... Los seguros médicos son la respuesta a la aversión al riesgo por parte de los pacientes y presenta también los problemas de incentivos que existen en este mercado. El análisis parte del supuesto de que cada agente busca maximizar el valor esperado de su función de utilidad. Ahora, las compañías aseguradoras son intermediarias en la relación médico paciente. Con presencia de incertidumbre, cada uno de los integrantes de esta relación a través de comportamientos estratégicos busca maximizar su función objetivo. El resultado de nuevo son situaciones subóptimas”. (Arrow, 1963; traducido por (Restrepo & Rojas, 2016, pág. 224))

En efecto, los servicios de salud presentan cierto nivel de incertidumbre en cuanto a la ocurrencia de enfermedades y el grado de efectividad de sus tratamientos. La asignación de recursos no es eficiente porque existen limitaciones en el mercado. Además, la coordinación institucional no presenta una integración del sistema de salud lo que genera suboptimalidad de la atención médica. Por esto, es necesario que las condiciones del mercado garanticen el bienestar de la población.

En concordancia a lo señalado por Arrow sobre la Economía de la Salud existen dos probabilidades de respuesta:

- a) El riesgo moral cuando el individuo está asegurado respecto a la probabilidad de contraer una enfermedad y la actitud del asegurado con respecto a la prevención.
- b) Las aseguradoras aplican un proceso de selección, el mismo que está enfocado en identificar a los pacientes más costo efectivos.

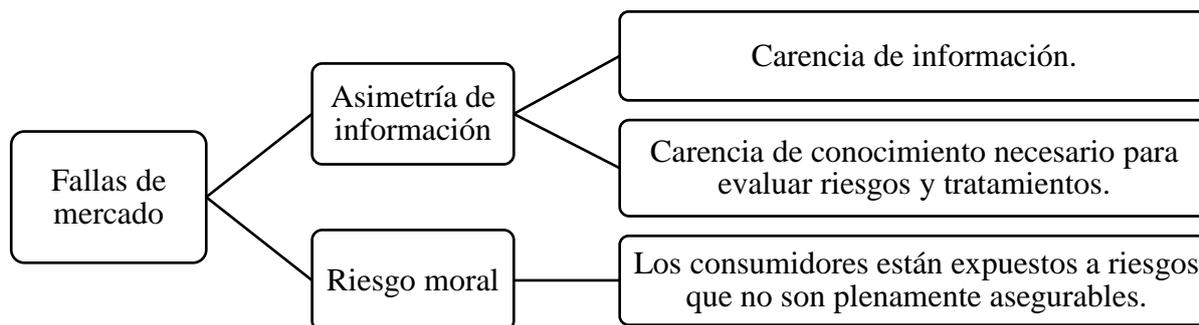
La primera probabilidad se relaciona con la incertidumbre que existe ya que la enfermedad puede ser tan impredecible como su ocurrencia, al igual que el tratamiento. Existe una brecha de información entre el servicio médico y los pacientes en cuanto a la garantía y condiciones del servicio. En este escenario se determinan los siguientes aspectos del mercado: bienes no comerciables, rendimientos crecientes, barreras de entrada y una discriminación en cuanto a los costos de los servicios de salud.

Por el contrario, en la segunda probabilidad, las compañías del sector seguros estratifican a los pacientes en función del nivel de ingreso para así definir diferentes pólizas que difieren en cobertura. En este sentido, Elizondo (2006), menciona que, en las sociedades contemporáneas desarrolladas, el derecho a los servicios de salud es creciente, porque se trata de un bien que el ciudadano espera sea distribuido de acuerdo a la necesidad como un criterio dominante. Es decir, en la mayoría de las sociedades desarrolladas es el criterio de distribución justo, más no la capacidad de pago. Es así, que en su marco de referencia sobre las ideas de justicia se determinan que cada sociedad tiene reglas distintas para distribuir sus diferentes bienes.

Dentro del funcionamiento de la industria de los servicios de salud y el comportamiento ideal para un mercado competitivo que define la teoría económica, la comparación permite evaluar las condiciones del teorema del bienestar aplicadas a los servicios médicos. De acuerdo a Restrepo & Rojas (2016), “podría afirmarse que el mercado es el mejor mecanismo para la asignación de recursos, o de lo contrario habría de reconocerse fallas de mercado y definir el espacio de la política pública” (p.222).

Figura 1

Economía del mercado de atención médica



Nota. El gráfico representa las fallas de mercado en el sector de los servicios de atención médica. Elaboración propia basada en *100 años de la American Economic Review: Los 20 artículos más destacados* (p.350-351), por Arrow, y otros, 2011. Revista de Economía Institucional.

Los potenciales clientes, tienen información valiosa para la compañía en cuanto a los riesgos y su actitud frente a los riesgos. La asimetría de información afecta a la empresa por información oculta (característica de riesgo del cliente) y por acción oculta (actitud menos cuidadosa del cliente con cobertura). (Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004, págs. 6-7)

La asimetría de información está asociada con la selección adversa, donde la demanda de los seguros tiene información valiosa respecto a sus características de riesgo. Por otro lado, la empresa conoce la cobertura de los planes y la calidad en el servicio prestado. Akerlof (1970) menciona que “las características ocultas conllevan a que quienes finalmente intercambian en el mercado son precisamente los individuos con las características más negativas de entre los potenciales usuarios del sistema (los clientes más riesgosos para las aseguradoras)”.

Los aseguradores pueden ser capaces de identificar las diferentes características del individuo con el objetivo de eliminar la selección adversa. Además, ofrecer una variedad de planes alternativos que garanticen el aseguramiento de forma libre y voluntaria. Las primas de seguros emiten un castigo a los planes con mayor cobertura porque existe el supuesto de los clientes más riesgosos en este grupo. Este proceso se define como screening porque la información asimétrica persiste en el mercado y se les asigna planes de mayor costo con condiciones específicas. (Rotzchild & Stiglitz, 1976, pág. 629)

En conclusión la Economía de la Salud basada en las precondiciones de los teoremas del bienestar generan una base para establecer las fallas de mercado: la existencia del equilibrio competitivo, la comerciabilidad de los bienes y la no existencia de rendimientos crecientes. En algunos casos las instituciones que deben subsanar las fallas de mercado, no cumplen su función y generan mas barreras en el proceso. Por ejemplo el uso de tarifarios de precios de los servicios, los mismos que pueden ser diferentes para el sector público y para el privado.

Un Debate desde el Estado o Mercado acerca de los Servicios de Salud

Cuando el mercado falla en su misión de alcanzar una situación óptima, la sociedad tiende a reconocer, en cierta medida, esa deficiencia a la cobertura da lugar a la intervención de instituciones sociales no comerciales con el propósito de subsanarla (Arrow, 1963; traducido por (Restrepo & Rojas, 2016)). Los planteamientos del autor citado dan fuerza al debate acerca del papel del Estado y del mercado en la provisión de los servicios médicos, el cual en las últimas décadas ha tenido distintas intensidades, especialmente en torno a las discusiones sobre reforma de los sistemas de salud (Musgrove, 1996).

En los países de ingreso medio la atención médica no puede extenderse a todos, la estrategia se enfoca en una alianza público-privada mediante los poderes del Estado para garantizar la salud. De acuerdo a Stiglitz (1999): “La política sanitaria en estos países se desarrolla en el contexto de: (a) recursos limitados, (b) limitada capacidad de focalización por ingresos, y (c) mercados de seguros limitados para manejar los grandes riesgos asociados con la atención médica”(p.17).

El autor antes mencionado ratifica el enfoque de Arrow reconociendo las particularidades del sector salud debido a los riesgos que enfrentan los individuos por las fallas de mercado. Los mercados funcionan de manera imperfecta y el gobierno adopta el mismo comportamiento. Las reformas van mas allá del gobierno y los mercados, es posible establecer métodos alternativos basados en la comunidad.

Krugman (2009), menciona que: "Las aseguradoras tratan de negar la mayor cantidad de reclamos posibles y ... tratan de evitar cubriendo a las personas que probablemente necesiten atención ". Las compañías aseguradoras estan enfocadas en la obtención de ganancias, mas no en las personas. El gobierno debe asumir un rol significativo en cuanto a la regulación del mercado enfocado en los servicios de atencion médica.

En efecto el autor antes mencionado establece que la incertidumbre y la falta de confianza hace que la atención en salud no cuente con los estándares del mercado competitivo. Los seguros privados generan altos costos administrativos y la alternativa planteada es que los recursos médicos tengan una administración en base a un pagador único.

En opinión de Krugman y otros que apoyan el estatismo, en su obra *Why markets can't cure health care?*, las aseguradoras de salud son malas porque buscan ganancias. Esto los vuelve ciegos a los innumerables ejemplos de cómo la búsqueda de ganancias en un mercado libre y competitivo brinda un mejor servicio que la supuesta buena voluntad de los funcionarios gubernamentales. (Skorup, 2009)

El monopolio de las empresas aseguradoras controla los precios y genera una tarifa por servicio que limita la innovación y otros mecanismos para generar valor. Las políticas fiscales enfocadas en deducir los gastos de atención médica generan un sistema de pago externo, con una brecha de incentivos para proveedores y clientes. Esta situación ha generado que las aseguradoras tengan menos sensibilidad a los consumidores.

El Estado constituye una organización económica única, con afiliación universal y obligatoria, lo que supone ventajas e inconvenientes en relación al mercado. Resuelve algunos de los problemas de selección adversa y, en parte, el riesgo moral. La competencia se ve reducida o anulada, los empleos y salarios son poco sensibles a las cambiantes necesidades sociales y los incentivos a la eficiencia se ven limitados. (Hidalgo, Corugedo, & Del Llano Señaris, 2000, pág. 24)

En el aseguramiento privado existe selección adversa y riesgo moral, sin embargo, el aseguramiento público evita la selección adversa, pero no el riesgo moral porque el asegurado presenta un comportamiento despreocupado. El aseguramiento voluntario genera selección adversa ya que las personas no pueden elegir el tipo de seguro ni la cobertura. El mercado latinoamericano presenta diferentes seguros de salud, pero este problema se corrige mediante el aseguramiento obligatorio (seguro único) empleado por el sistema de seguridad social.

La periodista económica Megan McArdle, explica que la imprevisibilidad no es una característica particular de los servicios médicos. En la actualidad los avances tecnológicos contribuyen a la masificación del conocimiento y reducen la asimetría de información. Entonces propone “un mercado libre para más del 70% de la atención médica, donde las fuerzas del mercado puedan aplicarse de manera más directa, y un seguro universal contra catástrofes donde las fuerzas del mercado no funcionen tan bien” (McArdle, 2012).

En conclusión, la combinación del sistema público y privado puede establecer que el primero sea un mercado eficiente, accesible y de alta calidad para las necesidades de atención médica, pero el segundo un sistema universal que cubre asistencias mayores. En este aspecto

se cubriría la mayor parte de la población. Además existiría un beneficio de la elección por parte de los consumidores, la competencia en cuanto a los oferentes de los seguros de asistencia médica y la innovación de los proveedores y consumidores.

Finalmente, las fallas de mercado buscan mayores rentas, procesos burocráticos normativas rígidas. La utilización de seguros puede reducir la incertidumbre y las pérdidas de utilidad derivadas de la enfermedad. Estos sucesos no solo generan afectaciones a las finanzas y calidad de vida de la persona, sino también al resultado de los respectivos tratamientos. Esto genera un aumento del costo final en el tratamiento de los pacientes y su incapacidad para adquirir una prima de seguro que se ajuste a sus necesidades de forma anticipada.

La Presencia del Estado para el Desarrollo Económico y Social de la Salud

La Teoría de las Esferas de la Justicia desarrollada por Walzer en 1983 explica que no existe un solo punto de decisión, de que todas las distribuciones están controladas. Por lo tanto, “Ningún poder estatal ha sido tan dominante como para regular todo los patrones de compartir, dividir e intercambiar de los cuales una sociedad toma forma” (Walzer, 1983).

El autor se opone a Marx que en su Teoría Crítica de la Economía Política menciona que la igualdad social puede alcanzarse en todos los ámbitos. También critica al liberalismo de Nozick donde la justicia social es alcanzable dentro de un Estado mínimo. Por otra parte, Walzer menciona que el individuo resuelve sus asuntos con los medios que posee, intercambiando los bienes en el mercado sin la intervención del Estado. “Si bien asumir la benevolencia del Estado es un punto de partida que parece adecuado a cualquier análisis de política serio, bien es sabido que ni el Estado ni incluso el gobierno son una caja negra que está programada para resolver las fallas del mercado”. (Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004)

La motivación radica en que, al tener un doble sistema, uno público abierto a todos y uno privado sólo para quienes tienen dinero, el privado atrae los mejores recursos humanos y materiales del sistema de salud. Además, dado que quienes pueden pagar suelen tener más influencia, al tener la opción del servicio privado, se suelen descuidar los servicios públicos. (Elizondo, 2006, pág. 146)

El establecimiento de un sistema público y privado genera una inestabilidad y diferencia en cuanto a calidad y precios de ambos. El privado se basa en el nivel de ingreso de los

consumidores, por ende, existe una discriminación hacia otros grupos de la población. En este sistema debido a la implicación de costos, también se emplea mejores recursos humanos y materiales. En el sistema de salud va a existir diferencias porque las instituciones se van a enfocar en el sistema privado y van a existir falencias en el público.

Ningún sistema de salud en el mundo es público o privado en su totalidad, ni en su financiamiento ni en su prestación. Entre los mecanismos más comunes de financiamiento del sector sanitario figuran los fondos públicos, los seguros de salud, el cobro a los usuarios, la seguridad social y la cooperación internacional. (Collazo , y otros, 2001, pág. 2)

Los sistemas de salud siempre están conformados por los dos sectores. El financiamiento y la prestación de servicios corresponde a un sistema mixto porque no puede ser solo privado o público. La forma de financiamiento se deriva de muchas fuentes, las mismas que aportan significativamente a su funcionamiento. Las formas de pago pueden ser directas, cuando los fondos provienen del paciente y se realizan en un solo pago al momento que requiere el servicio o con la intervención de terceros donde se incluye los seguros.

Phelps (1992) realizó un análisis de la extendida participación del Estado en el mercado de la salud, no llamará la atención que una de las formas preferentes de tal intervención se traduzca en la regulación del funcionamiento del mercado de seguros de salud. Si este mercado, además, opera en el marco de la seguridad social, la regulación estatal aparecerá como la contrapartida natural del mandato legal que obliga a los ciudadanos a asegurarse en este ámbito.

En cambio, la Teoría de la Higiene Social establece la “lucha por el fortalecimiento de la salud de los trabajadores” (Serenko & Ermakov, 1986). La higiene social afirma que apoya a la salud pública y rechaza el hecho de que este sector se regula por sí mismo. Así como también contribuye a la organización de leyes sociales en cuanto a las relaciones de producción que fortalezcan a los ciudadanos; fundamentada en el comunismo científico (Carlos Marx, Federico Engels y Vladímir Ilich), mediante la teoría marxista-leninista; misma que revela cuánto depende la salud de los trabajadores del modo de producción. Por lo que esta, se basa en las vías de conservación y de fortalecimiento de la salud de colectivos humanos con el apoyo activo del Estado. Además, organiza directamente la actividad práctica de los órganos y las instituciones de salud pública, participando en la misma. La economía de la salud pública es una parte constitutiva de la economía política del socialismo. La planificación y el

financiamiento determinan el uso más eficaz de los medios y constituyen el objeto de las investigaciones económicas.

La economía y la salud en el socialismo están relacionadas recíprocamente. La economía socialista crea las condiciones para el fortalecimiento de la salud de la sociedad y lo asegura. Y sobre esta base, el hombre; ciudadano de la sociedad socialista, con su trabajo altamente productivo multiplica las riquezas de la sociedad. (Serenko & Ermakov, 1986, pág. 655)

La estructura económico-social se fundamenta en las condiciones económicas y sociales que presenta la calidad de vida de la población, a estos aspectos se suma el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas. Es importante las relaciones sociales porque estas influyen de forma directa en la salud de la sociedad. El objetivo principal es plantear medidas que se dirigen al fortalecimiento de la salud en la sociedad.

Existe una diferencia entre la Teoría de la higiene social en una sociedad socialista que en la burguesa. La primera hace referencia al fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar la salud en los colectivos humanos. Además, incluye una participación activa del Estado mediante planificación y financiamiento para las instituciones de la estructura del sistema de salud en el país. Los procesos sociales no solo contribuyen a mejorar las condiciones de vida y laborales de la población, sino también al fortalecimiento de las condiciones de salud de los trabajadores a través de un sistema social de protección.

Las medidas sociales, económica y médicas son fundamentales en el socialismo. La inversión del Estado en materia de salud contribuye al uso eficaz de los recursos y la distribución de los mismos. La infraestructura es fundamental, así como su financiamiento. El sistema de salud, requiere la coordinación entre instituciones de la red de salud pública y por medio de la economía política se puede establecer un análisis económico para este sector.

De acuerdo a Cardona (1998), La higiene social se extendió por todo el mundo, en 1959 la Revolución Cubana adopta los principios generales:

- La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud son gratuitos y están al alcance de toda la población y llegan a cualquier ciudadano en el lugar y en el momento necesario.

- Los servicios de salud tienen un carácter integral preventivo-curativo.
- Los servicios de salud son planificados e integrados al Plan de Desarrollo Económico Social del país, de acuerdo con los adelantos de la ciencia.

Algunas teorías del crecimiento económico establecen que se requieren adoptar políticas sociales en materia de educación, salud, seguridad social y alimentación, con la finalidad de que el stock de activos en formación, educación y capacitación incremente la productividad del factor trabajo.

En materia de salud, Huertas (1998) menciona que se debe trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones o atenciones en salud; ofrecer esquemas de seguros de salud para los principales casos de riesgo; incorporar y utilizar de forma eficaz los recursos privados; descentralizar los servicios públicos de salud; definir la preocupación por la salud como una cuestión privada y sólo bajo ciertas circunstancias una cuestión pública; y por último, adecuarse a una política de ajuste fiscal, disminuyendo y reestructurando el gasto fiscal público, incluyendo por supuesto la salud.

