

Artículo de Opinión No. 125

Un poco de Protección Social: Seguros de Salud, Servicios de Salud y Pobreza

Freddy P. Llerena Pinto¹
ECONOMICA CIC

M. Andrea Llerena Pinto²
ECONOMICA CIC

M. Cristhina Llerena Pinto³
ECONOMICA CIC

6 julio 2017

En el presente artículo de opinión, compartimos una breve descripción de la cobertura de los seguros de salud. Se destaca que el sector salud representa el 3,18% del PIB, 2,99% del Gasto de Consumo Final de los hogares residentes, el 23,2% del Gasto de Consumo Final del Gobierno, y se ubica en el lugar 6 de importancia de acuerdo a la Demanda Final. Asimismo, en Ecuador toda la población residente demanda servicios de salud, no obstante no todos tienen seguro de salud. Todo esto combinado con la desigualdad en los ingresos, resulta en un acceso potencialmente desigual a los servicios de salud. Por lo cual es importante definir una estrategia sostenible para el aseguramiento universal de salud a la población residente en Ecuador.

¹ Economista en Jefe. Coordinador de proyectos de investigación en Economía, Demografía, Optimización, Econometría y Finanzas. Especialista en microeconomía, Estadística, Políticas Públicas, Demografía, Macroeconomía. Profesor de Macroeconomía y Análisis de Datos (2012 – 2013) en la PUCE. Economista por la PUCE, Máster en Economía por la Universidad Torcuato Di Tella, Argentina), Doctor en Demografía (c) por la Universidad de Córdoba, Argentina fllerena@economica.com.ec

² Economista en Jefe. Coordinadora de proyectos de investigación en el área de Economía y Econometría aplicada (políticas públicas, marketing). Especialista en microeconomía, macro econometría, econometría, evaluación de impacto, optimización, estadística y política pública. Profesora visitante de Evaluación de Impacto y Microeconomía en la Universidad de Piura -UDEP-, Perú. Economista (Pontificia Universidad Católica del Ecuador); Maestría en Econometría (Universidad Torcuato Di Tella, Argentina); Maestría en Economía (Universidad Torcuato Di Tella, Argentina). allerena@economica.com.ec

³ Economista en Jefe. Coordinadora de proyectos de investigación en el área de Economía, Econometría y Finanzas. Especialista en microeconomía, macroeconomía, econometría, finanzas, estadística y política pública. Profesora de Econometría básica, intermedia y avanzada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE, Universidad Central del Ecuador UCE. Profesora visitante en la Universidad de Piura UDEP, Perú. BA en Economía y Finanzas (Universidad San Francisco de Quito– Máximos Honores: Suma Cum Laude, Ecuador); Maestría en Econometría (Universidad Torcuato Di Tella, Argentina); Maestría en Finanzas (Universidad de Chile, Chile). ECONOMICA CIC. cllerena@economica.com.ec



De acuerdo a las estimaciones de la Matriz Insumo Producto del Ecuador para el año 2013⁴, los Servicios Sociales y de Salud, representaron aproximadamente el 3,18% del Producto Interno Bruto. De hecho, la producción valorada de este servicio fue de 4,5 mil millones de dólares, valor que incluye los ingresos generados por venta de servicios finales; y la venta de insumos y consumos de bienes y servicios de otras industrias para la producción de estos servicios finales.

La Producción valorada total del Ecuador en el 2013 fue de 161 mil millones de dólares (al 2016 de acuerdo la estimación de los autores, sería 164 mil millones [± 2.5 mil]). De hecho, este sector representa el 3,2% del total del Valor Agregado Bruto, el 5,9% del total de las Remuneraciones, 0.2% de los Impuestos Netos sobre la Producción e Importaciones, y el 1,5% del Excedente Bruto de Explotación.

Asimismo, representa el 2,99% del Gasto de consumo final de los hogares residentes (y el 3,46% Gasto de consumo final de las Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los hogares), y el 23,2% del gasto de Consumo Final del Gobierno. Finalmente, este sector representa el 4,23% de la Demanda Final, ubicándose en el puesto No. 6 del orden de importancia sobre este componente; solo después de i) Construcción, ii) Petróleo crudo y gas natural, iii) Servicios de comercio, iv) Servicios administrativos del gobierno y para la comunidad en general y v) Servicios inmobiliarios. En síntesis, este sector tiene un “tamaño económico” valorado de 4,5 mil millones de dólares, demanda aproximadamente 132 mil empleos y representa ser el sector social más importante del Ecuador (en términos de Demanda Final⁵).

