

Gasto público en salud en el Ecuador

Public expenditure in health in Ecuador

Gasto público en saúde no Equador

Jorge Carriel Mancilla¹

¹ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Durante el año 2012 en Ecuador el 27,8% de los gastos presupuestados por el Gobierno fueron destinados al sector social: educación 57%, salud 24,5%, bienestar social 16,1%, desarrollo urbano y vivienda 1,5%, y trabajo 0,9%. El gasto público en salud pasó del 0,6% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2000 al 2,8% en el 2011 (más del 450% en 11 años). Es decir, aproximadamente US\$1640 millones de dólares fueron presupuestados para salud en el año 2012, lo cual contrasta notablemente con los US\$103 millones del año 2000. Así mismo, aumentó el Gasto en salud per cápita de los ecuatorianos, el cual según datos de la OMS, alcanzó US\$321 dólares en 2009. En nuestra Constitución se señala que el Presupuesto General del Estado destinado a salud se incrementará cada año un mínimo del 0,5% del PIB, hasta alcanzar al menos el 4%. Esto no se ha cumplido aún. Aunque el gasto público en salud aumentó significativamente en los últimos 6 años, esto no necesariamente indica que la salud haya mejorado tan marcadamente. El progreso de los indicadores de salud se logrará una vez que, además del aumento del gasto público, se encaminen esfuerzos bien gerenciados en salud.

Palabras clave: Salud Pública. Administración en Salud. Economía en Atención de Salud y Organizaciones.

ABSTRACT

In the year 2012, in Ecuador, 27.8% of the expenses budgeted by the government were destined to social sectors: education 57%, health 24.5%, social welfare 16.1%, urban development and housing 1.5%, and employment 0.9%. Public expenditure in health has been transformed from 0.6% of the gross domestic product in the year 2000 to 2.8% in 2011 (more than 450% in 11 years). In other words, approximately US\$160 million dollars were budgeted for health expenditure in the year 2012, which contrasts sharply with the US\$103 million from the year of 2000. Therefore, health expenditure of Ecuadorians per capita has increased, which according to the WHO data, reached US\$321 dollars in 2009. The Ecuadorian Constitution states that the General Budget intended for the health sector has to be increased at a minimum rate of 0.5% of the GDP until it reaches at least 4%. This has not been fulfilled yet. Even though public expenditure in the health sector has significantly increased within the last 6 years, this does not necessarily indicate that health has improved. Progress in health indicators will be achieved once, besides public expenditure, efforts are directed towards good health management.

Keywords: Public Health. Health Management. Health Care Economics and Organizations.

RESUMO

Durante o ano de 2012, no Equador, o 27,8% dos gastos orçamentados pelo Governo foram destinados ao setor social: educação 57%, saúde 24,5%, bem-estar social 16,1%, desenvolvimento urbano e habitação 1,5% e trabalho 0,9%. O gasto público em saúde passou do 0,6% do produto interno bruto (PIB) no ano 2000 ao 2,8% no 2011 (mais do 450% em 11 anos). Quer dizer, aproximadamente US\$ 1,640 bilhões de dólares foram orçamentados para saúde no ano de 2012, o que contrasta notavelmente com os US\$ 103 milhões do ano 2000. Assim mesmo, aumentou o gasto em saúde per capita dos equatorianos, o que segundo dados da OMS, chegou a US\$ 321 dólares em 2009. Na Constituição do Equador sinala-se que o Orçamento Geral do Estado destinado à saúde incrementar-se-á a cada ano um mínimo do 0,5% do PIB, até atingir ao menos o 4%. Isto não se tem cumprido ainda. Embora o gasto público em saúde aumentasse significativamente nos últimos seis (6) anos, isto não necessariamente indica que a saúde tenha melhorado tão marcadamente. O progresso dos indicadores de saúde lograr-se-á uma vez que, além do aumento do gasto público, encaminhem-se esforços bem administrados em saúde.

Palavras-chave: Saúde pública. Administração em saúde. Economia em Atenção de saúde. Organizações.

Introducción

La presencia del Estado en las economías del llamado primer mundo, como los países de la Comunidad Económica Europea, es notable, inclusive para el caso de los Estados Unidos.

Es fundamental que la intervención del Estado en la economía maximice su efecto multiplicador, para lo cual es indispensable que el Gasto Público se dirija hacia la construcción de infraestructura, la educación, la dotación de vivienda, la seguridad jurídica, la función legislativa, la seguridad social, los sectores productivos, la institucionalidad, y la salud y la salubridad.