Las fallas de mercado son la consecuencia de la ausencia de competencia, concentración de los procesos de legalidad que limita la eficiencia y falta de transparencia en la gestión. Existen cambios en el poder cuando los intereses públicos se convierten en privados. Este proceso da origen a un sistema burocrático que no transfiere el riesgo en su totalidad a los proveedores de servicios sanitarios por que los costos no se encuentran en un mercado competitivo.

El Estado con la presencia del gobierno cumple un rol fundamental cuando la regulación está enfocada en la ampliación de la cobertura y un eficiente funcionamiento de los seguros de salud. Se enfoca en la calidad de los servicios correspondientes a prestaciones de salud fundamentado en un derecho social en los países. No existe un concepto netamente económico de la demanda sino más bien una necesidad que tiene la sociedad independientemente de su capacidad de pago. La regulación se enfoca en corregir las fallas de mercado como un pilar fundamental de la justicia social y bienestar.

Fundamentación Empírica

Existen estudios relacionados con la investigación, como el Marco Conceptual para la regulación de seguros de salud enfocado en analizar los fundamentos teóricos de la economía, aplicables al mercado de la salud en países de la región como: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Otros documentos de referencia como: “Un análisis al seguro de gastos médicos y su impacto en la economía mexicana”; “Visión general del mercado asegurador latinoamericano”; “Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social”; “Financiación de los sistemas de salud” y estudios referentes al desarrollo del sector asegurador en la rama de salud en el Ecuador.

Regulación del Mercado asegurador

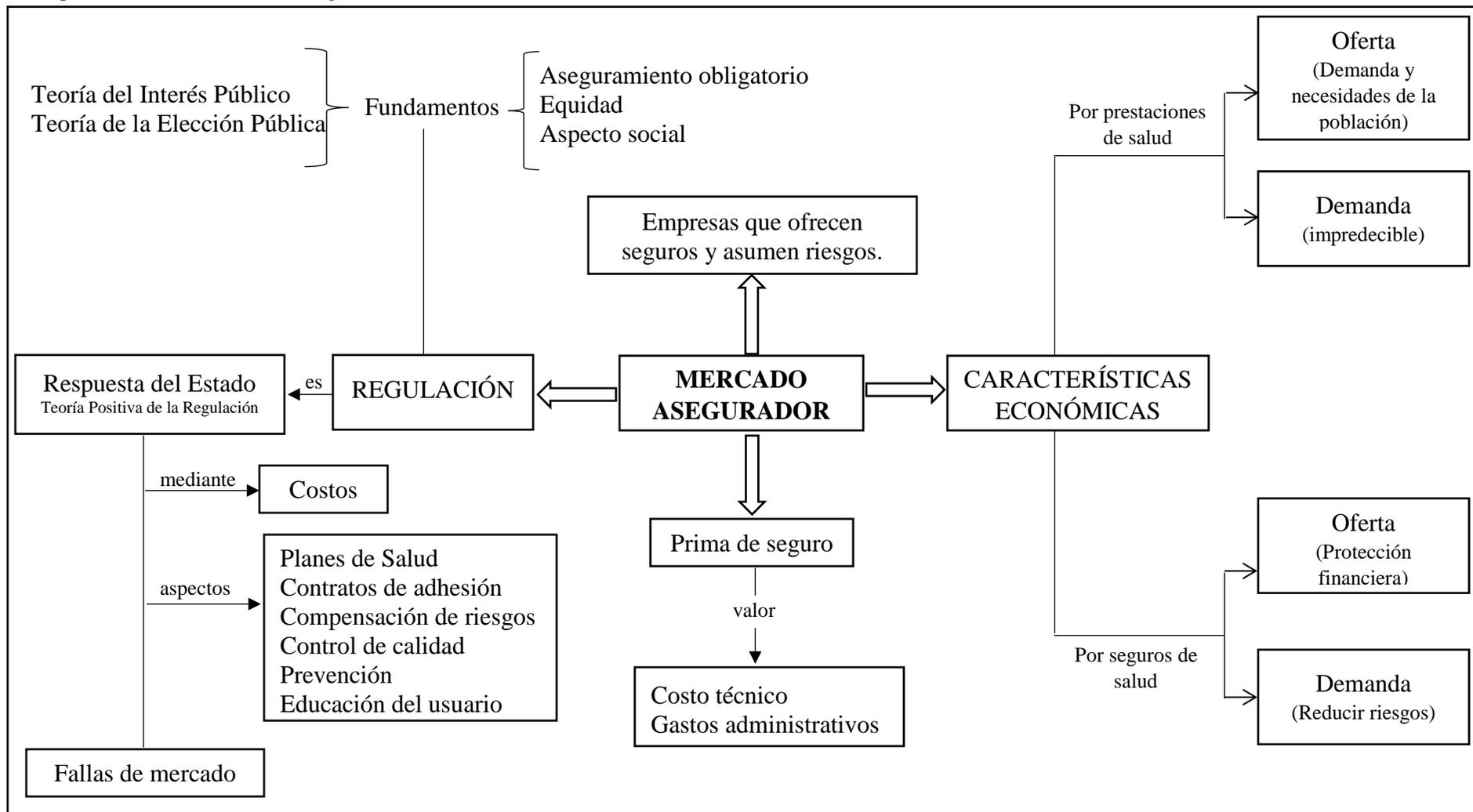
La economía política determina dos teorías para establecer este punto, la Teoría del Interés Público donde el Estado es benevolente ante el interés social y la Teoría de la Elección Pública, donde el Estado responde a grupos de interés. Tirole (1994) argumenta que: “la dificultad para diseñar esquemas de incentivos formales al interior de las reparticiones públicas sugiere que la captura en la toma de decisiones es de mayor preocupación en el gobierno que en empresas privadas”

Laffont (2000) en su libro menciona que: “En el paradigma neoclásico de Arrow-Debreu sobre el equilibrio general de los mercados, las instituciones políticas y judiciales son dejadas fuera del análisis económico”. El autor argumenta que las instituciones en la práctica son diseñadas como respuesta a este modelo de mercado. Los políticos toman el rol de supervisores en cuanto a las situaciones que no se contemplan en el marco legal y constitucional.

Es decir, las instituciones son creadas para minimizar el riesgo en la regulación, sin embargo, existen asimetrías de información y en consecuencia limitaciones en la formulación de políticas. La formalización de la institucionalidad se basa en intereses individuales que generan presiones por parte de los grupos económicos, los cuales ejercen cargos públicos y se pierde el objetivo de regulación para el mercado. En este aspecto el Estado constituye el ente regulador y la competencia del sistema de seguros privados.

Figura 2

Componentes del Mercado Asegurador



Nota. El gráfico representa los componentes del mercado asegurador y los principales aspectos de la regulación.

Fundamentos de la regulación

Según Phelps (1992) en su análisis con respecto a la participación del Estado en el mercado de los servicios de salud, dice que existen formas para regular el funcionamiento de los seguros de salud. En caso de que se opere en el marco de la seguridad social esta forma de regulación sera de carácter legal porque obliga a los ciudadanos a tener esta forma de aseguramiento. El objetivo de este mecanismo es regular de una forma eficiente por medio de la fiscalización.

La teoría económica de la regulación establece que este mecanismo es una respuesta a las fallas de mercado. Los costos sociales deben ser menores a los beneficios que se obtengan. El mercado de los servicios de salud es muy diferente a un mercado competitivo por la incertidumbre, asimetrías de información, riesgo moral, selección adversa, la salud de carácter meritorio y la cobertura como una garantía que brinda el Estado.

La regulación debe responder al objetivo del aseguramiento obligatorio. Así como el Estado genera una demanda por seguros de salud en la población, tiene que dar cumplimiento a los estándares de la oferta, que incluye: planes accesibles, prestaciones de acuerdo a las coberturas establecidas, libre información y acceso, servicios gratuitos, servicios de prevención. Estas condiciones convierten a la regulación en un instrumento acorde a las políticas sanitarias del país.

La equidad en cuanto a la regulación se basa en que los individuos con mayor capacidad de pago y menor riesgo, financien a los que se encuentran en una condición inversa. Por lo tanto, el sistema de compensación de riesgos se basa en la relación respecto al gasto esperado y la prima que se recibe por el seguro. El aspecto social responde a la relación entre la capacidad de pago que tiene el asegurado y el pago que debe realizar al seguro mediante el sistema de seguridad social.

En el aspecto social, la regulación del Estado contribuye a la protección financiera en el caso de los seguros de salud y al cumplimiento de la seguridad social como una obligación. La función en este caso mediante la afiliación obligatoria es subsanar la libre interacción que existe entre la oferta y demanda de un mercado competitivo. En este caso se crea un vínculo entre el asegurador y los demandantes de este servicio.

La regulación del Estado para corregir fallas de mercado

En un sistema de libre mercado, el rol del Estado es importante principalmente en la corrección de fallas de mercado. El modelo centralizado se basa en la estructura económica del país, para obtener un funcionamiento óptimo del mercado. En primera instancia crea un vínculo entre los agentes económicos, para generar una interacción. Segundo, toma la función de corrector de fallas de mercado. Tercero, interviene en algunos ámbitos como la redistribución de ingresos y otros aspectos de carácter social.

Ferreira, Saavedra, & Zuleta (2004) mencionan que:

La preocupación en mayor medida será por las justificaciones microeconómicas para la intervención del Estado en una economía de mercado. Estas se generan con las llamadas “fallas de mercado”, las cuales son desviaciones de los tres supuestos fundamentales de la competencia perfecta: i) tanto productores como consumidores en una economía de mercado son tomadores de precios; ii) no hay bienes públicos ni externalidades en el consumo ni en la producción; y iii) hay un mercado para cada bien.

El objetivo del Estado es la asignación eficiente de recursos en la sociedad mediante la provisión de los servicios directos a los consumidores y el mantenimiento de la propiedad privada. Por otra parte, el principio de la mano invisible de Adam Smith en cuanto al conocimiento de todos los bienes por parte de los consumidores, es subjetivo. Existe la presencia de asimetrías de información y como consecuencia un mercado de competencia perfecta no existe, sino más bien se establece una regulación por parte del Estado.

En los planes de salud la oferta debe cumplir con parámetros en cuanto a la cobertura mínima de los seguros de salud. Por lo tanto, la oferta debe tener condiciones que exige la demanda necesariamente. La cobertura se enfoca en garantizar el acceso y la protección financiera del asegurado mediante:

Tabla 1*Áreas de Regulación*

Área	Regulación
Planes de salud	Condiciones en la oferta que garanticen una cobertura mínima de protección financiera con las prioridades de salud pública socialmente definidas.
Contratos de adhesión	Se redactan de forma unilateral basados en los derechos del consumidor, por lo tanto, la función de regulación se enfoca en dividir el contenido en: prohibido, permitido y obligatorio. Lo que incluye en la seguridad social corresponde a desahucio en caso de desvinculación unilateral o exclusiones de cobertura.
Sistema de compensación de riesgos	El aporte de los asegurados debe ser de acuerdo a su capacidad de pago y los aseguradores reciban primas equivalentes al riesgo de los asegurados. Es necesario las capacidades institucionales de los países y la generación de un marco regulatorio para garantizar las expectativas sociales y económicas.
Control de calidad	Se genera una demanda inducida por la oferta, en este caso los seguros de salud intentan asumir el riesgo que los costos derivados de salud imponen a los asegurados. Las asimetrías de información dificultan el control de la demanda hacia la oferta, lo que genera pérdida en la calidad del servicio.
Incentivos para la prevención	Incluye los mecanismos de prevención emitidos por el Estado. Esta es una falla que se corrige desde la base estatal con información para mejorar la calidad de vida. Los seguros se establecen mediante contratos a largo plazo y socialización de sistemas de salud administrada.
Educación del usuario	Es el conocimiento para adquirir un servicio de salud y ejercer sus derechos. Por ende, mejora la cobertura de los seguros y calidad en la atención médica que brindan los proveedores. El regulador recolecta, procesa y difunde información que sea importante en la decisión de la demanda de estos servicios.

Nota. Se presenta las áreas de regulación del gobierno. Elaboración propia basada en *Marco Conceptual para la regulación de seguros de salud* (p.33-42), por Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004.

Características económicas del sector salud

Tabla 2

Oferta y demanda por prestaciones de salud

Prestaciones de Salud	
Oferta	<ul style="list-style-type: none">• De acuerdo al óptimo de Pareto la oferta se establecería en función a la demanda. En el mercado de los seguros este equilibrio es inexistente por dos razones:<ol style="list-style-type: none">1. Una libre entrada y salida de los oferentes.2. La intervención estatal en el mercado de la salud se ha intensificado en todos los países.• El acceso a las prestaciones de asistencia médica en algunos países es considerado como un derecho social, en otros la salud es un bien meritorio. Feldstein (1999) menciona que: “Este aspecto de la planificación estatal está basado en las necesidades y no tanto en la demanda de salud”.• La oferta de los servicios de salud no solo se relaciona con la demanda, sino también con las necesidades de la población que se encuentra en constantes cambios debido al desarrollo de la ciencia.
Demanda	<ul style="list-style-type: none">• La demanda establece que las personas requieren de servicios de atención en salud cuando están enfermas y son sucesos impredecibles lo que diferencia al mercado de la salud con otros como los de alimentación.• La asistencia médica es significativa cuando es de carácter urgente y una alternativa sería el interés de las personas respecto a la prevención como la adquisición de un seguro.• El Estado garantiza el aseguramiento o cobertura de salud por la vía de la seguridad social y los beneficios de cobertura o protección financiera es mayor a la demanda por personas que requieren un aseguramiento voluntario.

Seguros de Salud

Oferta	<p>La oferta se caracteriza por mecanismos de protección financiera que impactan a la demanda de prestaciones de salud. Se establece mediante la diferencia entre el precio cobrado por el prestador y lo que bonifica el seguro. Factores de la diversificación del riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deducibles: Es un monto fijo de dinero que el asegurado debe pagar frente a un evento médico. Los primeros gastos son del asegurado, al superar el monto del deducible se traslada íntegramente al seguro.• Copagos: Corresponden al establecimiento de un porcentaje del valor de la prestación que será asumida por el asegurado, siendo el remanente de cargo del seguro.• Topes: Son los límites máximos de cobertura por prestación, por beneficiario, o por año de contrato. En consecuencia, aquellos gastos que superen el límite fijado serán asumidos por el asegurado.• La integración del seguro y del prestador: En respuesta a la incapacidad de controlar el aumento de costos de seguros de salud basados en reembolsos, ha crecido la oferta de coberturas de salud asociadas (redes cerradas de atención).
Demanda	<ul style="list-style-type: none">• La demanda por los seguros de salud responde a la necesidad de aseguramiento, por parte de las personas para evitar daños futuros a su patrimonio financiero y también la seguridad social como un instrumento de cobertura médica.• Los seguros privados que son voluntarios y los que pertenecen a la seguridad social de manera obligatoria. Los primeros son demandados de forma espontánea, en este caso las personas contratan este tipo de seguros para obtener protección financiera, mas no para asegurar su condición saludable, entonces lo que cubre el seguro no es la enfermedad, sino más bien los costos del tratamiento.• El pilar fundamental de la demanda es evitar un riesgo financiero en caso de un siniestro de carácter médico.

Nota. Se detalla la oferta y demanda por prestaciones de salud y por seguros de salud. Elaboración propia basada en *Marco Conceptual para la regulación de seguros de salud* (p.20-28), por Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004.

Elementos de un seguro de asistencia médica

El valor de la prima se compone, por una parte, del costo técnico, actuarial o gasto esperado de los siniestros o eventos asegurables, distribuido a prorrata entre el total de asegurados, y, por otra, de los gastos de administración o costos del seguro propiamente tales, que incluyen el costo financiero, el costo de comercial, el costo de procesar las solicitudes de cobertura, el costo de información, la utilidad del seguro y los impuestos finales al consumidor. (Baeza & Copetta, 1999, pág. 27)

El costo técnico o actuarial se calcula con la probabilidad del evento que multiplica a la cantidad y precio de las prestaciones realizadas. Corresponde a la suma de los costos actuariales esperados que se distribuyen estadísticamente para el asegurado. Entonces es la distribución de varios asegurados de acuerdo al siniestro esperado de los gastos que incurran solo algunos, por lo tanto, el costo se enfoca en los gastos administrativos. El Banco Mundial establece la construcción de un plan básico de salud por medio de (patologías de mayor incidencia/ años de vida saludables perdidos).

El costo técnico y los gastos administrativos pueden influir en la selección de riesgo y excluir a las personas que presentan un mayor siniestro. Al reducir el costo técnico, los costos se pueden compartir con el asegurado por lo tanto existiría una demanda de prestaciones. El empleo de mecanismos de pago puede reducir el precio unitario de los servicios y la transferencia del riesgo. En cuanto a la cobertura se puede excluir diferentes patologías y enfermedades preexistentes de forma temporal.

La regulación, costos e importancia de las instituciones del sistema de salud

Los beneficios sociales que se van a obtener mediante la regulación, se espera que sean mayores a los costos que esta implica. Es importante conocer los costos para establecer un marco conceptual para la regulación de los seguros de salud. La teoría positiva de la regulación establece que los costos se enfatizan en cuanto a las fallas de mercado en la regulación, los mismos que por lo general son indirectos. Las irregularidades en el mercado son evidentes y el presupuesto fiscal puede ser restringido o destinado a las actividades de regulación, mediante el uso de fondos públicos. Resulta una utopía la cuantificación de los costos asociados a la regulación.

Los costos de la regulación varían de acuerdo al país y a factores institucionales que se presentan, los mismos que determinan el éxito o fracaso de una política. Existen muchas dificultades para la regulación eficiente de los mercados en el aspecto de salud cuando: no hay estándares institucionales, los reguladores son independientes en sus funciones, el poder judicial presenta una debilidad para solucionar conflictos y finalmente el reglamento para la operación de los seguros privados es ineficiente.

El diseño de un mercado de seguros de salud privado es importante para la implementación de reformas institucionales que garanticen su correcta operación, caso contrario se genera un riesgo de invertir una gran cantidad de recursos públicos en la regulación. Además, carece de institucionalidad que vaya a garantizar el funcionamiento y desempeño correcto del mercado. Por lo tanto, los costos asociados a esta actividad son muy variables y no permiten establecer un grado óptimo de regulación para el mercado de seguros de salud.