Por otro lado, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo 2016, la población del Ecuador sería aproximadamente 16,7 millones de personas, de las cuales aproximadamente 10,14 millones [± 410 mil] no están *afiliadas o cubiertas* por un seguro de salud, ya sea público o privado. Asimismo, 6,32 millones [± 273 mil] se encuentran afiliadas o cubiertas por el seguro de Salud Público exclusivamente, es decir el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Seguro General, Seguro General Voluntario, Seguro Campesino), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía⁶. Una fracción marginal de la población que asciende a 64 mil [± 19 mil] personas se encuentra afiliada o cubierta por un seguro de salud privado (con o sin hospitalización) exclusivamente y finalmente 188 mil personas [± 36 mil] están afiliadas o cubiertas por un seguro privado y un seguro público conjuntamente.

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%)⁷.

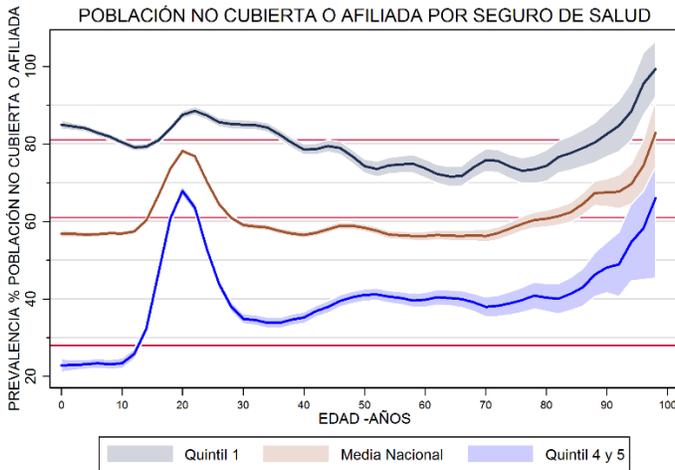
Evidentemente la necesidad (insatisfecha) de afiliación o cobertura de seguro de salud es heterogeneidad de acuerdo a la distribución del ingreso en un contexto etario. Por ejemplo, en la siguiente figura se puede apreciar que la proporción de población no cubierta o afiliada a un seguro de salud asciende al 81% en los hogares del Quintil 1, mientras que la proporción no cubierta o afiliada del Quintil 5 es del 28%.

⁴ Disponible en <https://contenido.bce.fin.ec/documentos/PublicacionesNotas/Catalogo/CuentasNacionales/Anuales/Dolares/MenuMatrizInsumoProducto.htm>

⁵ Al igual que el sector de Educación, que tiene valoraciones similares.

⁶ Según la ENEMDU diciembre 2016, existen 7 observaciones en la categoría AUS (Aseguramiento Universal de Salud), Seguro Ministerio Salud Pública y Seguros Municipales. Para el presente artículo de opinión, dichas observaciones fueron categorizadas como población afiliada o cubierta con Seguro Público.

⁷ Los dos últimos datos, deben ser únicamente considerados como referencia de contexto.

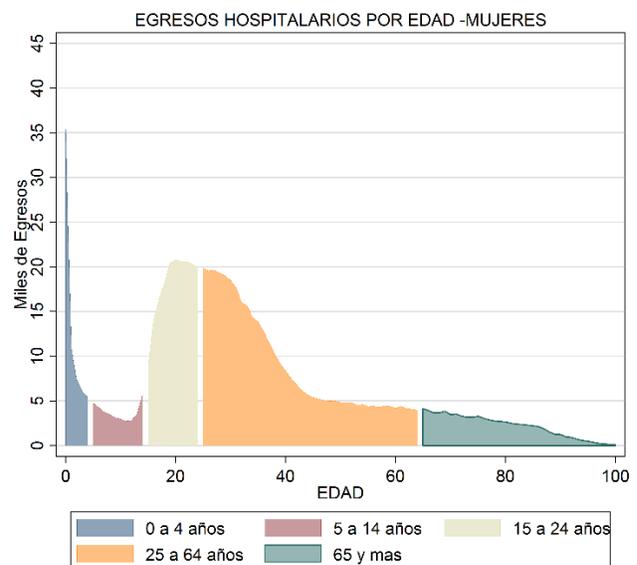
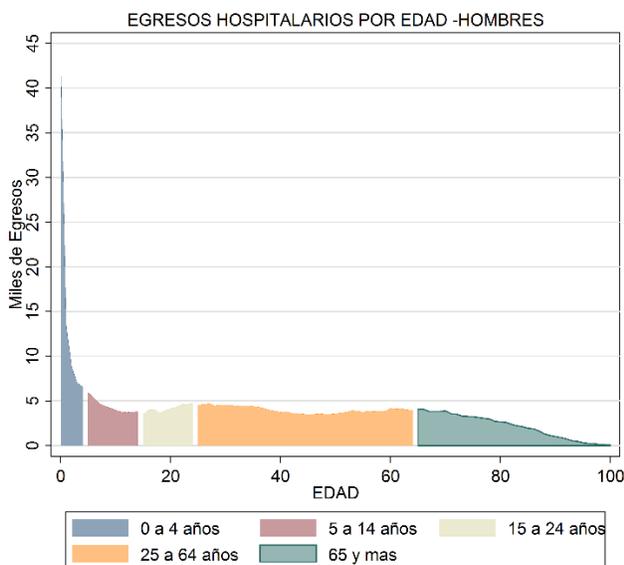