El presente trabajo trata éste último punto, gasto público en salud enmarcado al panorama ecuatoriano.

El Presidente de la República ha afirmado públicamente, y en más de una ocasión, que existe una revolución en salud en el Ecuador. Acorde a su explicación, la inversión realizada en salud en los últimos cinco años sobrepasa al 243% (figura 1).¹

Afirma además que el gasto público per cápita en salud en 2008 fue de US\$99, y en el 2012 fue US\$221.

Ha destacado además el gasto de US\$5.277 millones de dólares totales en salud del 2007 al 2011, de los cuales US\$1.295 millones fueron destinados a infraestructura y equipos médicos.¹

Según cifras de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), en 2011, el gasto público de Ecuador, de 46,1% del Producto Interno Bruto (PIB), fue el más alto de los países de América Latina. En la generalidad de países no superó el 25% del PIB.² Correlativamente, la inversión pública del 10,5% del PIB también fue la más alta de la región.²

El sistema de salud pública en el Ecuador es financiado básicamente a través del Estado, con un doble aporte: Gobierno central e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). El gobierno central se financia a su vez de impuestos para el gasto permanente, ingresos petroleros y deuda para la infraestructura, mientras que el IESS con las contribuciones patronales (figura 2).³

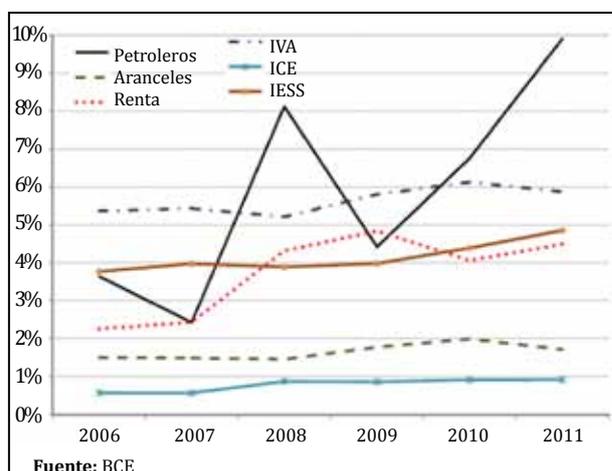


Figura 2. Evolución del financiamiento del gasto del Gobierno central y el IESS.

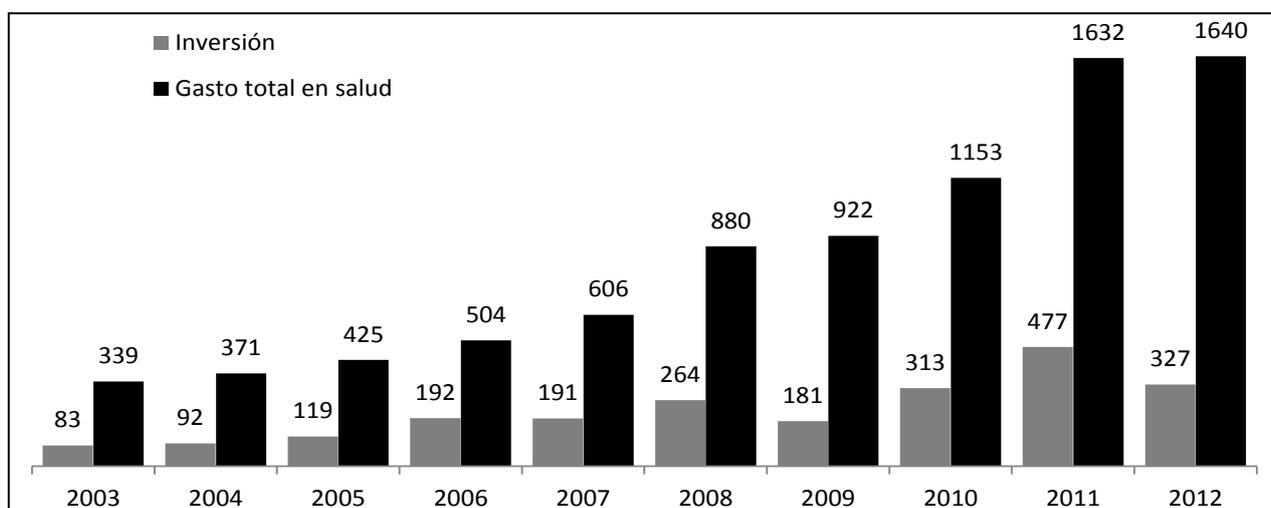


Figura 1. Inversión en Salud años 2006 - 2012. Fuente: MEF - MSP.