Un Análisis Sistematizado de Modelos y Experiencias Clave en América Latina y Europa

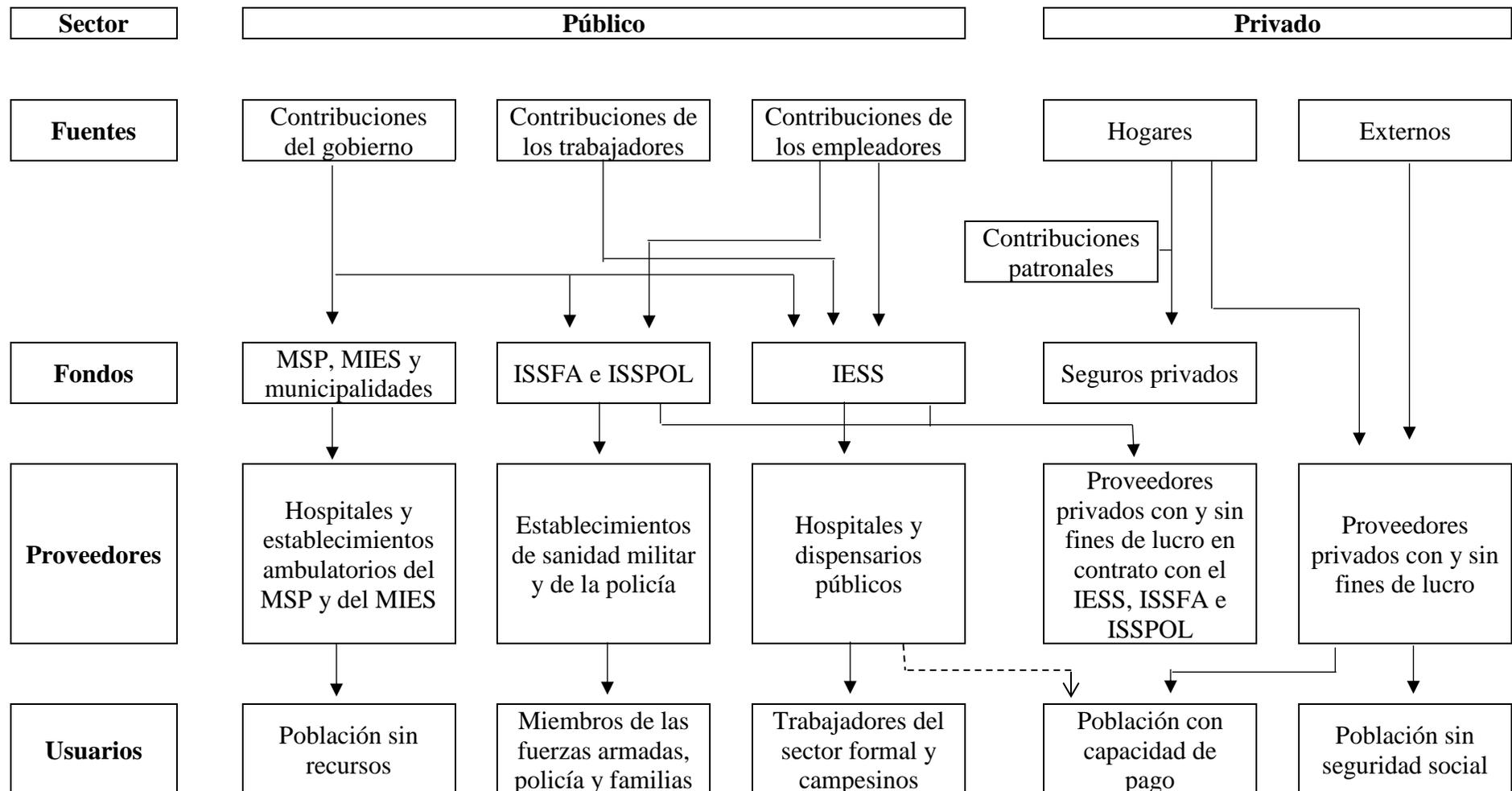
La investigación es elaborada por Maseira (2007), en la cual resume las principales características del sector público por país desde su dimensión vertical: financiamiento, gestión, contratación de instituciones y personal. Además, también incluye un análisis para varias instituciones de seguridad social y para el sector privado, correspondientes a nueve naciones, con el objetivo de mostrar aspectos específicos de coordinación, selección de riesgo y definición de paquetes.

El Sistema de Salud y Mercado Asegurador Ecuatoriano

El sector salud del Ecuador está formado por tres agentes financiadores: los hogares donde intervienen las familias que emiten desembolsos mediante el gasto de bolsillo de los hogares; el gobierno central por medio del Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Ministerio de Educación y Municipalidades; la seguridad social incluye el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y Seguro Social Campesino (SSC).

Figura 3

Diagrama de la Estructura del Sistema de Salud del Ecuador



Nota. El gráfico representa los componentes estructurales del sistema de salud ecuatoriano. Tomado de *Sistema de Salud de Ecuador* (p.2), por Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011. *Salud pública de México* vol.53.

Según Iturralde, (2015):

El carácter de la estructura del sector de la salud debería estar determinado por su sistema de financiamiento. Sin embargo, el propio MSP cuenta con diferentes versiones sobre los principios rectores de la sostenibilidad económica: en algunos casos mencionan la mancomunación, en otros solamente la articulación y en otros la integración. Esto refleja las dificultades de conceptualizar la propuesta de sistema que se plantea desarrollar en el país.

El Ecuador presenta una estructura de los servicios de salud que se financia mediante el sector público y privado. Además, existen mecanismos de regulación mediante la política pública y el mercado. El incremento por parte de los asegurados al IESS ha generado una ampliación de la cobertura. Los servicios de salud han aumentado su demanda debido al aumento de los contratos con empresas prestadoras de servicios privadas.

De acuerdo al Servicio de Estudios MAPFRE, (2019) se establece que:

En primer término, el índice de penetración (primas/PIB) en 2018 se situó en el 1,6% (0,4% en Vida y 1,2% en No Vida), prácticamente en el mismo nivel de 2017. En el mercado de Vida se encuentra notablemente por debajo de la media de América Latina, tanto en nivel como en tendencia.

En el Ecuador la población demanda de servicios de salud, sin embargo, no todos tienen acceso a la misma. Este sector se encuentra en el lugar 6 de importancia respecto a la Demanda Final de los hogares. Algunos aspectos sociales y económicos como la desigualdad de los ingresos generan una barrera de entrada a los servicios de asistencia médica. Es importante realizar estrategias para garantizar un aseguramiento sostenible y universal en el país.

Llerena, Pinto , & Pinto, (2017) en el artículo Un poco de Protección Social: Seguros de Salud, Servicios de Salud y Pobreza mencionan que:

En definitiva, el 61% de la población residente en Ecuador, no se encuentra afiliada ni cubierta por algún seguro de salud. El 38% de la población es cubierta de forma exclusiva por el seguro de salud público; y fracciones marginales de la población, están cubiertas o afiliadas con un seguro público y privado (1.12%) simultáneamente, y privado exclusivamente (0,37%). (pág. 2)

En efecto, el mercado asegurador en la última década mantiene una tendencia creciente con respecto a la oferta del sector privado. Sin embargo, la población tiene dificultades para acceder a los servicios de salud porque existen factores económicos como el ingreso. Menos del 50% de la población está cubierta por algún tipo de seguro que brinda servicios de salud, debido a esto se encuentra debajo de la media en relación a países de la región.

Cobertura Universal

Según la Organización Mundial de la Salud, (2010) menciona el derecho fundamental de todo ser humano a tener “la mejor asistencia sanitaria posible”. La cobertura universal es un mecanismo para alcanzar este derecho. Según la Declaración de Alma-Ata (Kazajstán) se reconoció que la promoción y protección de la salud también eran esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida, la seguridad social y la paz.

La cobertura universal es una forma de alcanzar, ampliar y mantener el acceso a los servicios médicos mediante seguros eficaces y asequibles para la población. De esta manera, los fondos mancomunados son gestionados por cada país, de acuerdo a los servicios y los costes a cubrir. Este sistema requiere cubrir a toda la población, independiente de los pagos directos en salud. La Organización Mundial de la Salud, (2010) menciona que: “Existen datos fehacientes de que la recaudación de fondos mediante el prepago obligatorio construye el camino más eficiente y equitativo posible hacia la cobertura universal”. El pago directo no es adecuado para la prestación y el consumo de asistencia sanitaria porque dificulta el acceso a la misma por parte de la población y los servicios médicos van a discriminar a los grupos que más lo necesita debido a su ingreso.

La cobertura sanitaria universal (CSU) significa que todas las personas pueden acceder a servicios de salud de calidad sin tener que experimentar dificultades financieras. La CSU permite, además, a los países aprovechar al máximo el capital humano, su principal activo. La salud es una inversión fundamental en capital humano y en crecimiento económico; sin una buena salud, los niños no pueden asistir a la escuela y los adultos no pueden ir a trabajar. (Banco Mundial, 2020)

El sistema de prepago obligatorio contribuye en el largo plazo a obtener una protección financiera frente al riesgo. Una estructura de fondos que responde a diferentes grupos de interés no es eficiente para la economía ni para la población, por lo tanto, el enfoque donde el gobierno cubre a un determinado grupo de la población y las aseguradoras a otros consumidores genera un mercado no competitivo.

En la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe, el Objetivo 3 plantea: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". El numeral 3.8 establece, "Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos". (Naciones Unidas, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (2020), mide y precisa la cobertura sanitaria universal, en base a los progresos enfocados en la consecución de la CSU y los principales datos se refieren a la proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad. En este aspecto, cada país puede emplear sus propios medios para evaluar sus avances, pero en base a las medidas normalizadas para la comparación. "Según un reporte del Banco Mundial, en cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los países de América Latina y el Caribe registran un puntaje que varía entre 60 y 80 sobre 100 unidades". (Montes, 2018, pág. 1)

Otras investigaciones relacionadas corresponden al estudio "Un análisis de los seguros de gastos médicos y su impacto en la economía mexicana" elaborado por Godínez (2017), corresponde al análisis de la cobertura de los seguros de gastos médicos para evaluar el impacto del sector asegurador en la economía. Además, trata aspectos como el financiamiento, organización institucional, sistema de pagos y regulación. Para lo cual se analiza la cobertura y la importancia de contar con servicios médicos en la población. El estudio también se relaciona con el cálculo de la "Tasa de cobertura del aseguramiento en salud" elaborado por Mario López en 2009, el indicador se basa en los fundamentos de la Organización Mundial de la Salud para la cobertura universal.

Políticas Públicas y Económicas para la Cobertura Universal

Existen dos mecanismos que funcionan mediante la política como: la disminución de pagos directos y presentar o fortalecer nuevas formas de prepago. Los países que más se han ampliado la cobertura exigen contribuciones a las personas que pueden pagar, mediante cargas fiscales y aportes al seguro. Se incluye alternativas de planes voluntarios, seguro comunitario o micro seguro. El riesgo financiero por el pago de los servicios sanitarios se reduce cuando es compartido entre muchos individuos. Mientras más gente lo comparta mejor será la protección y tendrá un alcance mayor.

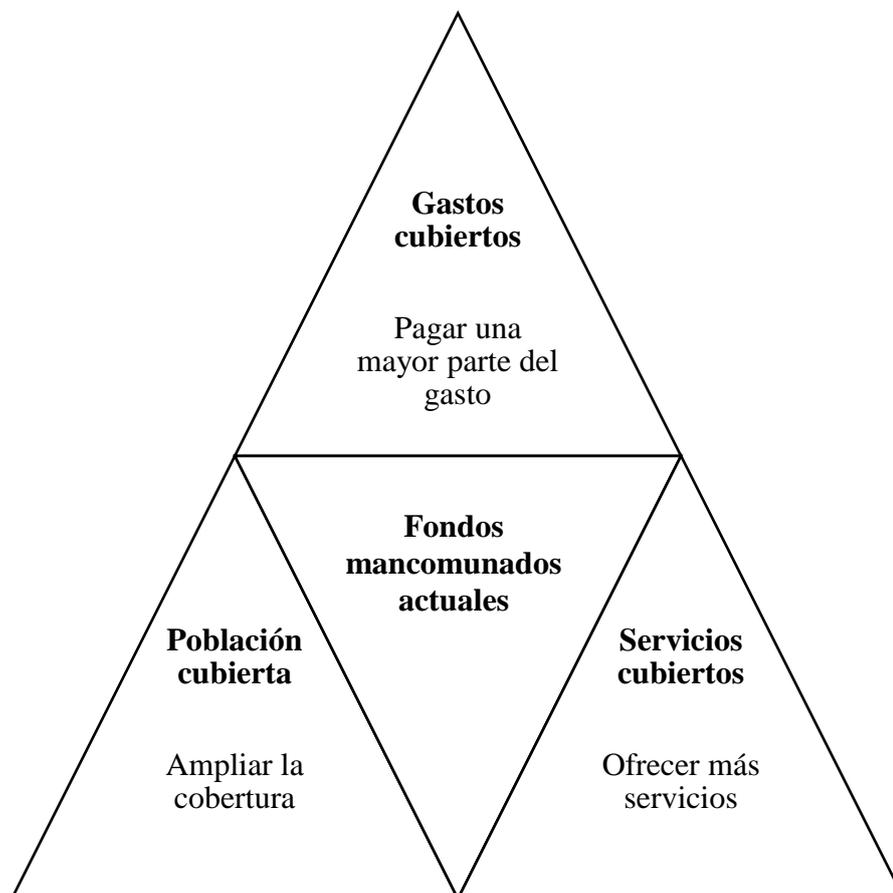
En Europa y Japón se establece primero los sectores que se deben cubrir primero como los trabajadores del sector formal ya que pueden identificar y sus ingresos son conocidos. Existe compromiso del gobierno y participación de los trabajadores del sector formal para el sistema de prepago y mancomunación. El sistema divide el riesgo financiero de la enfermedad, entre el mayor grupo de la población posible. El estado logra reducir los gastos de pagos directos y aumentar el gasto combinado (gasto del gobierno y el seguro obligatorio).

La Organización Mundial de la Salud, hace referencia que el sistema de mancomunación del riesgo puede gestionarse de dos maneras:

1. Financiación a través de los impuestos: El Estado utiliza los ingresos que obtiene de los impuestos generales para financiar la atención sanitaria. Toda la población tiene acceso a los servicios: la cobertura es universal.
2. Seguro social de enfermedad: Los empleados, los trabajadores autónomos, las empresas y el gobierno aportan fondos para la atención sanitaria. Esos fondos se integran en uno o varios fondos de seguro social de enfermedad. Con este sistema de financiación, sólo puede lograrse la cobertura universal si se hacen aportaciones en nombre de todos los miembros de la población, y si las cotizaciones se individualizan según la capacidad de pago de cada persona. Por esta razón, la mayoría de los sistemas de seguro social de enfermedad combinan distintos tipos de fondos, y el Estado cotiza en nombre de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Figura 4

Dimensiones para Alcanzar la Cobertura Universal



Nota. Se detalla las dimensiones para alcanzar la cobertura universal. Elaboración propia, basada en *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (p.17), por la Organización Mundial de la Salud, 2010.

Los países toman distintas alternativas hacia la cobertura universal, en base a su situación actual en el progreso pueden decidir en base a los tres ejes indicados en la Figura 4.

En un sistema de amplio alcance, con apenas unos pocos focos de exclusión, el país podrá optar en un principio por un enfoque específico, identificando a quienes están excluidos y tomando medidas para garantizar que queden cubiertos. En tales casos, pueden cubrir más servicios para los más necesitados y/o cubrir un mayor porcentaje de los gastos. En última instancia, la cobertura universal requiere el compromiso de cubrir al 100% de la población, y se tienen que desarrollar los planes para lograr este fin desde el principio, incluso si no se alcanza el objetivo inmediatamente. (Organización Mundial de la Salud, 2010, pág. 17)

Tabla 3*Reformas políticas al sistema de salud*

País	Políticas
Estados Unidos	Reformas a los seguros y accesibilidad. Subvención a las familias de ingresos bajos.
China	Reforma para implementar seguros eficaces. Reducción de pagos directos y aumento del porcentaje de la población cubierta por un seguro formal.
Países de ingreso medio-bajo: Chile, Colombia, Cuba, Brasil, Costa Rica	Desarrollo de los sistemas de financiación. Ampliación de las modalidades de prepago y mancomunación.
27 países de la OCDE	Reformas en la seguridad sanitaria.
México	Ampliación de la oferta de servicios y la proporción de los gastos cubiertos por el sistema de seguros.
República de Corea	Nuevos métodos para recaudar fondos y asignar mayor cantidad de recursos financieros para acelerar el progreso hacia la cobertura universal.

Nota. Se detalla ejemplos de políticas y reformas aplicadas a varios países para ampliar la cobertura de los seguros de salud. Elaboración propia, basada en *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (p.8), por la Organización Mundial de la Salud, 2010.

Tabla 4*Alternativas de prepago, fondo mancomunado y fondo nacional independiente*

País	Programas
Bengala Occidental	Plan de seguro estudiantil.
Ucrania	Fondos para la enfermedad que constan del 5% de los salarios.
India	49 planes comunitarios para trabajadores informales y campesinos.
Alemania y Japón	Existe el seguro médico comunitario y micro seguro.
Tailandia	Plan para la prestación sanitaria, Tarjeta sanitaria voluntaria, Planes de seguridad social y Seguro privado.

