www.flacsoandes.edu.ec

La equidad en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La equidad en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:
Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:
Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:
Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:
Lápiz y Papel

Diseño de portada:
Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Diagramación e impresión:
Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).

Índice

Presentación I
Caroline Chang
Ministra de Salud Pública

Prólogo III
Jorge Luís Prosperi
Representante de OPS/OMS sede Ecuador

Introducción IV
Consejo editorial

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar 3
Fernando Bustamante

La salud pública en América Latina 13
Margarita Velasco

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo 31
Santiago Ortiz

Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana 41
Margarita Velasco

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

Mortalidad materna 57
César Hermida

Situación alimentaria y nutricional 61
Plutarco Naranjo

Obesidad 74
Rodrigo Yépez

VIH / SIDA 87
Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva

Tuberculosis 97
Miriam Benavides

Malaria 104
Marcelo Aguilar

Dengue 111
Lenin Vélez

Cáncer 122
José Yépez Maldonado

Violencia social 134
Dimitri Barreto Vaquero

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

Los riesgos naturales
Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral 145

La salud ambiental 158
Ana Quan

Los plaguicidas 166
Guido Terán Mogro

El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177
Óscar Betancourt y Bolívar Vera

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

La salud de las niñas, niños y adolescentes 195
Juan Vásconez

La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203
Lily Rodríguez

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213
Ramiro Echeverría

Los recursos humanos en salud 222
Cristina Merino

Las acciones y políticas nutricionales 238
Marcelo Moreano Barragán

La política de medicamentos 249
Luis Sarrazin Dávila

El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256
Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal

La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271
Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor

El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284
César Hermida Bustos

La promoción de la salud en el Ecuador 294
Carmen Laspina

Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301
Nilhda Villacrés
Marco Guerrero

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317
Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)

La seguridad social y la reforma de salud 368
Edison Aguilar Santacruz

El seguro social campesino 378
Pedro Isaac Barreiro

Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386
Fernando Salazar

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

Salud y globalización 393
Edmundo Granda

Apuntes sobre bioética en América Latina 407
Fernado Lolas Stepke

Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414
Fernando Ortega Pérez

Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424
Luz Marina Vega

Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428
Arturo Carpio y Patricio Yépez

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441
David Acurio

Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448
Pablo Salazar

LISTA DE RECUADROS

Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70
Rodrigo Fierro Benítez

La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave,
en la prevención del VIH/SIDA 96
Amyra Herdoiza

La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277
Edgar Rodas Andrade

El CONASA 290
Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero

Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299
Diego Victoria

Municipio saludable 350
Paco Moncayo Gallegos

La provincia saludable: un nuevo desafío 352
Ramiro González

Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353
Auki Tituaña

Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363
Fernando Sacoto

Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365
Entrevista a Jorge Cueva

El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366
Entrevista a Carlos Velasco

¿Cómo lograr un país equitativo? 446
León Roldós Aguilera

ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

El seguro social campesino

Pedro Isaac Barreiro*

Cuando en agosto de 1968 el Instituto Nacional de Previsión aprobó el Plan Piloto de Seguridad Social Campesina e inició la atención a la salud de la población rural ecuatoriana, materializó la vieja aspiración nacional de incorporar a los campesinos a los beneficios de la seguridad social ecuatoriana. Este acontecimiento histórico fue producto de un lento proceso de maduración social y política de todo el Estado ecuatoriano, pues ya desde 1935 existía legislación al respecto. Mediante el Decreto Supremo N°18, expedido el 5 de diciembre de ese año, Federico Páez, encargado del mando supremo de la República, dispuso la creación de un timbre especial de correos denominado "Seguro Social del Campesino", con un valor de tres centavos de sucre, destinado a crear un fondo para una futura incorporación de los campesinos a la Caja del Seguro.

Si se piensa que entre diciembre de 1935 y agosto de 1968, transcurrieron treinta y tres años, bien podría afirmarse que los beneficios de la seguridad social ecuatoriana llegaron con notable retraso a los trabajadores de las zonas rurales de este país. Tal retraso es todavía mayor si se toma como referencia el año de nacimiento del seguro general de los trabajadores, 1928. Durante la presidencia de Isidro Ayora, en ese año se expidió la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa. La idea de un seguro social para los trabajadores del campo apareció, casi paradójicamente, desde las etapas iniciales del actual sistema de seguridad social, cuando la tendencia universal era proteger, sobre todo, a la mano de obra asalariada, generalmente urbana, en concordancia con el modelo implantado en la Europa de finales del siglo XIX. Tal vez por eso se comprenda que el seguro para los campesinos no haya sido una realidad sino hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX, durante la presidencia de Otto Arosemena Gómez (dos años después de haber terminado la dictadura de la Junta Militar de Gobierno, y apenas a un año de distancia de la creación del Ministerio de Salud Pública-MSP- en junio de 1967).