El gasto público debe dirigirse a la salud y la salubridad bajo la premisa de que un pueblo sano es un pueblo de alta productividad. Además porque la vida de la gente cambia de manera sustancial si tiene acceso al alcantarillado o al agua potable. Igualmente el acceso a la medicina preventiva como las vacunas y los anticonceptivos provocan mejoras sustanciales en el nivel de vida de las personas. Los Estados deben tener como prioridad al menos cubrir de manera eficiente estos aspectos que son determinantes para el desarrollo.

Los estándares internacionales relacionados con el progreso, como es por ejemplo el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que publica anualmente el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, observan los grados de escolaridad de la población, el acceso a viviendas dignas provistas de alcantarillado y agua potable, y la población con acceso a la medicina preventiva, entre otros, para establecer el rango o la ubicación de un país en el concierto de las naciones.

El enfoque de la política del Gobierno de la Revolución Ciudadana prioriza la atención al sector social. Acorde a datos del Ministerio de Finanzas, entre las mayores asignaciones presupuestarias para el año 2012 destacaron aquellas que se relacionan con el sector social, conformado por los sectoriales de: Educación, Salud, Bienestar Social, Desarrollo Urbano y Trabajo. Recursos que en conjunto absorben U\$7.262,43 millones, es decir el 27,8% del total de los gastos presupuestados. De dichos recursos, el sector de educación concentra el 57%, el sector de salud 24,5%, el de bienestar social 16,1%; siendo finalmente los sectores de desarrollo urbano y vivienda (1,5%) y trabajo (0,9%), los que menos asignaciones presupuestarias tienen. Pese a las afirmaciones del Presidente, el gasto público en Salud es aparentemente “insostenible” durante mayor tiempo para varios analistas.^{1,3} Además es conocido que pese al esfuerzo realizado por el Gobierno actual no se ha logrado compensar décadas de sub-inversión en salud, y varios expertos afirman también que la “universalización de salud” que propone el IESS, demandará entre el 6 y 7% del PIB.³ La cobertura universal se ha definido como: la garantía de que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesiten (de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación) sin enfrentarse a la ruina económica porque deban pagar por ellos.⁵

Según datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el 47% de la población es cubierta en salud por el MSP, 26% por Seguridad social y afines, 8% por seguros privados y 19% de ecuatorianos carecen de cobertura.⁴ 1.922 entidades de salud son regentadas por el MSP (de éstas, 1.261 son subcentros de salud) y 935 por IESS, de un total de 3.981 establecimientos de salud registrados en el país.⁴

El presente artículo pretende recopilar los datos más relevantes respecto al gasto público en Salud en el Ecuador en los últimos años.

Revisión de algunas estadísticas sanitarias

Ha pasado más de una década desde que los dirigentes del mundo aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las metas que los acompañan. Durante ese tiempo se ha avanzado sustancialmente en: reducción de la mortalidad materno-infantil, mejora de la nutrición, disminución de la morbilidad y la mortalidad debidas a la infección por el VIH, tuberculosis y malaria, y la ampliación del acceso a fuentes mejoradas de agua potable en el Ecuador y el mundo.⁵ Aunque en los últimos años se han acelerado los progresos en las zonas con mayores tasas de mortalidad, todavía se observan grandes diferencias del estado de salud tanto entre los países como dentro de ellos.⁵

Acorde a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Ecuador, durante los años 1990 – 2010, la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años en el Ecuador es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos, por arriba del promedio regional (18 por cada 1.000 nacidos vivos), pero por encima de países como Haití, Bolivia y Guayana. Los 2 países de la región con menor probabilidad de morir antes de los 5 años son Canadá y Cuba, con 6 por cada 1.000 nacidos vivos, seguidos de Estados Unidos y Antigua y Barbuda con 8.⁵

Respecto a mortalidad materna, durante los años 1990 – 2010, en el Ecuador existió una razón de 110 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, siendo el promedio regional 63, y encontrándonos sólo por debajo de Bolivia, Haití, Guatemala, Guayana y Surinam, de un total de 35 países de la región.⁵ El parto y otras enfermedades relacionadas con el embarazo siguen siendo la causa importante de morbi-mortalidad en el país,

de acuerdo con las cifras del INEC (tasa de mortalidad materna aún se sitúa en alrededor de 97 muertos por 100.000 nacidos vivos).⁷

Durante los años 2000 – 2009, la prevalencia de VIH en el país fue de 275 por cada 100.000 habitantes, siendo el promedio regional 341, con despuntes excepcionales como:

Haití (1226),

Bahamas (1921),

Belice (1554) y

Trinidad y Tobago (1085).⁶

En cuanto a la tuberculosis (TB), en la década del 2000, la incidencia por cada 100.000 habitantes ecuatorianos fue de 65, con una media regional de 29.