FUENTE: ENEMDU DIC 2016. ELABORACIÓN: ECONOMICA CIC

Indudablemente, toda la población residente en el Ecuador demanda y necesita diversos servicios de salud, al margen que se encuentren cubiertos o afiliados a un seguro de salud.

La idea de un seguro de salud es bastante simple: las empresas aseguradoras cobran un valor periódico al asegurado, comprometiéndose a, en el caso de un evento, hacerse cargo de una fracción (generalmente importante) del coste del servicio de salud. Indudablemente, las empresas aseguradoras de salud, hacen sus cálculos para que los ingresos y egresos estén equilibrados de forma actuarial. Esto significa finalmente, que no todas los perfiles poblacionales y de morbilidad son “afiliables”, dado que hay “enfermedades” que cuestan más que otras.

Para contextualizar el tamaño del sector en cuanto a una fracción de la demanda por servicios de salud, se consideró que según el registro de los Egresos Hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos, al 2016 se registraron 1,12 millones de Egresos Hospitalarios. El 12,8% de los egresos correspondieron a población entre 0 y 4 años; el 7,2% a población entre 5 y 14 años, aproximadamente el 20% correspondieron a la población entre 15 y 24 años; y el 13,8% a población adulta mayor. Según se puede apreciar en la siguiente gráfica, existen diferencias entre el sexo de la población en el contexto etario; Por ejemplo los hombres recién nacidos registraron 43 mil egresos hospitalarios en comparación con 35 mil egresos en las mujeres recién nacidas. Esta diferencia está explicada por dos motivos. El primero de nivel, dado que nacen aproximadamente 105 hombres por cada 100 mujeres, y segundo por el riesgo de mortalidad infantil, que es más elevado en los hombres –por consiguiente se enferman con mayor probabilidad, y demandan un mayor número de servicios de salud. Por otro lado, en la población entre 15-49 años, se puede evidenciar una diferencia significativa de los egresos hospitalarios entre hombres y mujeres. Esta diferencia esta explicada por las causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.



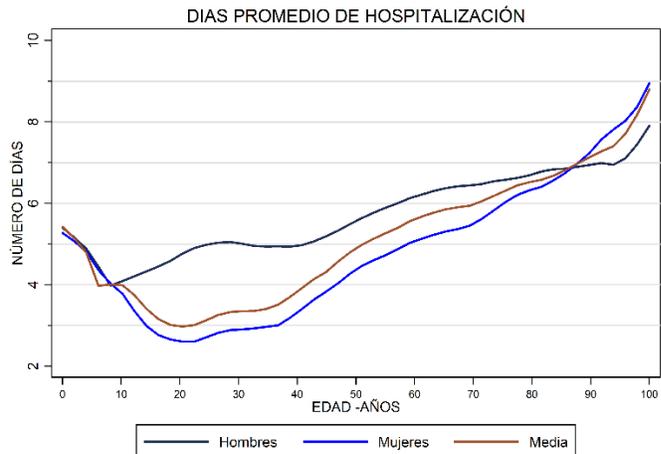
FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS 2016 - INEC. ELABORACIÓN: ECONOMICA CIC