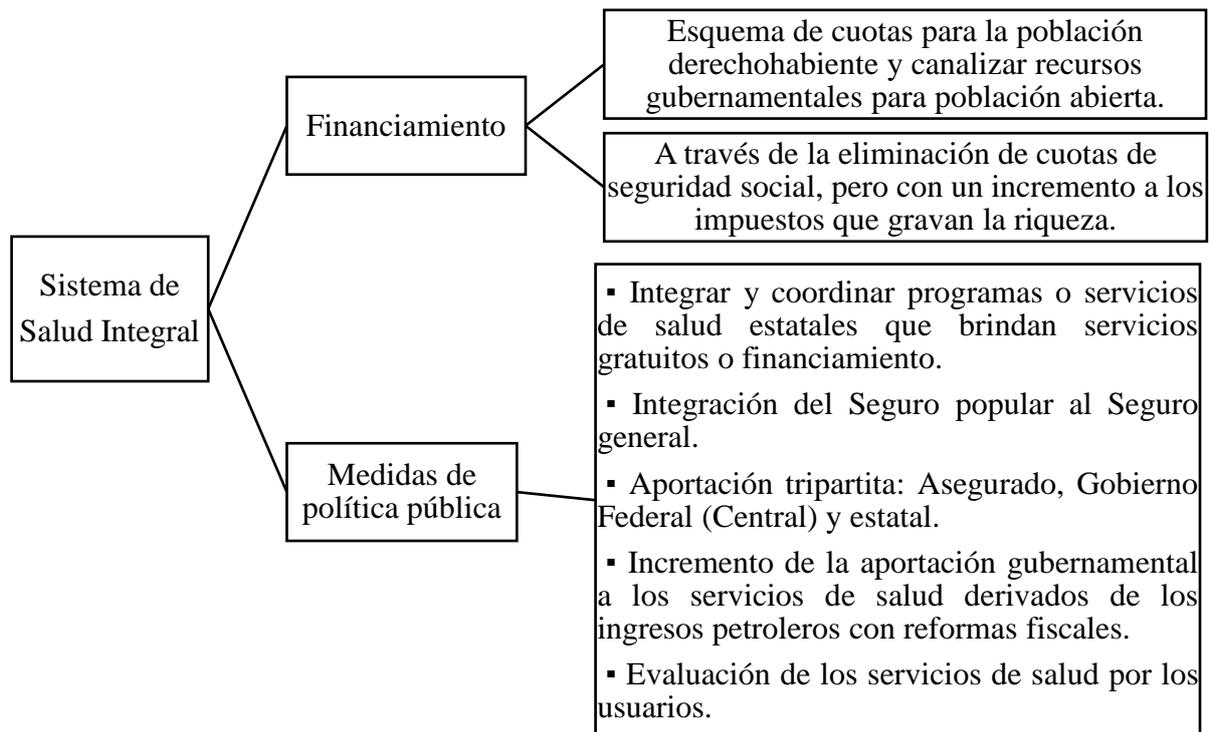
Nota. Se detalla programas exitosos de países que han ampliado la cobertura de los seguros. Elaboración propia, basada en *Informe sobre la salud en el mundo, la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (p.8), por la Organización Mundial de la Salud, 2010

Los programas de Bengala Occidental, Ucrania e India incluyen asistencia primaria y hospitalización.

Sistema de Salud Integral

El equilibrio de gasto en salud de la población abierta y los asegurados garantiza la cobertura universal de los servicios de salud para la población. Según Narro, Moctezuma, & Orozco, (2010) mencionan que el sistema universal se genera mediante dos elementos:

Figura 5 *Medidas de política pública para un Sistema de Salud Integral*



Nota. Se establecen las políticas públicas para un Sistema de Salud Integral. Elaboración propia, basada en *Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social* (p.33), por Narro, Moctezuma, & Orozco, 201

Tabla 5*Resumen de las Principales Teorías y estudios*

Teoría/Estudio	Año	Autor	Aporte
Fundamentación Teórica			
Economía de la Salud	1963	Kenneth Arrow	Contraste a los Teoremas del Bienestar y economía normativa aplicados al mercado de servicios médicos.
Teoría de las Esferas de la Justicia	1983	Michael Walzer	La regulación del mercado sin intervención del Estado.
Teoría de la Higiene Social	1986	A. Serenko y V. Ermakov	Intervención del Estado mediante la economía política.
Teoría del Crecimiento Económico	1998	Rafael Huertas	Políticas sociales en materia de salud y seguridad social.
Fundamentación Empírica			
Marco conceptual para la regulación de seguros de salud	2004	Alejandro Ferreira, Eduardo Saavedra, Gustavo Zuleta	Fundamentos en base a la Teoría del Interés Público, T. Elección Pública y T. Positiva de la Regulación.
Un análisis sistematizado de modelos en América Latina y Europa	2007	Daniela Maseira	Caracterización del sector público y privado en base al financiamiento y gestión.
Un poco de Protección Social: Seguros de Salud	2017	Freddy Llerena, Andrea Pinto y Cristina Pinto	Análisis de los factores económicos que inciden el aseguramiento.
Tasa de cobertura del aseguramiento en salud	2009	Mario López	Cálculo del indicador TAS en base a la Organización Mundial de la Salud para la cobertura universal.
Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social	2010	José Narro, David Moctezuma y Lourdes Orozco	Financiamiento y medidas de Política Pública para un Sistema Integral de Salud.
Financiación de los sistemas de salud	2010	Organización Mundial de la Salud	La Cobertura Sanitaria Universal, políticas y financiamiento y porcentaje de cobertura para la población.
Un análisis al seguro de gastos médicos y su impacto en la economía mexicana	2017	Christian Godínez	Análisis de la cobertura y la importancia de contar con servicios médicos en la población
Agenda 2030 y los ODS	2018	Naciones Unidas	Objetivos para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.
El Mercado asegurador latinoamericano	2019	MAPFRE	Panorama del Mercado asegurador ecuatoriano.

Nota. Resumen de la principal fundamentación teórica y empírica de la investigación.

Marco Normativo

Tabla 6

Resumen de la Normativa

Normativa	Artículos
<p>Constitución de la República del Ecuador</p>	<p>Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula a otros derechos que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales con el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, servicios de promoción y atención integral de salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad y solidaridad.</p> <p>Art. 360.- (...) La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.</p> <p>Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados... La policía nacional y las fuerzas armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.</p>
<p>La Ley Orgánica que Regula a las Compañías de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y que Oferten Coberturas de Seguros de Asistencia Médica</p>	<p>Art. 15.- Financiamiento de servicios: Las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y las de seguros que ofrezcan cobertura de seguros de asistencia médica, deberán estar en capacidad de asumir los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias estipulados;</p> <p>Art. 18.- En materia sanitaria, la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Salud, ejercerá la regulación y control de las compañías en los siguientes ámbitos de acción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Regulación y control de la oportunidad, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, ofertadas. 2.- Regulación y control de la calidad de los servicios prestados a través de plataformas tecnológicas. 3.- Aprobación de periodos de carencia, aplicables para cada uno de los planes programas y modalidades. 4.- Dictar y ejercer el control de los lineamientos y términos de referencia de las prestaciones de salud; 5.- Emitir los dictámenes obligatorios en materia sanitaria previstos en esta Ley. 6.- Ejercer competencia para la determinación y sanción de las faltas administrativas previstas en esta Ley.

Normativa	Artículos
Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico.	<p>Art. 1.- Objeto: Normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.</p> <p>Art. 2.- Ámbito: Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.</p> <p>Art. 3.- Beneficiarios: Los beneficiarios de las prestaciones de salud son: los usuarios/pacientes de los servicios de salud, independientemente de su pertenencia o no a un régimen de aseguramiento.</p> <p>Art. 4.- Cobertura: Incluye las prestaciones de salud de promoción, prevención y morbilidad, según lo dispuesto por la Autoridad Sanitaria Nacional;</p>
Reglamento para Atención de Salud Integral	<p>Art. 5.- La cobertura de las prestaciones de salud se concederán en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Contingencias de enfermedad y maternidad de los afiliados con o sin relación de dependencia laboral, b. Contingencias de enfermedad de las pensionistas, c. Contingencias de enfermedad no profesional de los jubilados por invalidez y vejez, d. Contingencias originadas en accidentes del trabajo o enfermedades profesionales del afiliado, e. Contingencias protegidas por el Seguro Social Campesino, con cargo a dicho Seguro. <p>Art. 6.- Asistencia al sujeto de protección: En caso de enfermedad el sujeto de protección tendrá derecho a la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación.</p>

Nota. Se detalla la normativa respecto a los seguros de asistencia médica en Ecuador. Adaptado de *Constitución de la República del Ecuador* (págs.29-165-168), 2008; *Registro Oficial Suplemento 863*, (págs. 6-8), 2016; *Registro Oficial* (págs.6-8), 2017; *Registro Oficial Suplemento 173* (pág. 4), 2011.

CAPÍTULO II

Metodología

La investigación es de carácter cualitativo y cuantitativo por medio del análisis de aspectos sociales y económicos referentes a los seguros de asistencia médica del Ecuador. El estudio realiza una comparación entre la población que cuenta con financiamiento de asistencia médica y la población que no tiene este seguro. Se establece mediante información documental y estadística que proporcionan las instituciones de este sector.

El alcance de la investigación es descriptivo porque se determinan características específicas del sistema de salud ecuatoriano. También incluye las particularidades del seguro público y privado para la comparación de los mismos. Además, se realiza una recopilación de información de manera conjunta sobre la cobertura para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la cobertura de los seguros de gastos médicos en el Ecuador? y la hipótesis: Los seguros de asistencia médica presentan fallas de mercado, por ende, es necesario la formulación de política pública para ampliar la cobertura en el Ecuador. La identificación y evolución de variables se realiza desde este enfoque, para determinar el comportamiento en el tiempo, en base a las condiciones cambiantes de la de la población.

El método deductivo se aplica en base a la fundamentación teórica y empírica para la investigación. El alcance explicativo se basa en las principales teorías económicas aplicadas al estudio del sector de servicios médicos. Este enfoque permite analizar las causas del problema debido a la estructura del sistema de salud en el país, el mismo que está compuesto por diferentes sectores tanto en su financiamiento como en la prestación de servicios. Al mismo tiempo permite generar conclusiones en base al análisis efectuado.

Los datos serán recopilados de fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) mediante la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) y la Cuenta Satélite de los Servicios de Salud (Anuario de Estadísticas de Salud) correspondientes al periodo 2010-2019. La encuesta es aplicada en todo el país mediante dominios para el levantamiento de información en las ciudades más representativas: Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala, Ambato y resto del país. Las series históricas de la población que cuenta con un régimen de aseguramiento en salud del IESS, ISSFA, ISSPOL o seguros privados están articuladas a las estadísticas proporcionadas por el INEC. La

información estadística correspondiente a los indicadores de salud será extraída de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

La población “Es el conjunto de todas las unidades o elementos que hacen parte de un todo, en este caso: las personas que conforman los hogares y que habitan en las viviendas ubicadas en las áreas urbanas y rurales”. (INEC, 2019). Para el estudio se considera la Población en edad de trabajar (PET), que comprende a todas las personas de 15 años y más.

Metodología para Determinar las Fallas de Mercado

El método que establece (Restrepo & Rojas, 2016), en su obra *La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963)*, determina la comparación entre el funcionamiento de la industria de los servicios de salud y las condiciones de los dos teoremas del bienestar para determinar si se cumplen en la industria de servicios. Existen dos supuestos para determinar un mercado competitivo que son: El cumplimiento de las condiciones y la asignación de recursos.

Tabla 7

El mercado competitivo y las fallas de mercado en salud

Precondiciones que garantizan la eficiencia (Kenneth Arrow)	Determinantes del Mercado competitivo (variables)
	Información perfecta
Existencia del equilibrio competitivo	Bienes privados No hay barreras a la entrada Producto homogéneo Mercados completos
Comerciabilidad de bienes	No externalidades Vector de precios que equilibra todos los mercados.
No rendimientos Crecientes	Rendimientos constantes Libre formación de precios

Nota. La tabla representa las precondiciones de Mercado Competitivo. Tomado de *La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963)* (p.222), por Restrepo & Rojas, 2016, *Lecturas de Economía*.

Metodología para caracterizar al seguro público y privado

La aplicación del método corresponde a un marco de referencia para el análisis comparado de los seguros públicos y privados, considerando la estructura de cada sistema de salud, sus implicaciones en términos de equidad, cohesión social y aseguramiento; y los mecanismos de transferencia y absorción del riesgo entre actores. (Maseira, 2007)

Tabla 8

Comparación del seguro público y privado

Variables
Financiamiento
Red Pública o Complementaria
Relación con servicios de salud
Mecanismos de pago
Copagos (características)
Coordinación con Ministerio de Salud
Paquete de servicios
Selección de riesgos
Gastos catastróficos

Nota. La tabla representa las variables para un análisis vertical del seguro por sectores. Tomado de *Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa* (p.51), por Maseira, 2007.

Metodología para medir la cobertura

La prestación de servicios de asistencia médica corresponde a diferentes instituciones. “Las estimaciones para conocer el número de personas que tienen cobertura o seguro de salud separan a la población asegurada o derechohabiente de la población no asegurada o no derechohabiente” (Godínez, 2017). Estas estimaciones son calculadas en base a la metodología como las personas que realizan aportaciones a las instituciones como el IESS, ISSFA e ISSPOL, censos y encuestas a nivel nacional.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en su manual metodológico define a la cobertura y al seguro de asistencia médica de la siguiente manera:

Cobertura de los Sistemas de Seguros de Salud. Son los datos que corresponden a la población que paga una cuota mensual o periódica.

Seguro de Salud. Es el derecho que tienen o adquieren los miembros del hogar para el cuidado de su salud, sea en centros públicos o privados como son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS que comprende el Seguro General y el Seguro Campesino; Fuerzas Armadas ISSFA; Instituto de Seguridad de la Policía ISSPOL; instituciones privadas, etc., un seguro de salud puede cubrir a los afiliados y a los beneficiarios. (INEC, 2019, pág. 52)

Para el análisis se toma como referencia la población que se encuentra afiliada a un seguro médico según la siguiente clasificación:

Tabla 9

Población y Sistema de aseguramiento

Población	Definición
Asegurada	<p>Es la que tiene acceso a instituciones de seguridad social o por medio de seguros privados.</p> <p>Seguro General: IESS, Seguro general</p> <p>Otro seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IESS, seguro voluntario • Seguro Campesino • Seguro del ISSFA o ISSPOL • Seguro de salud privado con hospitalización • Seguro de salud privado sin hospitalización • AUS (Aseguramiento Universal de la Salud) • Seguros Municipales y de Consejos Provinciales • Seguro M.S.P.
No asegurada	Es la que no está cubierta por un mecanismo de aseguramiento.

Nota. La tabla representa la población y los regímenes de aseguramiento. Adaptado de *Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo Manual del Encuestador* (p.52), por INEC, 2019.

Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud

La tasa de cobertura del aseguramiento en salud se presenta como un indicador de producto con el cual se puede monitorear mediante la proporción de la población que tiene acceso a la prestación del servicio de salud.

Tabla 10

Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud

Indicador	Definición
Definición	TAS_{ijt} : Es la proporción existente entre la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en el régimen de afiliación y la población total, en la unidad espacial de referencia j, en el tiempo t.
Pertinencia	Los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, OMS, buscan conseguir sistemas de salud equitativos, integradores y justos.
Unidad de medida	El indicador está expresado en porcentaje (%).
Fórmula	$TAS_{ijt} = \left(\frac{NAR_{ijt}}{P_{jt}} \right) \times 100$ <p>TAS_{ijt}: es la tasa de cobertura (expresada como porcentaje), del aseguramiento en salud por régimen de afiliación i, en la UER j, en el tiempo t.</p> <p>Variable 1. NAR_{ijt}: es la población (número de habitantes), afiliada al Sistema de seguros de salud en el régimen de afiliación i, en la UER j, en el tiempo t.</p> <p>Variable 2. P_{jt}: es la población (número de habitantes) de la UER j, en la que se está calculando el indicador en el tiempo t.</p>
Estimación	El indicador puede ser estimado para la escala nacional, regional, subregional y local.

Nota. La tabla representa la descripción del indicador TAS. Adaptado de *Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud* (p.1-3), por López, 2009.

Para los análisis respectivos, es importante tener presente que nos son posibles las comparaciones entre los resultados trimestrales o semestrales de un mismo año, siendo lo adecuado la comparación entre trimestres o semestres de los años anteriores o posteriores al

cálculo de la base de datos. Este trato se emplea principalmente por la estacionalidad que pueden presentar los valores del indicador.

El cálculo parte de la disponibilidad de datos oficiales acerca de la población afiliada a un régimen de aseguramiento en salud por parte del INEC. La variable 1 se obtiene sumando la población afiliada y la variable 2 en este caso corresponde a la población total de la muestra. La estimación se determina cuando se divide el valor de la variable 1 para el de la variable 2 y el resultado se multiplica por 100.

$$0 \leq TAS_{ijt} \leq 100$$

Análisis del indicador:

$TAS_{ijt} = 0$: Cuando no hay población afiliada en el régimen de seguros de salud i .

ΔTAS_{ijt} : Cuando la población afiliada en el régimen i es mayor.

$TAS_{ijt} = 100$: Cuando toda la población de la *UER* se encuentra afiliada al sistema de seguros de salud i .

La presentación de los datos se puede realizar en una tabla, en las filas se detalla el régimen de aseguramiento que se considera en los datos. En las columnas, las variables (1) y (2), para obtener el valor del indicador. La primera corresponde a la población afiliada al sistema de seguros de salud, la segunda a la población residente en la *UER* y finalmente, una que contiene el cálculo del indicador. Para facilitar la interpretación de los resultados en distintos períodos de tiempo, se puede emplear una representación gráfica que permite evidenciar diferencias significativas entre los valores del indicador en el tiempo.

CAPÍTULO III

Análisis y Discusión de Resultados

Principales resultados

En este capítulo se obtienen y analizan los resultados del estudio para la identificación de fallas de mercado, comparación del régimen de aseguramiento en salud público y privado. Además, se determina los resultados del cálculo de la Tasa de aseguramiento en salud del Ecuador para su respectiva discusión. La misma que es en base a las políticas de Cobertura Universal establecidas por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, para mejorar las condiciones de vida de la población y el acceso a los sistemas de salud con mecanismos de financiamiento.

Las fallas de mercado son circunstancias negativas que se presentan en el funcionamiento del mercado, cuando no se obtiene los resultados planteados por la teoría. Estos aspectos se refieren a los precios, condiciones de oferta y demanda con las cantidades transadas, beneficios sociales y otras consecuencias que se desarrollan en un escenario no competitivo. Las principales características que inciden en la asignación eficiente del sector salud enfocado en los seguros de asistencia médica corresponden a la asimetría de información, bienes públicos, mercados incompletos y externalidades.

En resumen, la descripción de los regímenes de aseguramiento en salud público y privado se analizan desde los actores del sistema de salud ecuatoriano. Se refiere a un análisis vertical relacionado con el financiamiento, gestión y articulación de instituciones. También se determinan características específicas de la selección de riesgos, paquetes de servicios que contribuyen a mejorar la cobertura universal para la población.