Marco teórico

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capitales provenientes de los presupuestos públicos (centrales y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud social (u obligatorio).

El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.⁸

Leyes relacionadas al gasto público en salud

El artículo 32 de la Constitución del Ecuador señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho, al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado deberá garantizar este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en Salud, salud sexual, y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.⁶

El artículo 298 de la misma Constitución indica el establecimiento de preasignaciones presupuestarias destinadas a los gobiernos autónomos descentralizados, al sector salud, al sector educación, a la educación superior, y a la investigación, ciencia, tecnología e innovación en los términos previstos en la ley, de forma predecible y automática, prohibiendo crear otras preasignaciones presupuestarias.⁶

En los artículos 358 a 362 de nuestra Constitución se señala que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, guiado por los principios generales de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Además garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles: prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.

El artículo 61 establece que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.⁶

Acorde al artículo 363, el Estado ecuatoriano será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.

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

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Respecto al financiamiento en salud, en el artículo 366 se indica que éste será oportuno, regular y

suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.⁶

“El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior a cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento” (señalado en la Disposición Transitoria Vigésimo segunda).

Gasto público en Salud en el Ecuador

En el año 2000, la inversión social como porcentaje del PIB fue del 2,8%, mientras que desde el 2006 se ha aumentado progresivamente hasta alcanzar el 8,3% actual.⁷

Acorde a los datos presentados en la figura 1, durante el año 2011 el gasto total en salud en el Ecuador fue de US\$1.632 millones, y de US\$1.640 millones en el 2012.⁴

Durante dichos años el gasto en salud representado como porcentaje del PIB fue de 2,8% y 2,5%, los más altos en los últimos 12 años (figura 3).⁴

En la figura 3 se recopilan los datos del Presupuesto devengado de los años 2000 al 2012.

Año	Total	Tasa de crecimiento del gasto en salud	Gasto en salud como % del PIB	Gasto en salud como % del PGE
2000	103	-13.5%	0.6%	3.1%
2001	189	82.8%	0.9%	3.4%
2002	268	41.9%	1.1%	4.9%
2003	339	26.8%	1.2%	5.5%
2004	371	9.5%	1.1%	4.6%
2005	423	13.9%	1.1%	4.1%
2006	504	19.1%	1.2%	4.1%
2007	606	20.3%	1.3%	4.5%
2008	880	45.3%	1.6%	4.9%
2009	922	4.7%	1.8%	4.9%
2010	1153	25.1%	2.0%	5.5%
2011	1632	49.4%	2.8%	6.7%
2012	1640	3.0%	2.5%	6.8%

Figura 3. Presupuesto de salud MSP (2000 - 2012) en millones de dólares.

Fuente: BCE.

Acorde a datos de la OMS, el gasto per capita calculado considerando todas las fuentes — fondos públicos, privados y de asociados externos— difiere considerablemente entre las regiones y entre los grupos de ingresos: entre US\$48 en la Región de Asia Sudoriental y US\$3.187 en la Región de las Américas; y entre US\$25 en los países de ingresos bajos y US\$4.692 en los de ingresos altos.⁵ En el año 2009, acorde a las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS en el año 2012 el gasto total per capita de salud en Ecuador fue de US\$321. Según datos del Ministerio de Finanzas en ese mismo año el gasto per capita de salud fue US\$121.⁴

Durante ese mismo año, en nuestro país el 55% del gasto total en salud se consideró gasto directo en salud, colocándolo primero en dicha categoría en toda la región, lo cual contrasta notablemente con Cuba (apenas 7) y Estados Unidos (12),⁵ (figura 4).

Según datos del Ministerio de Finanzas y el Banco Central del Ecuador, el gasto salud per cápita del año 2012 fue de US\$121,61, el más elevado en una serie histórica de 12 años, presentada en la tabla 2.