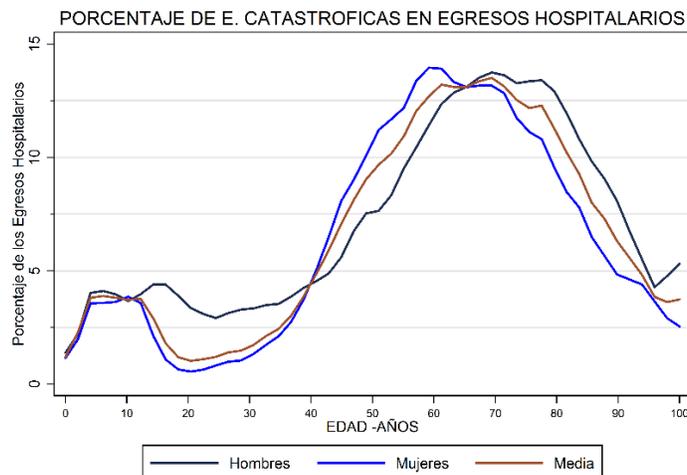
La población enfrenta distintos riesgos de salud a lo largo de la vida y de acuerdo a su sexo. Por ejemplo la población entre 0-4 años, ingresó al hospital principalmente por afecciones originadas en el periodo perinatal (34,34%), enfermedades del sistema respiratorio (22,70%), Enfermedades infecciosas y parasitarias (13,69%), Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (5,58%) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (4,46%). Por su parte, en los adultos mayores (65 años y más), las principales causas de los egresos hospitalarios son las enfermedades del sistema digestivo (17,43%), enfermedades del sistema circulatorio (32,13%), enfermedades del aparato genitourinario (13,04%), enfermedades del sistema respiratorio (11,72%), neoplasias (10,47%), traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (8,88%) y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (6,09%). Con respecto al sexo, se destaca que el 27,91% del total de los egresos hospitalarios al 2016 fueron por ámbitos relacionados al Embarazo, parto y puerperio, dichos egresos son característicos en mujeres en edad fértil, y representaron 314 mil egresos hospitalarios en el 2016.

Adicionalmente a esto, vale la pena destacar que la duración de la estadía en el hospital también presenta diferencias de acuerdo al sexo. La estadía promedio durante el 2016 fue de 4,3 días, los hombres tuvieron una estadía de 5,4 días mientras que las mujeres de 3,7 días.

Dicha heterogeneidad se debe principalmente a que los hombres y mujeres, en su trayectoria de vida tienen distintos perfiles de morbilidad, a los cuales le corresponden distintos tipos de procedimientos de salud.



FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS 2016 - INEC. ELABORACIÓN: ECONOMICA CIC