La tasa de cobertura del aseguramiento en salud permite establecer la población que cuenta con un régimen de aseguramiento, correspondiente a la seguridad social u otros mecanismos de aseguramiento que tenga el país. En este caso, es importante establecer el análisis de las variaciones que presenta la tasa en la serie de tiempo que corresponde al periodo 2010 -2019.

Resultados de la Identificación de Fallas de Mercado

Las fallas de mercado se establecen mediante los principios de la Teoría del Bienestar, para dar respuesta al objetivo específico número uno donde se identifica los componentes estructurales del sistema de salud ecuatoriano y las fallas de mercado en cuanto a la regulación de los seguros.

Tabla 11

Las fallas de mercado en el sector salud

Precondiciones de la eficiencia (Kenneth Arrow)	Visión del Mercado competitivo	Visión de las fallas de mercado
Equilibrio competitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Información perfecta • Bienes privados • No hay barreras a la entrada • Producto homogéneo 	<ul style="list-style-type: none"> • Asimetrías de información (servicio). • El Estado como productor de bienes públicos. • Barreras de entrada para los profesionales. • Heterogeneidad en la cobertura.
Comerciabilidad de bienes	<ul style="list-style-type: none"> • Mercados completos • No externalidades • Vector de precios que equilibra los mercados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mercados incompletos • Externalidades respecto a riesgos • Precios establecidos por la tarificación.
Rendimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimientos constantes • Libre formación de precios 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimientos crecientes por la seguridad social. • Discriminación de precios mediante tarifarios.

Nota. La tabla representa las Fallas de mercado correspondientes al sector de los servicios de asistencia médica. Adaptado de *La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963)* (p.222), por Restrepo & Rojas, 2016, Lecturas de Economía.

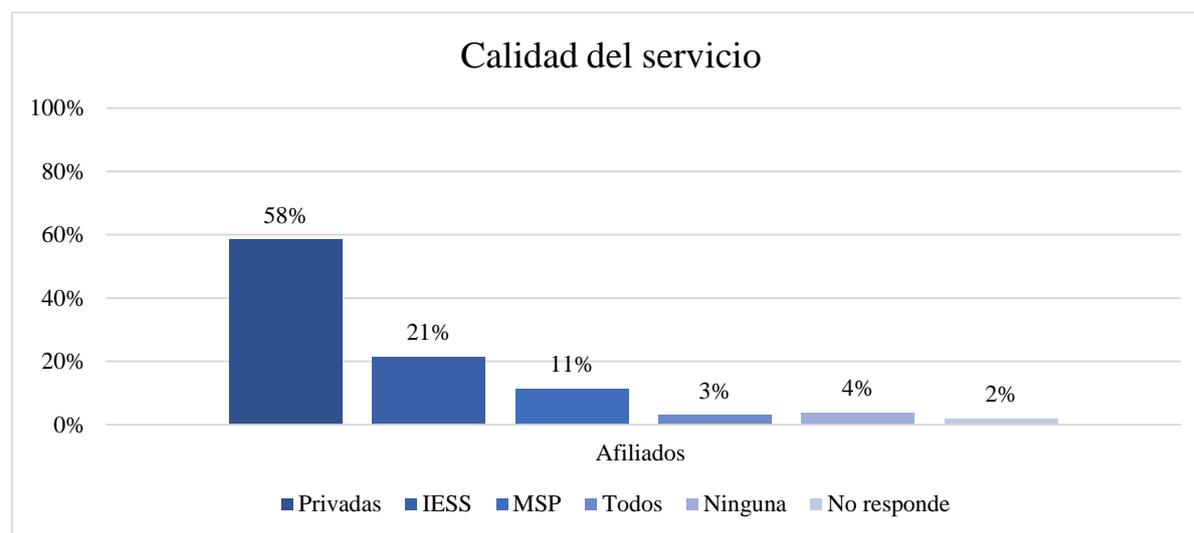
1. Asimetría de información

La asimetría de información nace de la mayor información que poseen los oferentes en los mercados de seguros cuando estos tienen más información que la que razonablemente pueden conocer y/o asimilar los usuarios del sistema. En particular al mercado de los seguros de salud, la información respecto de los planes ofertados y, fundamentalmente, respecto de la calidad del servicio asociada a dichos planes, como por ejemplo la prontitud, efectividad y probabilidad de pago del servicio de salud prestado, la solvencia económico-financiera del asegurador, etc. (Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004, pág. 22)

La asimetría de información se presenta en a la calidad del servicio con respecto a los planes ofertados. Además, existe una afectación de dos formas, por la información oculta (riesgo del cliente) y las acciones ocultas (prevención). Esto da lugar a la selección adversa, donde los individuos que presentan mayor riesgo son los que participan más en el mercado lo que genera una mayor o menor utilización de los servicios médicos en relación a los que se pueden desarrollar en el mercado competitivo. Por otra parte, las compañías aseguradoras realizan un proceso de selección con el objetivo de identificar a los pacientes más costo efectivos.

Figura 6

¿Quién brinda un mejor servicio?



Nota. La figura representa la calidad del servicio de atención médica en las instituciones de salud. Adaptado de *Encuesta de percepción de usuarios y beneficiarios del del IESS* (p.52) por IESS, 2019.

En este aspecto, la percepción entre los distintos grupos de afiliados establece que el servicio de salud privado es mejor que el servicio de salud del IESS, existe un 37% de

diferencia entre los sectores y los dos son mejores que los ofertados por el Estado mediante el Ministerio de Salud Pública. La Organización Internacional del Trabajo establece: “En el caso del seguro social, la falta de médicos y la carencia de las medicinas que necesitan los beneficiarios sin duda influye en la evaluación que hacen las personas al momento de comparar uno u otro servicio” (PATSS, 2020, pág. 52)

2. Bienes públicos

Los bienes públicos se consideran una falla de mercado, debido a que el consumo por parte de un individuo no reduce de forma real o potencial la cantidad disponible para otro individuo. La sanidad en general se considerada un bien público en el aspecto de la promoción de hábitos saludables y prevención, los mismos que se caracterizan y operan bajo los principios de no exclusión del consumo y no apropiación.

Tabla 12

Establecimientos hospitalarios por sector

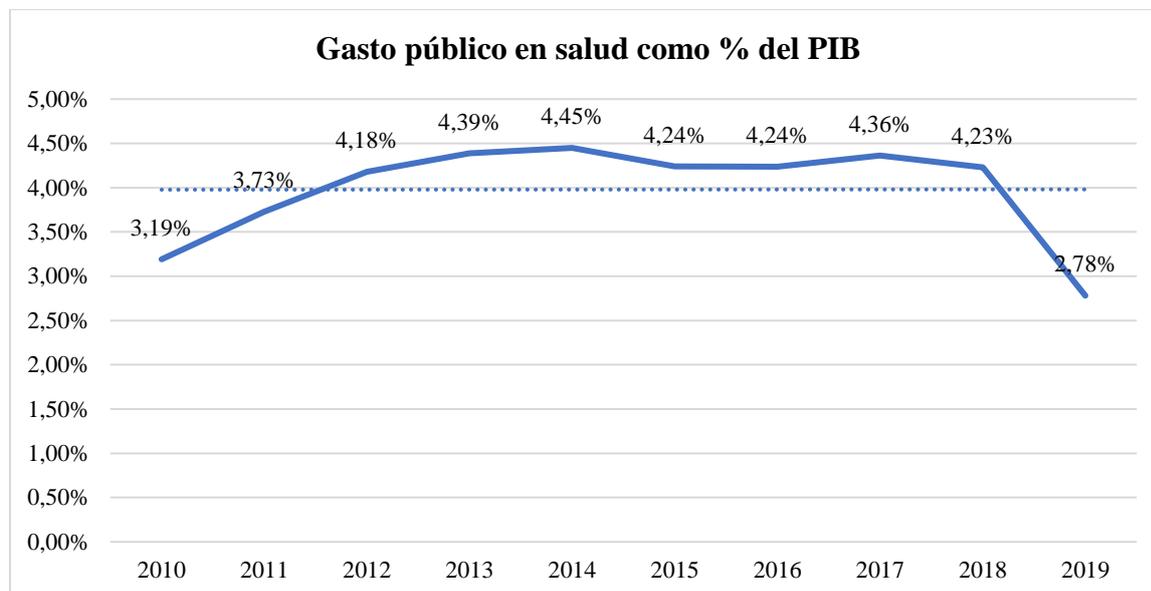
Año	Público	Privado	TOTAL
2010	173	607	780
2011	174	618	792
2012	174	611	785
2013	177	606	783
2014	174	595	769
2015	174	524	698
2016	175	490	665
2017	179	466	645
2018	183	451	634
2019	183	450	633

Nota. La tabla representa el número de establecimientos hospitalarios por sector del período 2010-2019. Adaptado de *Anuario de Estadísticas de Salud* por INEC 2019.

La participación del Estado como productor de un servicio se evidencia en el mercado, debido a sus recursos materiales e infraestructura que presenta. La prestación de servicios respecto a sanidad ha crecido, debido a que se presenta un incremento de 10 establecimientos de salud por parte del gobierno durante el periodo 2010-2019. En la Tabla 12, se evidencia el número de establecimientos del sector público.

Figura 7

Gasto Público en Salud



Nota. El gráfico representa el Gasto Público en salud del Ecuador como porcentaje del PIB. A partir de la *Plataforma de Información en Salud para las Américas PLISA*. (OMS, 2019)

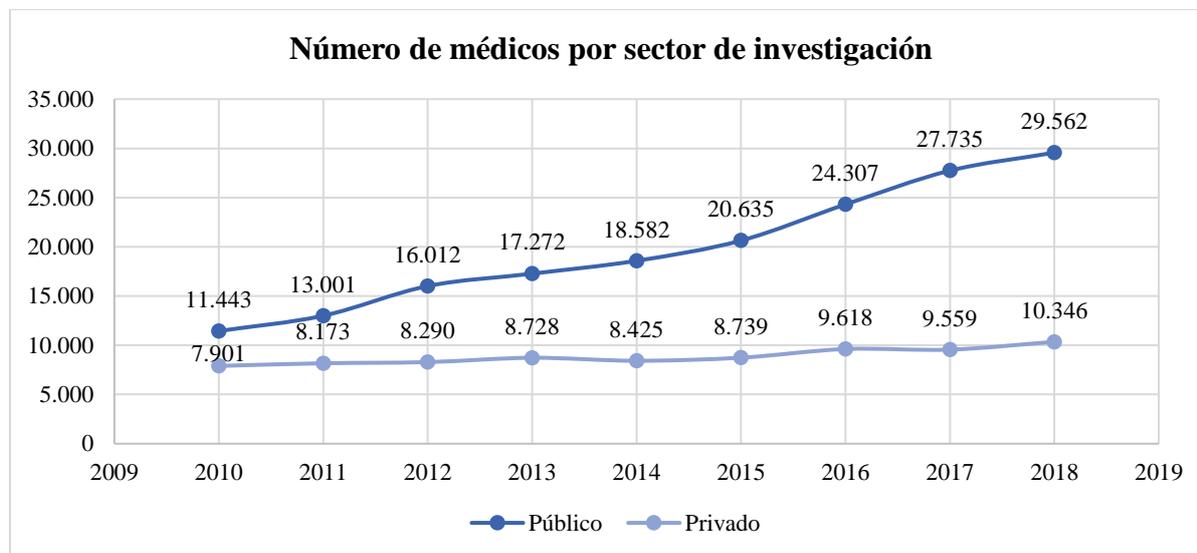
El Estado cumple un rol fundamental en este aspecto porque brinda bienes y servicios financiados por el ahorro colectivo para ofrecerlos en el mercado a precios públicos. El ahorro colectivo se basa en los impuestos que son de carácter obligatorio para cubrir el gasto público. Los precios públicos son contraprestaciones del Estado por ofrecer un servicio igual al del sector privado. En este aspecto, existe una participación activa del Estado en la asignación de recursos desde el año 2012 hasta 2018 es superior al 4% del PIB, como establece la Organización Mundial de la Salud.

3. Barreras de entrada

Las barreras de entrada se orientan en primer lugar a los estándares que exige la profesionalización de los médicos en cuanto a la ética, especialización y responsabilidad en el cuidado de la salud. Sin embargo, esta barrera ha generado una reducción de la oferta para el sector privado como se evidencia en la Figura 8. Phelps y Feldstein mencionan que “... las barreras de entrada a la profesión médica serían más un mecanismo orientado a reducir la oferta e incrementar los ingresos de los médicos, que una medida para velar por la calidad” (Feldstein, 1999, pág. 398).

Figura 8

Médicos por Sector



Nota. El gráfico representa el número de médicos pertenecientes al sector público y privado en Ecuador en el período 2010-2019. A partir del *Anuario de Estadísticas de Salud* (INEC, 2019).

Existe una compleja regulación de la oferta hacia la constitución de establecimientos de servicios médicos o la preparación de los profesionales. Además, se establece que “Por el lado de la oferta se pueden apreciar elementos de no mercado, en particular la presencia de restricciones al ejercicio profesional y la existencia de subsidios a la formación médica” (Restrepo & Rojas, 2016, pág. 223). En este caso los subsidios a la formación se evidencian en la participación de los profesionales en el sector público, debido a que el Estado financia la formación por medio del “Programa de Becas para Fortalecimiento del Talento Humano en Salud” en el año 2013.

4. *Producto heterogéneo*

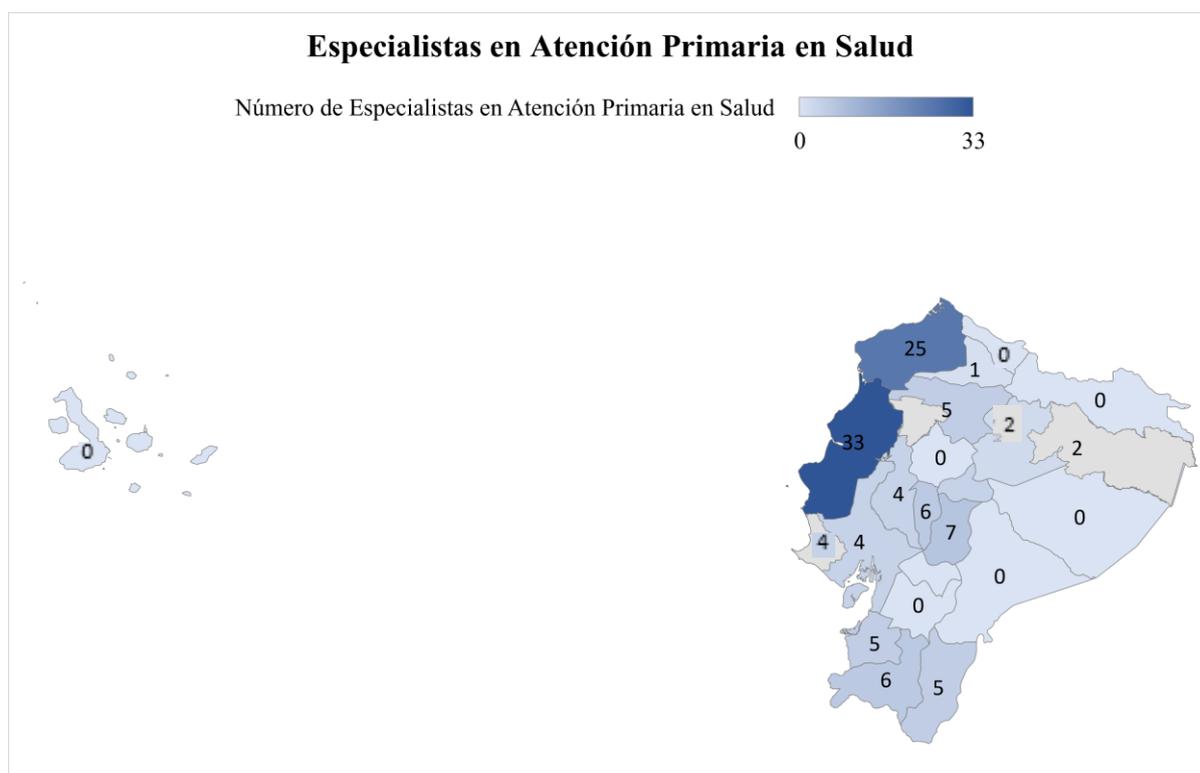
El mercado de los seguros de asistencia médica presenta productos heterogéneos en primera instancia por la segmentación de sectores: público y privado. Además, la estructuración de planes difiere en la cobertura, precio y la calidad de los servicios que pueden ofrecer las aseguradoras. Cada paquete de cobertura corresponde a diferentes tipos de prestaciones en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria (Ver Anexo 2). Los servicios corresponden a diferentes procedimientos que se derivan de las necesidades de la población y riesgo del afiliado.

5. Mercados incompletos

Los mercados incompletos se presentan cuando el mercado no es capaz de suministrar un bien o servicio a pesar de que los consumidores están dispuestos a pagar un alto costo por el mismo. Con respecto a los mercados incompletos, se toma como referencia los especialistas en atención primaria de la salud en la Figura 9, debido a que la atención primaria es considerada como básica y corresponde a un acceso universal.

Figura 9

Especialistas en Atención Primaria en Salud



Nota. El gráfico representa el número de especialistas en Atención Primaria en Salud en Ecuador. A partir del *Anuario de Estadísticas de Salud* (INEC, 2019).