Datos obtenidos desde enero a abril de 2012, y recopilados en la tabla 3, refieren que el 28,26% del presupuesto de salud para dicho año fue comprometido para remuneraciones, 46,92% para bienes y servicios, 41,57% para transferencias y donaciones, y 62.09% para otros pasivos.

Tabla 2. Gasto salud per cápita años 2000-2012

Años	Gasto Salud Millones U\$	Población	Gasto Salud Per Cápita
2000	103,2	12,645,495	8.16
2001	188,6	12,479,924	15.12
2002	259	12,660,728	20.46
2003	309,9	12,842,578	24.13
2004	371,3	13,026,891	28.51
2005	422,9	13,215,089	32.00
2006	504,5	13,408,270	37.63
2007	606,4	13,605,485	44.57
2008	880,1	13,805,095	63.75
2009	921,6	14,005,449	65.81
2010	1153,3	14,204,900	81.19
2011	1307,8	14,403,544	90.80
2012	1775,8	14,602,470	121.61

Fuente: Ministerio de Finanzas-proyecciones población INEC.

Porcentajes de gasto en salud ^a											
Gasto total en salud como % del PIB		Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud ^b		Gasto privado en salud como % del gasto total en salud ^b		Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno		Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud ^c		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud	
2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
4,2	8,8	31,2	34,9	68,8	65,1	6,4	7,7	4,1	0,7	28,0	38,3
Porcentajes de gasto en salud ^a				Gasto en salud per cápita ^a							
Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud		Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud		Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales ^d (PPA)		Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales ^d (PPA)	
2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
85,3	75,4	4,8	12,0	54	321	201	692	17	112	63	241

Figura 4. Gasto en salud en el Ecuador, año 2000 y 2009.

Fuente: OMS.

Tabla 3. Recursos totales del MSP años 2011-2012

Descripción	Codificado	Comprometido	Devengado	Porcentaje comprometido	Porcentaje devengado
Remuneraciones	\$988.853.023,81	\$279.491.025,22	\$279.491.025,22	28,26%	28,26%
Bienes y servicios	\$314.734.131,22	\$147.684.567,47	\$127.261.375,89	46,92%	40,43%
Obra pública	\$37.842.082,18	\$4.668.521,83	\$4.520.588,64	12,34%	11,95%
Otros gastos	\$4.894.352,14	\$1.642.263,05	\$1.641.335,01	33,55%	33,54%
Transferencias y donaciones	\$109.241.726	\$45.407.289,32	\$45.407.289,32	41,57%	41,57%
Bienes de larga duración	\$169.918.607,76	\$23.317.016,65	\$15.807.840,89	13,72%	9,30%
Otros pasivos	\$14.903.091,71	\$9.252.891,79	\$9.234.777,41	62,09%	31,97%
Total	\$1.640.387.015,52	\$511.463.575,33	\$483.364.232,38	31,18%	29,47%

Fuente: eSIGEF, corte al 30/04/2012.

Reflexiones

Al analizar la atención del sector de salud en términos de asignación de recursos, en el transcurso del período 2000 – 2006, se observa que si bien se mantiene una tendencia creciente, el gasto público en promedio no sobrepasa 1,17% del PIB, porcentaje que en términos absolutos alcanza los U\$103,22 millones. A partir de 2007, cuando inicia el primer mandato del Gobierno actual, el gasto público de salud registra una tendencia creciente notablemente superior al período anterior, ascendiendo de U\$606,4 millones (1,3% del PIB) a U\$1.775,8 millones (2,5% del PIB) en el lapso 2007-2012.⁴ Desde 2006 hasta el 2012, el Estado invirtió en salud pública US\$6.833 millones,^{4,5} es decir US\$5.178,1 más que durante los primeros 5 años del siglo XXI.

Aunque efectivamente el gasto público en salud aumentó en los últimos 6 años, pero sobre todo en los últimos 2, esto no necesariamente indica que la “salud” de los ecuatorianos haya mejorado tan categóricamente. Todavía, varios indicadores importantes continúan por debajo de la media regional. Es necesario optimizar recursos para lograr objetivos previamente establecidos en este ámbito.

Para eso será necesario corregir la subutilización de equipos, mejorar el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias, reducir el promedio de estancia hospitalaria, reducir costos administrativos, lograr nuevos sistemas de información y coordinación, redes de salud, remuneraciones en base a producción, capacitación del personal, entre otros.