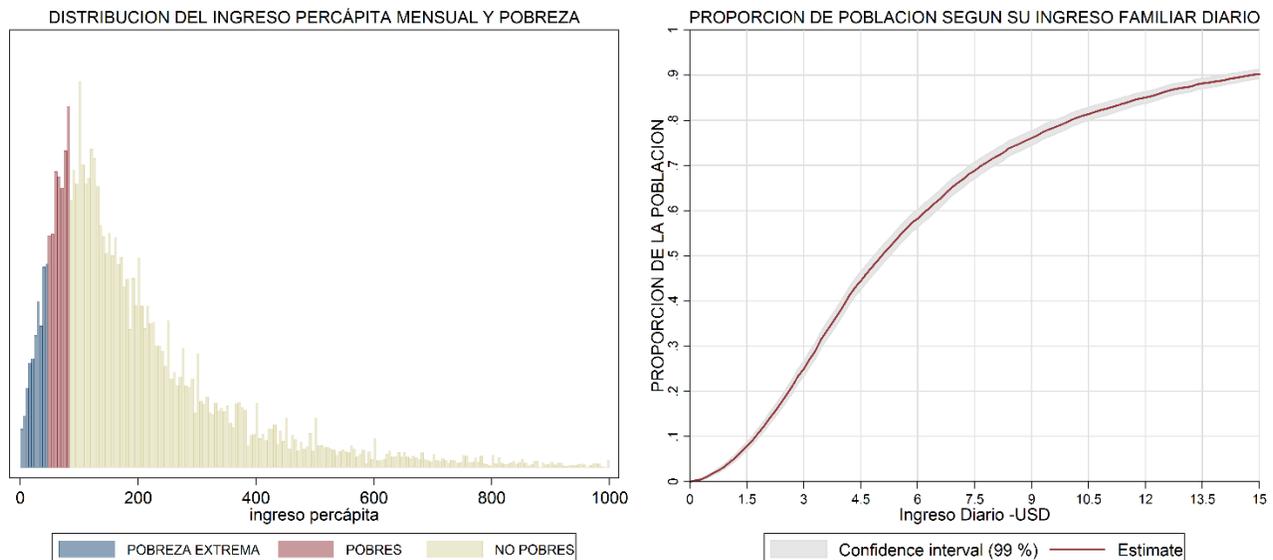
FUENTE: EGRESOS HOSPITALARIOS 2016 - INEC. ELABORACIÓN: ECONOMICA CIC

Al considerar el ámbito de seguros de salud, es importante tener una estimación –al menos preliminar– de la cantidad de población que usa los servicios de salud por motivo de una Enfermedad Catastrófica, Cáncer y enfermedades Raras o Huérfanas⁸. Para este efecto, se identificó los CIE-10 que han sido definidos como tal por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. De esta forma, se puede apreciar que el 4,7% del total de los egresos hospitalarios al 2016 fueron por motivo de una enfermedad catastrófica, Cáncer o Enfermedades Raras o Huérfanas, es decir 53,2 mil egresos hospitalarios. El 6,14% de los hombres que tuvieron una estadía en el hospital, fueron atendidos por motivo de una enfermedad catastrófica, mientras que el mismo indicador para las mujeres es 3,93%.

⁸ En esta sección, se considera la clasificación y nomenclatura del MSP y SRI, disponible en la página web del Servicio de Rentas Internas, consultado el 4 de julio del 2017, denominado “Listado de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas –Sri.xls”

Finalmente en este ámbito, vale la pena destacar que del total de los egresos hospitalarios del 2016 (1,12 millones), fallecieron 19,3 mil personas. Es decir, el 1,71% del total de los egresos. Cuando se trata de una enfermedad catastrófica, este indicador se eleva a 5,4%.

Entonces, hasta el momento conocemos que toda la población demanda servicios de salud y que este sector es uno de los más importantes desde la perspectiva económica, no obstante no conocemos quien lo puede costear. Aunque no se dispone de un estudio de costes directos e indirectos de los servicios de salud, planteamos una mirada desde la restricción de los recursos económicos que tiene la sociedad y sus hogares. En este sentido, para esta sección se utiliza nuevamente la ENEMDU 2016. El 20% de los hogares más pobres del país –Quintil 1, tiene un ingreso mensual de 250 dólares (56 USD por persona) en promedio. En el Quintil 2, el ingreso familiar promedio es de 472 dólares (113 USD por persona), y en el Quintil 3 el ingreso familiar promedio es de 675 dólares (175 dólares por persona). Adicionalmente, en Ecuador el 8,6% de la población vive en condiciones de extrema pobreza por ingresos; lo cual significa que el ingreso familiar que dispone se encuentra por debajo del costo de una canasta de alimentos que contenga 2.141 kilocalorías por adulto equivalente considerando el patrón de consumo en alimentos “promedio” observado. El umbral kilocalórico (energía), generalmente viene dado por el requerimiento energético mínimo para el funcionamiento del cuerpo humano, esto es la energía que el cuerpo humano requiere para mantener las funciones básicas como respiración, digestión, bombeo del corazón, etc.; y la energía requerida para mantener la actividad física. Adicionalmente, en el Ecuador el 22,9% de la población es pobre por ingresos, esto significa que el ingreso familiar es insuficiente para cubrir i) el costo de una canasta de alimentos (umbral de pobreza extrema anterior), y adicionalmente ii) otros gastos, tomando en cuenta la fracción del gasto observado que es destinado a alimentos⁹. Se puede apreciar en la siguiente figura, que el 50% de la población vive con hasta 5 dólares al día por persona. Con esta restricción presupuestaria familiar, es posible que la población no pueda cubrir sus necesidades de servicios de salud, en donde se genera la necesidad de la provisión pública de los servicios de Salud. De hecho, considerando el umbral de pobreza para la alimentación (pobreza extrema), sabemos que el 8,6% de la población tendría recursos suficientes únicamente para alimentación, por consiguiente cualquier gasto adicional (educación, salud, vestido, servicios básicos, etc.), resultaría en una disminución de los gastos en alimentación –o en una alimentación más “barata”, generalmente menos saludable.



FUENTE: ENEMDU DIC 2016. ELABORACIÓN: ECONOMICA CIC

⁹ Por ejemplo, al 2006 la línea de pobreza extrema es de 31.92 USD (Corrientes) por mes por persona. Este valor refleja el coste de una canasta que contempla 2.141 kilocalorías al día. Si la proporción del gasto total que es destinado a alimentos es 56,35% (Coeficiente de Engel), entonces un hogar requiere $31,92/0,5635= 56,64$ USD para destinarlos a consumo de alimentos 31,92 USD y 24,72 USD en otros gastos familiares.