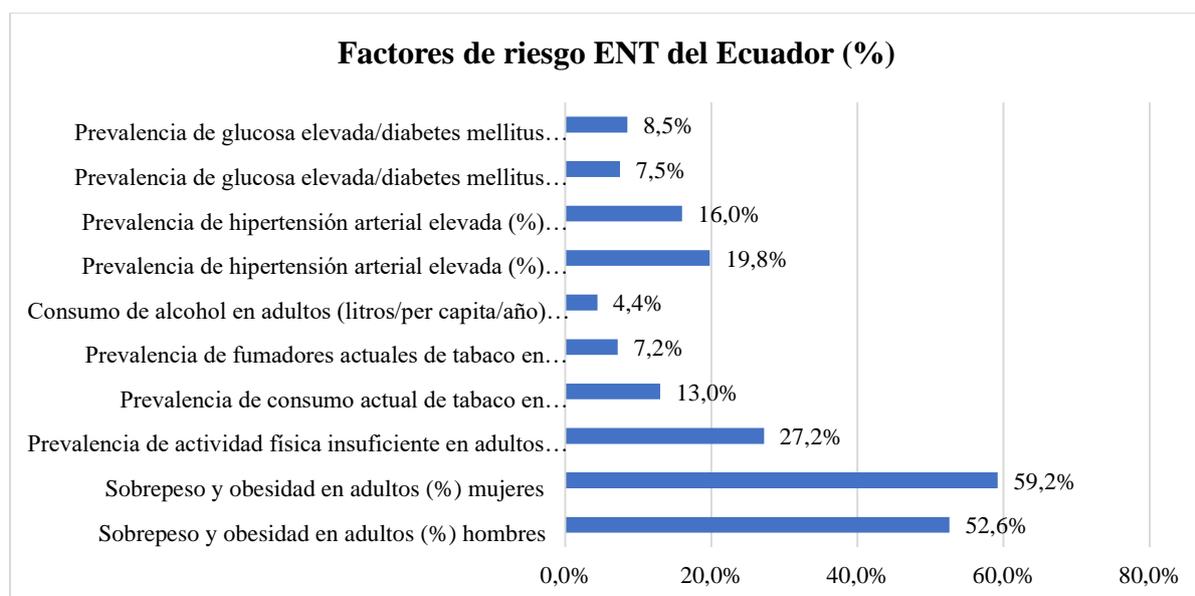
En este aspecto, se determina que los especialistas en atención primaria tienen una mayor concentración en las provincias de la Costa, la mayor parte de especialistas corresponde a las provincias de Manabí 33 y Esmeraldas 25 profesionales. Por otra parte, en algunas provincias de la Sierra y Amazonía existe una menor oferta, en la región Insular no existen especialistas para la atención en este nivel. Se considera un mercado incompleto porque el Primer Nivel de Atención corresponde al más cercano a la población, de ahí se deriva a los usuarios dentro del Sistema Nacional de Salud y no existen este tipo de especialistas en 9 provincias.

6. Externalidades y restricciones sociales

Las externalidades corresponden a los principales riesgos y condiciones de vida de la población.

Figura 10

Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Ecuador



Nota. El gráfico representa los principales factores de riesgo relacionados con cuidados de prevención en Ecuador como porcentaje del PIB. A partir de la *Plataforma de Información en Salud para las Américas PLISA*. (OMS, 2019)

Las principales externalidades se evidencian en los riesgos referentes a los indicadores de obesidad tanto en hombres como en mujeres que superan el 50%, además la falta de actividad física que presenta un 27,2% estos aspectos reflejan la falta de información y riesgo moral derivados de la asimetría de información que existe en la población respecto a los cuidados preventivos. En referencia a lo mencionado por La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963):

Por una parte, hay presencia de riesgo moral cuando el individuo está asegurado y, dada la relación intrínseca entre la probabilidad de contraer una enfermedad y la actitud del asegurado respecto a la prevención, hay una mayor (o menor) utilización de servicios médicos de la que habría en condiciones de mercado competitivo. (Restrepo & Rojas, 2016, pág. 224)

7. Imposibilidad de exigir precios justos

La imposibilidad de establecer precios justos se deriva de los mecanismos que las empresas emplean para reducir sus costos de producción. El Marco conceptual para la regulación de seguros de salud establece que “Los mecanismos de tarificación más utilizados en la práctica son básicamente tres: regulación por costo de servicio, regulación por precios máximos (price cap), y regulación por menú de incentivos (regulación óptima)” (Ferreira, Saavedra, & Zuleta, 2004, pág. 10). La regulación por costo de servicio que no genera incentivos a reducir costos, porque cualquier ganancia en eficiencia beneficiaría a los consumidores. La regulación por precios máximos genera elevados incentivos a la reducción de costos y mayores rentas para las aseguradoras. La regulación óptima genera beneficios iguales de la reducción de costos, para las empresas y para los consumidores.

El tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores.

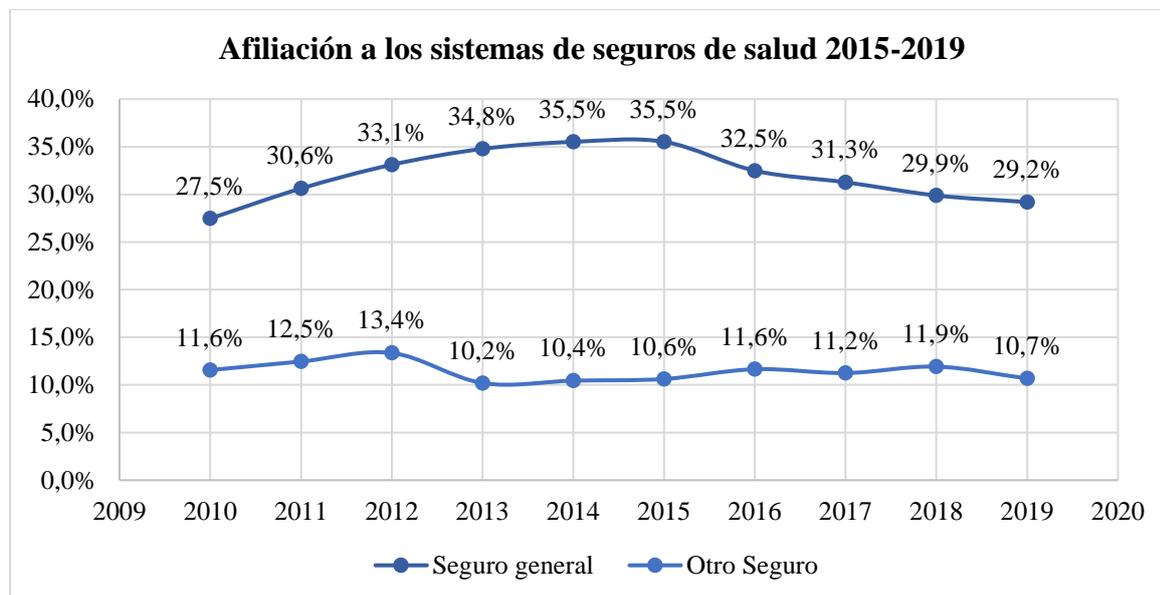
El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos que permite establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud. La aplicación del tarifario contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención y del gasto. (Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928, 2014, pág. 10)

8. Rendimientos crecientes

Cuando existe la producción con rendimientos crecientes el mercado expulsa a las empresas más pequeñas (debido a sus precios), en este caso las empresas más grandes mantienen sus costos y se genera un monopolio. El mercado de los servicios médicos con respecto a los seguros está determinado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (plan de seguro único), porque tiene el mayor porcentaje de afiliación, el 2019 alcanzó el 29,2% de la población en relación al sector privado y otros que alcanzan el 10%.

Figura 11

Porcentaje de Afiliación a seguros de salud



Nota. El gráfico representa el porcentaje de afiliación a los seguros de salud en Ecuador. A partir de la *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo* (INEC, 2019).

Respecto a lo mencionado, los países de ingreso medio van a generar mayor inversión en el campo de la salud con el objetivo de que la calidad de la población mejore. Las estrategias para obtener mayores beneficios en este sector. Stiglitz (1999) menciona que la política sanitaria se reforma mediante “(a) recursos limitados, (b) limitada capacidad de focalización por ingresos, y (c) mercados de seguros limitados para manejar los grandes riesgos asociados con la atención médica” (p.17). El Estado contribuye a reducir los riesgos, sin embargo, la seguridad social genera selección adversa porque el afiliado no puede elegir el tipo de seguro y la cobertura.

9. Discriminación de precios

La discriminación de precios corresponde a los cambios que puede presentar las prestaciones en salud, respecto a características que requieren los diferentes procedimientos. El Tarifario de prestaciones para el Sistema nacional de Salud en el Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928 (2014) establece que: Se utilizan modificadores generales para indicar que el costo del procedimiento o actividad ha sido alterado por una circunstancia específica respecto a los servicios institucionales y servicios profesionales médicos, y son: Variación geográfica, calidad, emergencia y alto nivel de complejidad. Los valores que presentan variaciones se detallan en las Tablas 13,14,15 y 16.

Tabla 13*Modificador por variación geográfica*

Región	Incremento	Servicios
Costa Oriente	2%	Servicio de habitación Sala de trasplante, cuidados intensivos, cuidados intermedios, de quemados, de urgencias y emergencias, de cirugía, salas para procedimientos de mediana complejidad y alta complejidad, de recuperación, de parto y recién nacido.
Insular	10%	Servicios institucionales y servicios profesionales médicos.

Nota. Adaptado de *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud* (Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928, 2014)

Tabla 14*Modificador de calidad*

Nivel I		Nivel II		Nivel III	
% Adicional	Puntaje	% Adicional	Puntaje	% Adicional	Puntaje
-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%	-5%	70 a 84%
1%	85 a 89%	1%	85 a 89%	1%	85 a 89%
3%	90 a 94%	3%	90 a 94%	3%	90 a 94%
5%	95 a 100%	5%	95 a 100%	5%	95 a 100%

Nota. Adaptado de *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud* (Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928, 2014)

Tabla 15*Modificador por emergencia*

Descripción	Hospitales Nivel de atención II	Hospitales Nivel de atención III
Servicios profesionales médicos	10%	10%

Nota. Adaptado de *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud* (Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928, 2014)

Tabla 16*Modificador por alto nivel de complejidad*

Descripción	Porcentaje que se agrega
Servicios profesionales de alta complejidad	5%
Atención por parte de enfermería	50% por turno del honorario médico

Nota. Adaptado de *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud* (Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928, 2014)

Resultados de la evaluación comparativa

Para dar respuesta al objetivo específico número dos, realizar una tabla comparativa entre el seguro de asistencia médica público y privado, se establece las principales características de cada régimen de aseguramiento con un análisis basado en la gestión, financiamiento y la relación entre instituciones de los dos sectores.

Tabla 17

Comparación del seguro público y privado

Régimen de Aseguramiento	Público	Privado
<i>1. Financiamiento</i>	1. Estado 2. Patronos 3. Aporte de los Trabajadores	1. Recursos propios. 2. Aportes de los afiliados. 3. Empréstitos y medios de financiamiento societario.
<i>2. Red pública o complementaria</i>	Red Pública de Salud	Red Complementaria de Salud
<i>3. Relación con los servicios de salud</i>	Públicos: Contratos – Facturación. Privados sin fines de lucro: Contratos – Facturación. Privados con fines de lucro: Contratos – Facturación.	Públicos: Contratos – Facturación. Privados sin fines de lucro: Contratos – Facturación. Privados con fines de lucro: Contratos – Facturación.
<i>4. Mecanismos de pago</i>	Públicos: Pago por diagnóstico e intervencionismo. Privados: Pago por diagnóstico e intervencionismo.	Públicos: Pago por diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento. Privados: Pago por diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento.

Régimen de Aseguramiento	Público	Privado
5. <i>Copago</i>	No: Los aseguradores no reconocerán copagos, ni cuotas moderadoras.	Sí: Los contratos incluyen las prestaciones sanitarias sujetas a esta modalidad.
6. <i>Coordinación con el MSP</i>	Sí: Reglamento para Atención de Salud Integral y en Red de los Asegurados.	Sí: Ley que Regula Compañías de Salud Prepagada y de Asistencia Médica.
7. <i>Paquete de servicios</i>	Primaria	Primaria
	Secundaria	Secundaria
	Terciaria	Terciaria
8. <i>Selección de riesgos</i>	Sí: Identificación de la situación de salud y riesgos de los afiliados y beneficiarios con derecho por zona geográfica de adscripción.	Sí: En caso de condiciones preexistentes.
9. <i>Gastos catastróficos</i>	Sí: Respecto a tratamientos de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.	Sí: De acuerdo a los aportes, cuotas o primas del plan contratado.

Nota. La tabla representa un análisis vertical de los regímenes de aseguramiento en el Ecuador.

1. Financiamiento: Fuentes de ingreso de los regímenes de aseguramiento.
2. Red pública o complementaria: Sector al que pertenece.
3. Relación con los servicios de salud: Capacidad institucional para gestionar los servicios de salud.
4. Mecanismos de pago: Instrumentos de control y transferencia de riesgos.
5. Copago: Porcentaje de la prestación que asume el asegurado.
6. Coordinación con el MSP: Control y articulación con instituciones gubernamentales.
7. Paquete de servicios: Niveles de atención que incluyen los servicios.
8. Selección de riesgos: Identificación de riesgos de los asegurados o clientes.
9. Gastos catastróficos: Gastos vinculados a problemas de salud pública.

El análisis vertical permite determinar las principales características de los regímenes de aseguramiento establecidos en el Ecuador, el primero corresponde al sector público o también denominado como seguridad social y el segundo referente al sector privado, es decir, las compañías que ofertan seguros de asistencia médica y pertenecen a la red de salud complementaria. Cada modalidad de aseguramiento presenta métodos de financiamiento, mecanismos de relación con las demás instituciones de la red de salud y la formación de su cartera de servicios en base a la evaluación de riesgos que se identifican en los grupos de población.

La principal diferencia que existe en las dos formas de aseguramiento es la del financiamiento, debido a que en el sector público existe un aporte del Estado para que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social pueda garantizar sus prestaciones a los asegurados. Además, el gasto es distribuido en porcentajes respecto a los aportes de los trabajadores y el aporte patronal. En el caso de las compañías que ofrecen seguros de salud y pertenecen al sector privado, el financiamiento es propio y el Estado no puede intervenir con aportes económicos para el desarrollo de sus operaciones.

En el aspecto de gestión y articulación con otras instituciones de la red de salud, los dos modelos de aseguramiento presentan una relación por las derivaciones. Para este aspecto en el año 2017 se emite la Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico. Su publicación en el Registro Oficial pretende garantizar las prestaciones de salud en beneficio de los asegurados y fortalecer la red de servicios.

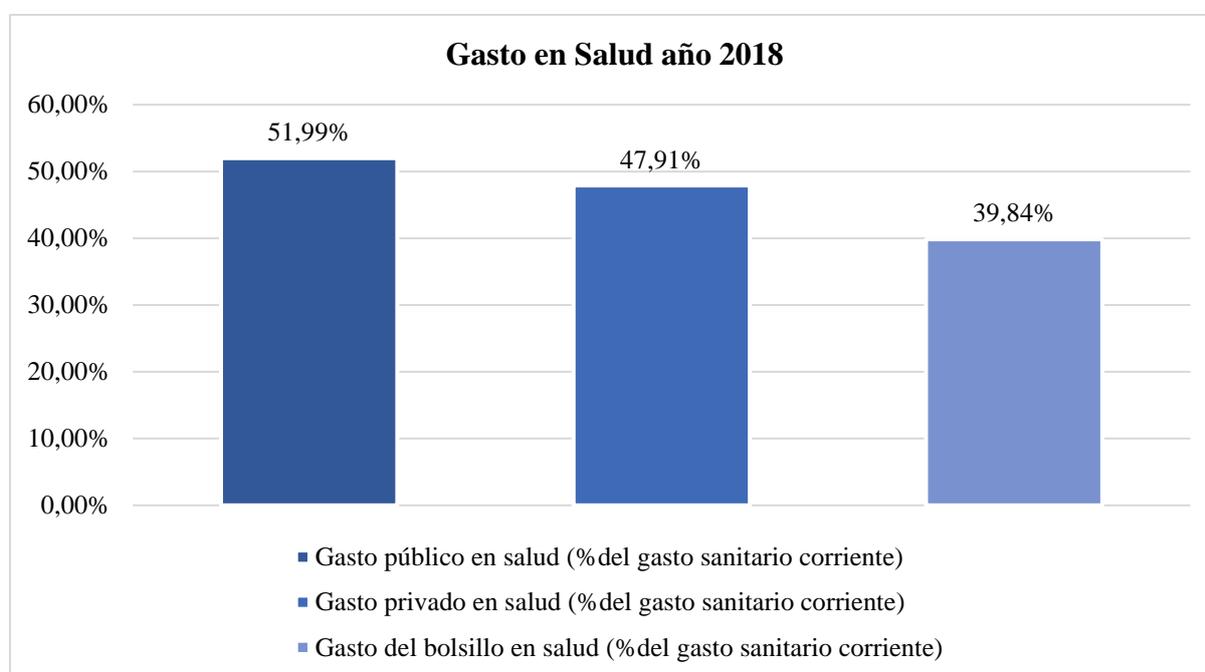
Respecto a la formación del paquete de servicios, los regímenes de aseguramiento se basan en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, existe una selección de riesgos en la seguridad social se clasifican los riesgos en base a la ubicación geográfica en el proceso de diagnóstico. Por otra parte, las compañías privadas presentan una selección de riesgos respecto a las situaciones de salud de preexistencia, las mismas que pueden cambiar el valor de los seguros y la cobertura.

1. Financiamiento

En el Ecuador el seguro social está financiado desde un modelo tripartita, donde el aporte es de los asegurados, el patrono y el Estado. En el sector privado las aseguradoras establecen como fuentes de financiamiento los recursos propios que provienen de capital social, utilidades y las reservas; los aportes que los afiliados realizan voluntariamente y otros medios de financiamiento basados en empréstitos. La Ley que Regula Compañías de Salud prepagada y de Asistencia Médica (2016), establece que el Estado no puede financiar o intervenir de forma económica en un rescate financiero de las compañías privadas.

Figura 12

Financiamiento de los sistemas de Salud



Nota. El gráfico representa el Gasto en Salud del Ecuador como porcentaje del gasto en salud corriente. A partir de la *Plataforma de Información en Salud para las Américas PLISA*. (OMS, 2019).

Para el análisis se hace referencia el porcentaje del gasto sanitario corriente público ya que de este se derivan las aportaciones al seguro social, infraestructura, compra de bienes y servicios. En referencia, la OMS menciona que el gobierno se hace cargo del 51%, “El gasto sanitario se compone de gasto público, pagos directos (esto es, los pagos realizados por las personas para sufragar los costos de la atención recibida) y fuentes como el seguro médico voluntario, los programas de salud proporcionados por los empleadores y las actividades de las organizaciones no gubernamentales”. (Organización Mundial de la Salud, 2020). En este caso si se cumple, debido a que el aporte del gobierno es del 52%.

2. Red pública o complementaria

En el Ecuador el sistema de salud está determinado por el sector público y privado, sin embargo, la seguridad social corresponde a la red pública de salud. Por otra parte, las compañías de salud prepagada y de asistencia médica son reconocidas en la red complementaria de salud. Aunque cada régimen de aseguramiento corresponde a diferentes sectores, existe articulación para mejorar la calidad en la atención.