Dentro de los recursos del MSP, menos del 30% va dirigido hacia remuneraciones, y aproximadamente el 70% va a otros rubros, los cuales a su vez dependen básicamente de importaciones (bienes, medicamentos, etc.). Esto significa que pese al aumento del gasto público en salud, existirá un crecimiento de las importaciones, lo cual, a su vez, generará una desproporción en la balanza comercial si no existe un crecimiento económico adecuado. El Estado debe fomentar las industrias nacionales relacionadas a la salud para fomentar el consumo de productos nacionales de calidad y miras a la exportación de los mismos.

Una estrategia que posibilite la universalización de la salud requiere una combinación viable de endeudamiento, impuestos y optimización de subsidios, que no afecte la sostenibilidad, un esfuerzo importante de reasignación de recursos proveniente de otros sectores, una mejora en el costo-efectividad de los recursos e intervenciones en el sector.

Por otro lado, según un estudio de CEPAL, en algunos países el costo de los subsidios a los combustibles fósiles, que generan gases contaminantes, supera el gasto público en salud. Tal es el caso de Ecuador, que gastó el 6,7% de su Producto Interior Bruto (PIB) en subsidios a la gasolina y destinó el 1,3% a los gastos en salud en el año 2007.⁹

Debemos remarcar que aún el gasto en salud del Ecuador no alcanza el 4% mínimo fijado en la transitoria vigésimo segunda de la Constitución. Al ritmo de crecimiento de los últimos 5 años, con las mismas políticas de Estado, sosteniendo un

crecimiento de 0,3% del PIB anual destinado a salud, el país tardaría entre 5 y 7 años en lograrlo. Sin embargo, la tendencia del último año fue decreciente.^{3,4}

A pesar de que en 2011 el gasto público de Ecuador fue de 46,1% del PIB (más alto de los países de América Latina), con la inversión pública del 10,5% del PIB (también la más alta de la región), las reservas internacionales de Ecuador fueron de US\$3.931 millones, y la inversión extranjera directa fue US\$274 millones.² Esto contrasta con datos similares sobre inversión extranjera en Chile (US\$40.344 millones), Colombia US\$34.272 millones) y Perú (US\$57.281 millones).²

Con esto analizamos que nuestro país gasta casi la mitad de lo que produce y “presume” de la inversión pública, por lo que aparentemente acumula riesgos y no atrae inversiones extranjeras. Sin embargo, extraoficialmente se cree que existen casi US\$10.000 millones de inversión extranjera que ingresa por canales no oficiales. Debemos señalar además que la falta de recurso humano capacitado es, de manera general, lo que probablemente “ahuyente” a dicha inversión extranjera.

Para finalizar, sin duda el gobierno actual deberá trabajar fuertemente en 2 aspectos básicos para fortalecer el gasto público en salud: mantener un aumento del porcentaje del PIB invertido en salud, y alcanzar un fuerte sentido de institucionalidad para el cumplimiento de la Constitución vigente.

El mejoramiento notable de varios de los indicadores de salud se logrará una vez que, además del aumento del gasto público, se encaminen esfuerzos bien direccionados, bien coordinados y bien gerenciados en salud.

Referencias bibliográficas

1. Padilla, Luis. Correa: Inversión en salud más que duplicó en 5 años. ANDES. 2012. Disponible en <http://andes.info.ec/2009-2011.php/?p=140220>
2. Carrera, Jaime. El gasto público del Ecuador, el más alto. Diario HOY. 2012. Disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-gasto-publico-del-ecuador-el-mas-alto-567486.html>
3. León, Mauricio. Financiamiento de la Salud en Ecuador. Ministerio de Coordinación de Política Económica. Disponible en <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/003-CASE-Mauricio%20Leon.pdf>
4. Lucio, Ruth. Economía y Reforma de los sistemas públicos de salud. Disponible en <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/004-CASE-Ruth%20Lucio.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012.
6. Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador. 2008.
7. Ministerio de Relaciones Exteriores, comercio e integración. La inversión mejoró las condiciones de vida de los sectores más pobres. 2010. Boletín electrónico Ecuador Actual. Disponible en http://www.mmrree.gob.ec/ecuador_actual/bol004.asp
8. Banco Mundial. Gasto en salud, sector público. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>
9. Ecuador gasta más en subsidios que en salud. Diario El Comercio. Disponible en http://www.elcomercio.com.ec/negocios/Ecuador-gasta-subsidios-salud_0_722327967.html