¿Este efecto de sustitución entre consumos, es real? A nuestro criterio si, de hecho, este efecto sustitución, sería responsable de una fracción de los resultados nutricionales de la población. Se debe recordar que el 25% de la población menor a 5 años tiene retardo en talla, el 6.4% tiene bajo peso, el 8.6% tiene obesidad/sobrepeso. Asimismo casi 1 de cada cinco niños y niñas menores a 5 años, tiene anemia por deficiencia de hierro, deficiencia de zinc o deficiencia de vitamina A (ENSANUT 2012).

Con estas condiciones, es recomendable que el Sector Público realice un estudio económico, social, demográfico, financiero y de sostenibilidad fiscal, para asegurar a la población residente en el Ecuador, servicios de salud de calidad, y acorde a sus requerimientos. Dicho estudio debe considerar el coste de mercado de los servicios de salud, la demanda intertemporal -cambiante en el tiempo de acuerdo a la transición demográfica que se caracteriza por una fecundidad que disminuye paulatinamente, aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general y migración, que resulta en modificaciones relevantes en la pirámide poblacional y el perfil epidemiológico.

Asimismo, el estudio debe considerar las brechas de cobertura en servicios de salud oportunos, en cuanto a grupos humanos (personas pobres por ingreso, residentes del campo, etc.), y la estrategia fiscal para asegurar la disponibilidad de recursos en el tiempo de forma sostenible. Para esto, también deberá crear leyes y reglamentos que regulen a las empresas aseguradoras en cuanto al ratio de cobertura y coste de afiliación, identificar los roles del sector público y sector privado en la participación de este mercado. De esta forma, podremos asegurar a toda la población la provisión de un servicio de salud de calidad, para esta generación y para generaciones venideras.

Como siempre hay que hacer las cuentas, definir una estrategia y generar el mecanismo legal de implementación.

*En el caso que tengas una idea de investigación, por favor déjanos saber.
Si resulta interesante, podemos realizarla como parte de nuestros
artículos de opinión. Escríbenos a info@economica.com.ec o a cualquiera
de los autores del presente artículo.*



Tabla

Necesidad Insatisfecha de Afiliación o Cobertura de Seguro de Salud según características Sociodemográficas

Grupo Poblacional	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5		Total	
	Media	s.e.										
Area												
urbana (n=67,070)	87%	(0.91%)	75%	(1.12%)	62%	(1.04%)	48%	(1.10%)	28%	(0.88%)	60%	(0.70%)
rural (n=46,202)	76%	(1.35%)	66%	(1.78%)	54%	(1.81%)	45%	(2.19%)	28%	(2.65%)	63%	(1.19%)
Total (n=113,272)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)
Sexo												
hombre (n=55,761)	81%	(0.97%)	69%	(1.08%)	54%	(1.14%)	43%	(1.14%)	27%	(1.03%)	58%	(0.67%)
mujer (n=57,511)	82%	(0.88%)	75%	(1.01%)	66%	(0.99%)	51%	(1.10%)	29%	(0.93%)	64%	(0.62%)
Total (n=113,272)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)
Grupo de Edad												
0 a 4 años (n=9,249)	84%	(1.26%)	66%	(2.17%)	45%	(2.12%)	29%	(2.22%)	14%	(1.91%)	56%	(1.18%)
5 a 14 años (n=24,237)	81%	(1.12%)	65%	(1.44%)	46%	(1.64%)	28%	(1.74%)	16%	(1.58%)	57%	(0.87%)
15 a 24 años (n=20,822)	84%	(1.10%)	80%	(1.14%)	72%	(1.10%)	66%	(1.39%)	52%	(1.70%)	74%	(0.63%)
25 a 64 años (n=49,507)	80%	(0.94%)	73%	(0.96%)	63%	(0.91%)	48%	(0.99%)	27%	(0.88%)	58%	(0.63%)
65 y mas (n=9,452)	75%	(1.87%)	74%	(1.83%)	67%	(1.92%)	55%	(2.10%)	26%	(1.79%)	59%	(1.07%)
Total (n=113,267)	81%	(0.86%)	72%	(0.96%)	60%	(0.92%)	47%	(0.98%)	28%	(0.84%)	61%	(0.60%)

Fuente: ENEMDU – Diciembre 2016.

Elaboración: ECONOMICA CIC