3. Relación con los servicios de salud

La Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red pública integral de salud y de la Red privada complementaria, y su reconocimiento económico en la Sección 3: De los procesos y sus tiempos menciona que:

El financiador/asegurador entregará el valor económico aprobado en el proceso de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud al prestador y realizará el trámite ante las compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica por el monto de la cobertura conforme al contrato. (Registro Oficial, 2017, pág. 53)

El sistema de facturación y modalidad de contrato entre las instituciones que forman parte de la red de salud corresponde a métodos basados en la gestión de calidad, en caso de derivaciones, con el objetivo de dar cumplimiento a la normativa vigente correspondiente a la auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud.

4. Mecanismos de pago

Los mecanismos de pagos a proveedores de servicios de salud entre las instituciones de la Red de salud pública y complementaria, se realizan mediante procesos de facturación y contratos. Los valores corresponden a cada prestación que se realiza, en base al tarifario establecido para cada procedimiento que requieran los asegurados. Estos mecanismos se han fortalecido mediante el reconocimiento económico de 2017 en el caso de derivaciones.

El régimen de aseguramiento público está definido por dos situaciones, el primero que corresponde al Intervencionismo en los procedimientos de drenaje o punción dirigida por ecografía o tomografía computarizada y otros. El segundo corresponde al Diagnóstico, en los

casos de endoscopía, electrocardiograma y electroencefalograma. En el régimen de aseguramiento privado se derivan los procesos de diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento que forman parte de un tratamiento integral de salud en cuanto a las prestaciones.

5. *Copago*

En referencia a los copagos, corresponden a un valor que debe asumir el asegurado por una prestación realizada. El régimen de aseguramiento público no reconoce estos valores debido a que los financiadores no tienen esta modalidad al igual que las cuotas moderadoras. Sin embargo, las compañías privadas tienen las prestaciones sanitarias sujetas a la modalidad de copago, en base a los porcentajes que debe cubrir el contratante. En este caso, la segunda modalidad debe cubrir los valores de desembolso en sesenta días a los pagos realizados por el usuario.

En el primer caso, el IESS no reconoce los copagos, debido a que no tiene esta modalidad y el seguro social cubre todos los valores correspondientes a la prestación, por ende, no hay una contraparte del asegurado. Sin embargo, en el régimen de aseguramiento privado la Ley que Regula Compañías de Salud prepagada y de Asistencia Médica si reconoce los copagos para este sector.

6. *Coordinación con el MSP*

Los dos sistemas de aseguramiento están normados por la autoridad máxima de Salud, el Ministerio de Salud Pública emitió la "Norma Técnica de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico", por medio del Acuerdo Ministerial No. 137, publicado en el Registro Oficial No. 835 el 17 de enero de 2017. En este aspecto el acuerdo también se fundamenta en la Constitución, el artículo 370 acerca del seguro general obligatorio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y en la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financian Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica.

7. *Paquete de servicios*

Las dos modalidades de aseguramiento brindan un paquete de servicios basados en la modalidad de pagos para una atención integral en salud (Ver Anexo 2). El mismo que debe incluir: promoción y prevención de morbilidad, dispuesto por la Autoridad en Salud Nacional.

Además, estos intervienen en casos de emergencia, ambulatorio, procedimiento prehospitalarios y rehabilitación. Los paquetes se basan en las tres modalidades de atención:

Figura 13

Niveles de atención en salud

Atención primaria	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
Atención secundaria	<ul style="list-style-type: none">• Atención ambulatoria especializada y cirugía ambulatoria.
Atención terciaria	<ul style="list-style-type: none">• Atención ambulatoria, hospitalización y procedimientos especializados

Nota. Adaptado de *Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema nacional de Salud*, (Registro Oficial No.428, 2015).

8. Selección de riesgos

El régimen de aseguramiento correspondiente a la seguridad social identifica los riesgos y la situación de salud de los afiliados en base a la zona geográfica de adscripción mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS) que determina las vías de acceso, y tiempos para movilizarse a la unidad de salud, la movilidad de las personas y los hábitos de atención empleados. Este análisis permite conocer las condiciones de vida, trabajo y el nivel que existe de salud en una determinada población.

Enfoque de salud integral: El equipo de salud aplicará un enfoque integral, sistémico y holístico de la salud para la atención de la familia y del individuo de acuerdo al ciclo de vida. Inicia en el primer nivel de atención con la cartera de servicios normada para cada grupo de edad y perfil de riesgo; y así, de igual manera para los otros niveles. (Registro Oficial Suplemento 173 , 2011, pág. 14)

En el régimen de aseguramiento privado considera a las preexistencias como cualquier condición de salud que haya sido conocida por el usuario y diagnosticada antes de la suscripción del contrato. Estas condiciones son reconocidas como riesgos e influyen en el monto de la cobertura, el mismo que puede ser ampliado de acuerdo libre entre las partes. De esta forma:

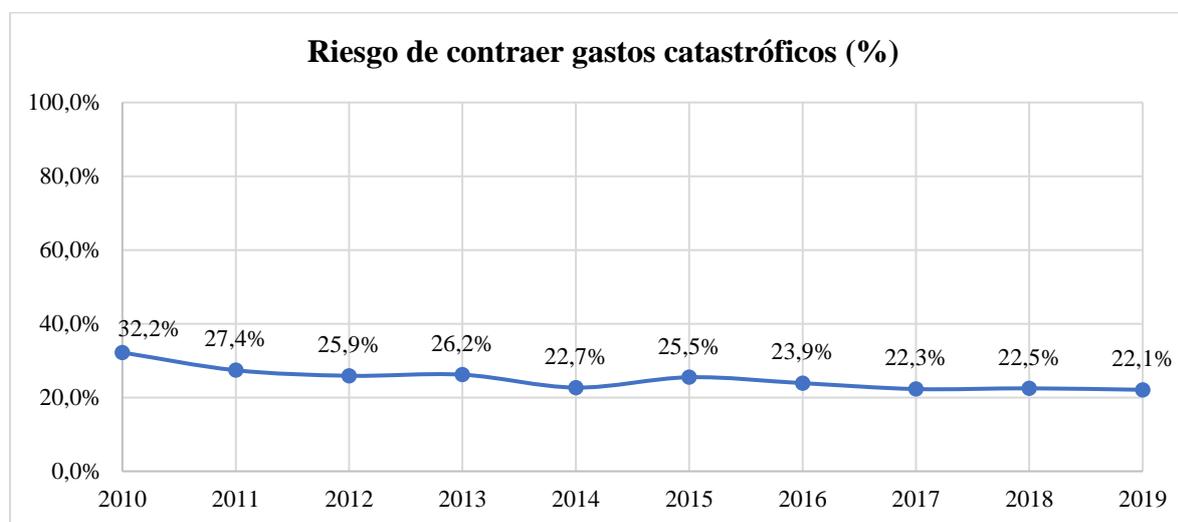
En los contratos con cobertura de enfermedades preexistentes, el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o asegurado recibirá, desde el momento de la contratación, cobertura de las prestaciones que no sean parte de la preexistencia. (Registro Oficial Suplemento 863, 2016, pág. 13).

9. Gastos catastróficos

Los gastos catastróficos en el aseguramiento público corresponden a las prestaciones cubiertas, en base a la "Guía de Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la Seguridad Social, con enfoque al Asegurado del IESS y en Red Plural", que menciona el tratamiento para enfermedades catastróficas que son reconocidas por el Estado como problemas de salud pública, garantizando el acceso a la atención en salud. El régimen de aseguramiento privado también cubre los gastos catastróficos en base al plan contratado, en caso de que se suscitan situaciones referentes a estos gastos no pueden realizar incrementos a las tarifas de los planes contratados.

Figura 14

Riesgo de contraer gastos catastróficos



Nota. El gráfico representa el porcentaje del Riesgo de contraer Gastos catastróficos relacionados con la atención médica en Ecuador como porcentaje del gasto en salud corriente. A partir de (Banco Mundial, 2019).

El riesgo de contraer gastos catastróficos para la población ha disminuido desde el año 2010 que alcanzó el 32,2% hasta el 2019 que disminuyó a 22,1%. Estas cifras determinan en el último año más del 20% de la población experimentan dificultades financieras cuando realizan un gasto directo en salud. Un mecanismo para disminuir estos gastos corresponde a implementar medidas que fortalezcan la cobertura universal y mejorar el bienestar de la población.

Resultados del cálculo de la Tasa de cobertura del aseguramiento en salud

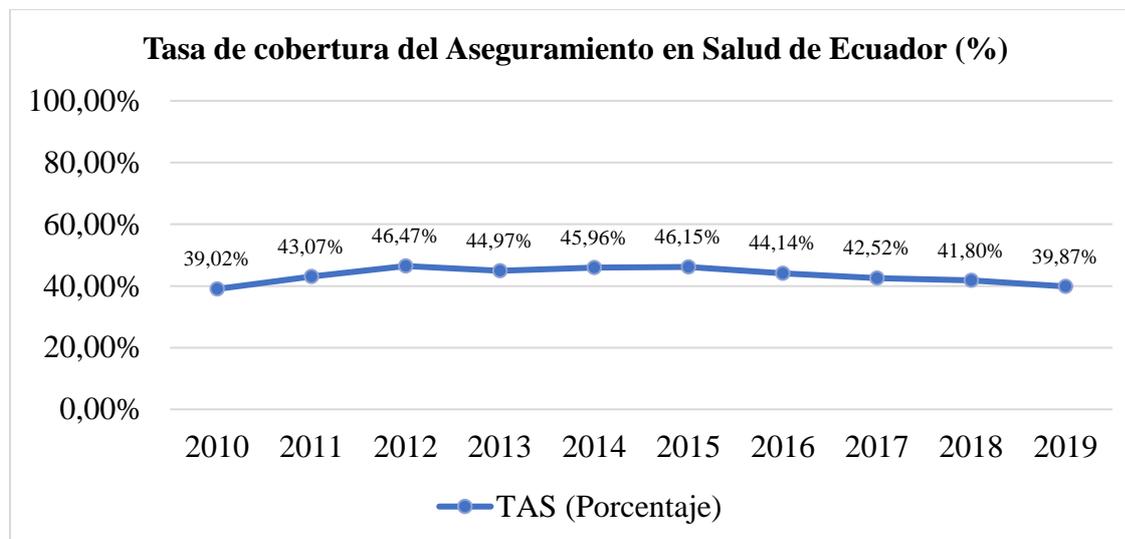
A continuación, se presenta un análisis de la tasa de cobertura del aseguramiento en salud, la misma que indica la proporción que existe entre la población que está afiliada a un régimen de aseguramiento público o privado y la población total (PET), para dar respuesta al objetivo específico número tres. Este indicador determina el nivel de aseguramiento que existe en el país en base al régimen contributivo en salud que existe, considerando la capacidad de pago. En el Ecuador se considera que la Tasa de aseguramiento de la población es menor al 50%.

En el primer régimen de aseguramiento es considerado el Seguro General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, debido a que la población que tienen una vinculación laboral tiene la obligación de afiliarse al IESS. El segundo régimen de aseguramiento corresponde al seguro voluntario y campesino del IESS, Seguro del ISSFA o ISSPOL, Seguro de salud privado con hospitalización y sin hospitalización, el Aseguramiento Universal de la Salud, los Seguros Municipales y de Consejos Provinciales y el Seguro del Ministerio de Salud Pública (PAP) que antes era administrado por el Municipio de Guayaquil (Ver Anexo 3).

En el Ecuador, la Tasa de cobertura del aseguramiento en salud durante el periodo 2010-2019, es inferior al 50% en el año 2010, sin embargo, presenta una tendencia creciente hasta el 2012, donde se evidencia una caída de 2 puntos porcentuales hasta el 2014. En el año 2015 presenta un aumento, recuperando el 46% de aseguramiento. Para los años posteriores la tasa desciende progresivamente hasta el 2019 llegando al 39, 87% en niveles de cobertura.

Figura 15

Cobertura del aseguramiento en salud



Nota. El gráfico representa la Tasa de cobertura del Aseguramiento en Salud de Ecuador en el período 2010-2019. A partir de los datos obtenidos de (INEC, 2019).

A partir del año 2008, la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 360 establece que “La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Además, el MSP recupera la rectoría para el marco normativo y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud, para los actores de la red públicos y privados.

En el 2013 la tasa de cobertura crece de 44,97% a 46,15% en 2015 debido a las reformas implementadas por el gobierno que se establecen a continuación: Fortalecimiento del Talento Humano mediante el programa “Ecuador saludable vuelvo por ti” que al 2013 ha logrado incorporar 760 profesionales del exterior; El fortalecimiento de un Sistema basado en Atención Primaria en Salud: prevención y promoción con la asignación presupuestaria del gasto corriente para este sector con el 51% para el primer nivel de atención y el 40% para el segundo y tercero; El objetivo para 2017 establece que todos los profesionales obtengan la especialización en medicina familiar y comunitaria. En el aspecto de especialización se determina que no se ha cumplido la meta porque la oferta de profesionales en el primer nivel de atención aún no tiene una cobertura nacional como se evidencia en la Figura 9.

Respecto al financiamiento se establecía ampliar la cobertura un 15% mediante la afiliación al IESS, ISSFA e ISSPOL, tomando como fuentes de financiamiento las cotizaciones para salud de los trabajadores afiliados a los seguros públicos. Sin embargo, en referencia a los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad en los seguros de salud ha disminuido en 1,8% desde el 2013 al 2017. Además, en 2014 se incluye un tarifario de prestaciones para el Sistema nacional de Salud. Para el 2017 se emite la Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico, la misma que tiene el objetivo de articular las instituciones y mejorar la calidad de prestación de servicios.

En respuesta a la pregunta de investigación formulada: Los seguros de gastos médicos cubren aproximadamente el 43% en promedio de la población para el período 2010-2019. En el año 2019, (4.944.915) personas cuentan con un régimen de aseguramiento en salud que corresponde a los tres niveles de atención. En este aspecto, podemos ver que la cobertura de los seguros de salud tanto de la modalidad de aseguramiento público y privado no es óptima. La mayor parte de la población cuenta con el seguro del IESS debido al aseguramiento obligatorio establecido en la seguridad social y fracciones de la población corresponden a las otras formas de aseguramiento.

Es necesario la estructuración de financiamiento basada en la mancomunación de fondos con el objetivo de mejorar la transferencia de recursos en el sistema de salud. Además, los procesos regulatorios también han contribuido a la ampliación de servicios en el sector privado, sin embargo, la tasa de cobertura del aseguramiento en salud se mantiene inferior al 50% durante el periodo de tiempo estudiado.

Según la hipótesis planteada dentro de la investigación: Los seguros de asistencia médica presentan fallas de mercado, por ende, es necesario la formulación de política pública para ampliar la cobertura en el Ecuador. Por lo cual, se acepta la hipótesis, porque se determina que si existen fallas de mercado en contraste a los Teoremas del Bienestar aplicado a la oferta de servicios médicos por Kenneth Arrow (1963). Las principales características que presenta el mercado de servicios médicos ecuatoriano corresponden a la asimetría de información, bienes públicos, mercados incompletos y externalidades. Por lo cual, es necesario la formulación de política pública enfocada en el financiamiento para mejorar la accesibilidad de la población.

CAPÍTULO IV

Conclusiones

- El sistema de salud ecuatoriano está conformado por dos sectores que corresponden al público y privado. El primero se financia mediante contribuciones del gobierno, aportes de los trabajadores y aportes patronales, fondos que son invertidos en establecimientos de salud y dispensarios del Ministerio de Salud, municipalidades, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional. Estas instituciones brindan sus servicios médicos a la población con capacidad de pago, con menos recursos, miembros de las fuerzas armadas, policía y trabajadores. Por otra parte, el sector privado, se financia de los hogares, fuentes externas y contribuciones patronales que se derivan en seguros. Sus proveedores son privados con y sin fines de lucro mediante contratos con el IESS, ISSFA e ISSPOL, además los usuarios pertenecen a la población con capacidad de pago y sin seguridad social.

- El mercado de los seguros de asistencia médica presenta fallas respecto a las precondiciones del equilibrio competitivo, comerciabilidad de bienes y rendimientos, que son las siguientes:

En la primera se evidencia Asimetría de información respecto a la calidad del servicio, en el 2019 las compañías de salud privada brindan un mejor servicio alcanzando el 58% a diferencia de los establecimientos del IESS con el 21%, en este aspecto se incluye la Heterogeneidad del producto por sectores y niveles de atención. Por otra parte, los Bienes públicos producidos por el Estado con una inversión aproximada del 4% genera Barreras de entrada y reducción de la oferta para el sector privado.

Respecto a la segunda precondición se encuentran Mercados incompletos por la falta de profesionales en atención primaria; Externalidades respecto a la prevención, donde los factores de riesgo superan el 50% y la Imposibilidad de exigir precios justos, debido a la tarificación por el techo máximo del valor.

En el tercer aspecto se evidencia rendimientos crecientes formados por la Seguridad Social que cubren el 29,2% respecto de otros seguros que alcanzan el 10,7% y la Discriminación de precios en base a la variación geográfica, calidad, emergencia y nivel de complejidad.

- El régimen de aseguramiento público pertenece a la Red Pública de Salud y el privado a la Red Complementaria, los dos presentan un financiamiento diferente debido a que el primero es Tripartita y el segundo mediante recursos propios, aportes de afiliados y empréstitos. En el año 2018 el gasto público fue de 51,9%, como porcentaje del gasto sanitario corriente, se evidencia que la seguridad social se ha beneficiado de los aportes del gobierno. Los dos seguros están regulados por el MSP y tienen relación con los servicios de los dos sectores, mediante contratos y facturación en los procesos de diagnóstico y tratamiento que corresponden a los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. El aseguramiento público identifica los riesgos mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la zona geográfica y las compañías privadas lo hacen por preexistencias. Respecto a los gastos catastróficos, el índice en el Ecuador es del 22.1% en el 2019 y las dos formas de aseguramiento cubren los mismos, debido a que es una política pública para garantizar el acceso a la atención en salud.
- La Tasa de cobertura del Aseguramiento en Salud es del 43% de la población para los años 2010 al 2019, la misma que tiene una evolución debido a las políticas implementadas por el gobierno. Por ejemplo, en el 2013 se incluyen políticas para fortalecer el Talento Humano, la asignación presupuestaria para el primer nivel de atención que corresponde al 51% y el financiamiento mediante la afiliación de trabajadores. Además, en el 2014 se incorpora el tarifario para los servicios médicos y en el 2017 se emite la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico para mejorar la prestación de servicios.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el numeral 3.8 establecen que se debe lograr la Cobertura Sanitaria Universal, que corresponde cubrir al 100% de la población respecto a la protección frente a riesgos financieros y el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, esta meta no se ha cumplido, incluso con las políticas y medidas económicas que ha implementado el gobierno, por ejemplo, destinar el 4% del porcentaje del PIB para este sector, que incluye el aporte al seguro social. Respecto al Programa de financiamiento del sistema de salud se estableció incrementar el número

de afiliados en un 15% para el 2017, sin embargo para ese año el porcentaje de afiliados disminuyó un 2,45%.

- Los países donde toda la población tiene acceso a los servicios de salud han aplicado políticas como: incrementar los niveles de fondos mancomunados alrededor del 5-6% del PIB; incluir contribuciones obligatorias con planes a largo plazo (expansión del prepago, inclusión del seguro comunitario y microseguro) y el fortalecimiento de los fondos mancomunados con administración autónoma.
- La principal limitación de la investigación corresponde al acceso a la información por sectores, la base de datos utilizada establece los regímenes de aseguramiento en general y la metodología establecida por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos.

Recomendaciones

- El sistema de salud ecuatoriano presenta una segmentación de instituciones y un monopolio respecto al aseguramiento del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con los servicios de salud y un seguro único. Por lo que es importante que la población pueda elegir su forma de aseguramiento y el establecimiento donde atenderse mediante el levantamiento de información, estudios y análisis acerca de los beneficios recibidos en relación a los costos asociados de los dos tipos de seguros. De esta manera, mejorarían los servicios para el afiliado, para las empresas de seguros médicos y se optimizaría la distribución de recursos para el sector salud. El gobierno debe ejercer la regulación en los planes de salud, compensación de riesgos, control de calidad, prevención y educación del usuario.
- Las compañías que ofertan seguros de asistencia médica y medicina prepagada deben incluir planes alternativos se seguros, para garantizar el aseguramiento voluntario, mejorar la participación de las aseguradoras en el mercado y brindar una mayor cobertura a la población.

- El Estado deberá establecer políticas públicas dirigidas a nuevos mecanismos de financiamiento, basados en la reducción de pagos directos, el prepago y mancomunación de fondos mediante planes voluntarios, seguros comunitarios y ampliación de la oferta de servicios para reducir el riesgo financiero de la población y mejorar la accesibilidad a los servicios médicos. El gobierno puede establecer planes a largo plazo, mediante la subvención a las primas de seguros con fondos públicos, dirigidas a la población que no cuenta con los ingresos necesarios para adquirir un seguro de salud. De esta forma, se ampliará el acceso a un número mayor de personas reduciendo las barreras de ingreso, los riesgos financieros y se garantizará la cobertura universal.

Países como: Chile, Colombia, Cuba, Brasil y Costa Rica han generado contribuciones obligatorias para las personas que tienen más ingresos con la generación de impuestos o aportes al seguro; de esta forma, el riesgo financiero se reduce porque es compartido entre más individuos. Pudiendo ello, tomarse como referencia para una mejor oferta en el aseguramiento y la calidad de salud de la población. Es importante asegurar a los trabajadores del sector formal porque sus ingresos se pueden identificar, como es el caso de Europa; lo cual reduce los pagos directos y aumenta el gasto combinado. Otro de los casos a tomar referencia, son los Estados Unidos que han generado reformas a los seguros y accesibilidad, además de subvenciones dirigidas a las familias con bajos ingresos para que puedan adquirir un seguro.

- Para investigaciones posteriores, se recomienda el estudio del Programa Gubernamental de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) que fue ejecutado en el año 2006 en el Ecuador. El AUS es un sistema de financiamiento a mediano plazo con el objetivo de cubrir a la totalidad de la población y garantizar el acceso a los servicios de salud.

Bibliografía

- Akerlof, G. (1970). The Market for Lemons. *Quarterly Journal of Economics*, 488-500.
- Arrow, K. (1963). *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LaGenesisDeLaEconomiaDeLaSaludEnKennethArrow1963-5329334.pdf
- Arrow, K., Bernheim, D., Feldstein, M., McFadden, D., Poterba, J., & Solow, R. (2011). "100 años de la American Economic Review: Los 20 artículos más destacados". *Revista de Economía Institucional*, 350 - 351.
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. (23 de julio de 2017). *El Economista, Finanzas personales*. Obtenido de Importancia de un seguro de salud: <https://www.economista.com.mx/finanzaspersonales/Conozca-la-importancia-de-un-seguro-de-salud-20170723-0011.html>
- Baeza, C., & Copetta, C. (1999). *Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud en Chile*. Chile: CLAISS-Universidad de Chile.
- Banco Mundial. (2019). *Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención*.
- Banco Mundial. (2020). *COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL*. Obtenido de Banco Mundial BIRM - AIF: <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#1>
- Cardona, J. (1998). *La salud pública en período de crisis*. Obtenido de Revista Facultad Nacional de Salud Pública: file:///C:/Users/JRCS/Downloads/Dialnet-LaSaludPublicaEnPeriodoDeCrisis-5079517.pdf
- Collazo, M., Cárdenas, J., Gonzáles, R., Miyar, R., Gálvez, A., & Cosme, J. (2001). *La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?* Obtenido de Alcance y aplicación de la economía de la salud: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v12n5/359-365/>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de Asamblea Constituyente: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Cutler, D., Lleras, A., & Vogl, T. (2011). *Handbook of Health Economics*. Kidlington, Oxford: Elsevier Science. Obtenido de Elsevier Science.
- Elizondo, C. (6 de diciembre de 2006). *El derecho a la protección de la salud*. Obtenido de Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC, México.: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a10v49n2.pdf>
- Encuesta Nacional a afiliados y jubilados pensionistas del IESS . (2019).
- Feldstein, P. (1999). *Health Care Economics*. Delmar Publishers.

- Ferreira, A., Saavedra, E., & Zuleta, G. (mayo de 2004). *Marco Conceptual para la regulación de seguros de salud*. Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo.
- Godínez, C. (2017). *Un análisis al seguro de gastos médicos y su impacto en la economía mexicana*. Obtenido de Universidad Autónoma de México.
- Hidalgo, Á., Corugedo, I., & Del Llano Señaris, J. (2000). *Economía de la Salud*. Madrid.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas públicas*.
- IESS. (2019). *Encuesta Nacional a afiliados y jubilados pensionistas del IESS*.
- INEC. (2019). *Anuario de Estadísticas de Salud*.
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional de Empleo*. Obtenido de Manual del encuestador.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *IMSS-Oportunidades*. Obtenido de Evaluación de Costo/Efectividad:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/evaluacionExterna/eval-2013-EvaluacionCostoEfectividad.pdf>
- Iturralde, P. (2015). *Privatización de la salud en Ecuador: Estudio de la integración pública con clínicas y hospitales privados*. Obtenido de Centro de Derechos Económicos y Sociales - CDES.
- Krugman, P. (2009). Why markets can't cure health care? *The New York Times*,
<http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare>.
- Laffont, J. (2000). *Incentives and Political Economy*. Cambridge University.
- Llerena, F., Pinto, A., & Pinto, C. (julio de 2017). *Un poco de Protección Social: Seguros de Salud, Servicios de Salud y Pobreza*. Obtenido de Foro Economía Ecuador:
<http://foroekonomiaecuador.com/fee/un-poco-de-proteccion-social-seguros-de-salud-servicios-de-salud-y-pobreza/>
- López, M. (2009). *Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud*. Obtenido de Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas:
<https://en.sinchi.org.co/files/Base%20de%20Datos%20Inirida/PDF/Tasa%20de%20cobertura%20del%20aseguramiento%20en%20salud.pdf>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*.
- MAPFRE. (2019). *El mercado asegurador latinoamericano en 2018*. Obtenido de Servicio de Estudios de MAPFRE.
- Maseira, D. (2007). *Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa*. Obtenido de Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud.
- Mcardle, M. (18 de marzo de 2012). *Liberals Are Wrong: Free Market Health Care is Possible*. Obtenido de The Atlantic:
<https://www.theatlantic.com/business/archive/2012/03/liberals-are-wrong-free-market-health-care-is-possible/254648/>

- Montes, S. (2018). *Cobertura Sanitaria Universal*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/globoeconomia/colombia-es-el-cuarto-pais-de-america-latina-con-mejor-acceso-a-salud-2805795>
- Musgrove, P. (1996). "Un fundamento conceptual para el rol público y privado en la salud". *Revista de Análisis Económico*, 9-36.
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Obtenido de CEPAL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Narro, J., Moctezuma, D., & Orozco, L. (2010). *Hacia un nuevo modelo de Seguridad Social*. Obtenido de Universidad Nacional Autónoma de México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-952X2010000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- OMS. (2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Plataforma de Información en Salud para las Américas PLISA.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Cobertura sanitaria universal*. Obtenido de OMS: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- PATSS. (2020). *Programa de Asistencia Técnica para la Seguridad Social*. Obtenido de Encuesta de percepción de usuarios y beneficiarios del IESS.
- Phelps, C. (1992). *Health Economics*. Harper Collins Publishers.
- Registro Oficial. (2017). *Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Acuerdo-0091.pdf>
- Registro Oficial N.235-Acuerdo 00004928. (24 de diciembre de 2014). *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf>
- Registro Oficial No.428. (30 de enero de 2015). *ACUERDO No. 00005212 TIPOLOGÍA SUSTITUTIVA PARA HOMOLOGAR LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE APOYO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/ACUERDO-MINISTERIAL-5212--TIPOLOGIA-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-POR-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>

- Registro Oficial Suplemento 173 . (22 de noviembre de 2011). *Reglamento para la atención de Salud Integral en Red de los Asegurados*. Obtenido de Resolución del IESS 308: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf>
- Registro Oficial Suplemento 863. (17 de octubre de 2016). *Ley que Regula Compañías de Salud prepagada y de Asistencia Médica*. Obtenido de República del Ecuador, Asamblea Nacional: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/LEY-FUNCIONAMIENTO-DE-LAS-EMPRESAS-PRIVADAS-DE-SALUD-RO-863-17-10-2016.pdf>
- Restrepo, J., & Rojas, K. (2016). La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, 227.
- Rotzchild, X., & Stiglitz, J. (1976). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay in the Economics of Information". *Quarterly Journal of Economics*, 629 -649.
- Ruth, L., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2017). *Sistema de salud de Ecuador*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Serenko, A. F., & Ermakov, V. V. (1986). Higiene social y organización de la salud pública. 11 - 30. Obtenido de Rev Cubana Salud Pública.
- Skorup, J. (15 de septiembre de 2009). *Falacias y hechos recientes sobre el cuidado de la salud*. Obtenido de Mackinac Center: <https://www.mackinac.org/10987>
- Stiglitz, J. (1999). Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy. *IHEA Meetingd*, 17.
- Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. (2019). *Estudios sectoriales*. Obtenido de Panorama del Mercado de Seguros Ecuador 2015-2018: https://investigacionyestudios.supercias.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Panorama-del-Mercado-de-Seguros-en-Ecuador-2015-2018_FINAL.pdf
- Tirole, J. (1994). The Internal Organization of Government. *Oxford Economic Papers*, 1-29.
- Walzer, M. (1983). *Spheres of justice*. United States of America: Basic Books.

Anexos

Anexo 1



Document Information

Analyzed document	Economía de la Salud Análisis de los seguros de asistencia médica en el Ecuador _Vanessa Carlosama.docx (D99379642)
Submitted	3/23/2021 7:28:00 PM
Submitted by	
Submitter email	rvcarlosamaa@utn.edu.ec
Similarity	5%
Analysis address	hgvillares.utn@analysis.urkund.com

Sources included in the report

SA	URKUND JOSE GOMEZ.docx Document URKUND JOSE GOMEZ.docx (D97551145)		3
SA	Sánchez Holguín Raúl.docx Document Sánchez Holguín Raúl.docx (D48135238)		1
SA	LOS FACTORES DETERMINANTES DE SALUD EN EL ECUADOR Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS ... Document LOS FACTORES DETERMINANTES DE SALUD EN EL ECUADOR Y SU INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS ... (D43789487)		1
SA	1411141817_cobertura de salud en el ecuador.doc Document 1411141817_cobertura de salud en el ecuador.doc (D11540140)		2
SA	PANEZO.doc Document PANEZO.doc (D40869947)		2
W	URL: https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Conozca-la-importancia-de-un-se-... Fetched: 3/23/2021 10:24:00 PM		1
W	URL: https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#1Cardona, Fetched: 3/23/2021 10:24:00 PM		1
SA	CANTOS_MARTINEZ_TESIS .docx Document CANTOS_MARTINEZ_TESIS .docx (D85316850)		3
W	URL: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/indicadores-d-... Fetched: 3/23/2021 10:24:00 PM		1
W	URL: https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55nspe/1-64/pt/ Fetched: 2/15/2020 8:56:44 AM		3

Nota. Reporte de URKUND.

Anexo 2

Prestaciones sanitarias

Seguro de Salud	Cobertura
Seguro General de Salud Individual y Familiar	<ol style="list-style-type: none">1. Programas de fomento y promoción de la salud.2. Acciones de medicina preventiva: consulta profesional, diagnóstico, medicamentos e intervenciones.3. Atención odontológica preventiva y de recuperación.4. Asistencia médica curativa integral y maternidad: consulta profesional, exámenes, diagnóstico, actos quirúrgicos, hospitalización, entrega de fármacos, acciones de recuperación y rehabilitación de la salud;5. Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, dentro del régimen de seguro colectivo.6. Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado.
Seguros de asistencia médica	<ol style="list-style-type: none">1. Prestaciones de prevención de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria.2. Atención ambulatoria profesional en medicina general, especialidades y subespecialidades: diálisis, hemodiálisis, derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos.3. Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial dentro o fuera del país.4. Atención hospitalaria con cobertura: transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales.5. Atención en casos de urgencia: ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;6. Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados: controles prenatales, emergencias, obstétricas, partos, atención al recién nacido: patologías congénitas, genéticas o hereditarias;7. Atención de enfermedades: congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total.

Nota. Adaptado de *Reglamento para la atención de salud integral en red de los asegurados* (Registro Oficial Suplemento 173 , 2011) y *Ley que regula compañías de salud prepagada y de asistencia médica* (Registro Oficial Suplemento 863, 2016).

Anexo 3

Tasa de Cobertura del Aseguramiento en Salud

Año	Seguro General (millones de personas)	Otro seguro (millones de personas)	Variable 1 Población asegurada (millones de personas)	Variable 2 Población Total (millones de personas)	TAS (Porcentaje)
2010	2.826.524,3	1.189.594,6	4.016.119	10.291.500	39,02%
2011	3.224.991,7	1.312.057,3	4.537.049	10.533.003	43,07%
2012	3.597.412,2	1.450.711,0	5.048.123	10.864.147	46,47%
2013	3.895.267,8	1.141.645,7	5.036.914	11.200.371	44,97%
2014	3.963.214,6	1.165.554,6	5.128.769	11.159.255	45,96%
2015	4.049.426,1	1.210.815,9	5.260.242	11.399.276	46,15%
2016	3.799.615,8	1.362.483,3	5.162.099	11.696.131	44,14%
2017	3.733.338,5	1.342.568,6	5.075.907	11.937.928	42,52%
2018	3.657.740,4	1.458.713,9	5.116.454	12.239.023	41,80%
2019	3.620.730,3	1.324.184,9	4.944.915	12.402.565	39,87%

Nota. Cálculo de la Tasa de cobertura del Aseguramiento en Salud en el período 2010-2010.

Seguro General: IESS, Seguro general.

Otro seguro: IESS, seguro voluntario

Seguro Campesino

Seguro del ISSFA o ISSPOL

Seguro de salud privado con hospitalización

Seguro de salud privado sin hospitalización

AUS (Aseguramiento Universal de la Salud)

Seguros Municipales y de Consejos Provinciales

Seguro M.S.P. (Programa de Aseguramiento Popular PAP)

Anexo 4

Resumen de las reformas de salud en Ecuador

Año	Reformas
2008	<p>Constitución de la República del Ecuador Art. 360</p> <ul style="list-style-type: none">• La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado.• Recuperación de rectoría del MSP: El marco normativo constitucional y funcionamiento de la RPIS, esté claramente definido y se respete el rol de autoridad del MSP con la subordinación correspondiente de los otros actores de la red, tanto públicos como privados. Para el fortalecimiento institucional del MSP, con la creación del Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Oferta de servicios en base a necesidades de salud de acuerdo al perfil epidemiológico de un territorio con su adscripción poblacional definida.
2013	<p>Fortalecimiento del Talento Humano</p> <p>Homologación de Salarios en el sector público en el marco de la Ley Orgánica del Servicio Público. Programa “Ecuador saludable vuelvo por ti” que al 2013 ha logrado incorporar 760 profesionales del exterior.</p> <p>Sistema basado en atención primaria en salud: prevención y promoción</p> <p>La RPIS presupuesta el gasto corriente de 2013 a 2017: primer nivel de 35% a 51%, segundo y tercer nivel de 65% a 40%.</p> <p>Para el 2017 todos los profesionales obtengan la especialización en medicina familiar y comunitaria.</p> <p>Financiamiento</p> <p>Cobertura en 2013: IESS 31%, 3% ISSFA e ISSPOL - Propuesta del MSP aumentar la cobertura a un 15% hasta el 2017.</p> <p>Fuentes: cotizaciones para salud de los trabajadores afiliados a los seguros públicos (con la posibilidad de ampliación del número de afiliados debido a los procesos de formalización del trabajo).</p>
2014	<p>Tarifario de prestaciones para el Sistema nacional de Salud</p>
2017	<p>El número de afiliados 2013 26% en 2017 43% PEA</p> <p>Norma Técnica Sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, y su reconocimiento económico.</p>

Nota. Adaptado de *Reforma de Salud en Ecuador por* (Malo Serrano & Malo Corral, 2014).