Desde la inauguración del primer dispensario rural del Seguro Campesino en la población de El Palmar, provincia del Guayas, hasta el inicio del actual periodo democrático en 1979, se sucedieron los gobiernos de Otto Arosemena Gómez, José María Velasco Ibarra (quinto y último periodo presidencial), Guillermo Rodríguez Lara y de Alfredo Poveda Burbano (este último como presidente del Consejo Supremo de Gobierno). Durante este periodo de apenas 11 años (de 1968 a 1979), se produjeron algunos cambios que bien pueden ser calificados como trascendentales para la salud pública en el Ecuador y en el mundo. En el ámbito nacional, se inauguró el Hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito; desapareció el Instituto Nacional de Previsión y se creó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); se estableció la obligatoriedad del trabajo rural para los egresados de las escuelas de medicina, enfermería, odontología y obstetricia; y se firmó

* Asesor técnico, Dirección General – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

INDICE

un convenio para la atención conjunta entre el MSP y el IESS. En el ámbito internacional, en 1972 se aprobó en Santiago de Chile el Plan Decenal de Salud para las Américas, y en 1978 se formuló la Declaración de Alma Ata, mediante la cual se universaliza la estrategia de atención primaria de salud como la herramienta idónea para enfrentar los problemas de salud de la población en todo el planeta.

El Seguro Campesino de 1979 al 2004

Cuando se inició el actual período democrático en agosto de 1979, el Seguro Social Campesino ya había incorporado al Sistema Ecuatoriano de Seguridad Social a 14.300 familias, es decir, aproximadamente a 75.800 habitantes de la zona rural del Ecuador. Estos ciudadanos recibían atención de sus problemas de salud en 65 dispensarios comunitarios que funcionaban, en su mayoría, en pequeños locales prestados por las propias comunidades campesinas. En tales dispensarios laboraban un médico itinerante y una auxiliar de enfermería, generalmente procedente de la misma localidad. El año de 1979 también marcó el inicio de la atención odontológica en los dispensarios comunitarios de las provincias de Imbabura, Pichincha, Tungurahua, Chimborazo y Manabí.

Es necesario insistir en que si bien el año de 1935 marcó el arranque "conceptual" de la seguridad social para los trabajadores del campo en el Ecuador, 1968 constituye un hito de gran trascendencia histórica pues en ese año se iniciaron las actividades de atención del Seguro Campesino en cuatro comunidades campesinas (El Palmar, La Pila, Guabug y Yanayacu, en las provincias del Guayas, Manabí, Chimborazo e Imbabura, respectivamente). Asimismo, para muchos 1981 es uno de los años más importantes para todo el actual sistema de seguridad social: fue en noviembre de ese año que la Cámara Nacional de Representantes expidió la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. Gracias a esta Ley, finalmente se determinaron los recursos necesarios para el financiamiento de la seguridad social de los campesinos y se consolidó, en los hechos, el principio de solidaridad. Concretamente, se estableció la aportación adicional obligatoria del 1% de los salarios de todos los trabajadores con relación de dependencia.

Durante la década de los ochenta, la extensión de cobertura de la seguridad social ecuatoriana experimentó una verdadera explosión que se explica, sin lugar a dudas, por el crecimiento del Seguro Campesino. Esto se demuestra fácilmente al comparar las cifras de las coberturas alcanzadas a inicios y a finales de la década: mientras el año 1980 inició con 20.870 familias incorporadas, 108.000 personas protegidas y 100 dispensarios comunitarios instalados, para diciembre de 1989, el número de familias incorporadas llegó a 101.570, el número de personas protegidas a 550.000, y los dispensarios comunitarios habían crecido hasta alcanzar un total de 464, distribuidos por todo el territorio rural del Ecuador. Para ese entonces, la demanda de personal auxiliar formado para laborar en los servicios de salud del Seguro Campesino y del MSP rebasó la oferta existente. Por ello, fue necesario suscribir numerosos convenios con varias universidades ecuatorianas[1] para formar auxiliares de enfermería rurales que, apenas concluían su entrenamiento, eran incorporadas al Seguro Campesino. Pero las necesidades de capacitación y adiestramiento requerían incluso de mayores recursos, por lo que se buscó apoyo internacional. Fue así que, luego de un largo proceso de discusiones en los ámbitos técnicos, políticos y financieros, en septiembre de 1983, los

1 Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Manabí, Universidad Técnica de Machala, Universidad de Cuenca, Pontificia Universidad Católica de Ibarra, entre otras.

gobiernos del Ecuador y de los Estados Unidos suscribieron, a través de USAID, un convenio de fondos no reembolsables, para la expansión y reforzamiento de los programas de bienestar familiar y detección oportuna de cáncer en el Seguro Social Campesino.

Simultáneamente a la expansión de este Seguro, emergieron nuevos problemas en su ámbito administrativo, derivados, entre otras causas, de la organización gremial de sus trabajadores. En agosto de 1983 se formó la Asociación Nacional de Médicos y Odontólogos del Seguro Social Campesino (ANAMOSSC), y dos años más tarde, en agosto de 1985, el Sindicato Nacional de Auxiliares de Enfermería del Seguro Social Campesino Ecuatoriano (SINAESSCAE). En ambos casos, se trataba de organizaciones laborales que demandaban mejores condiciones de trabajo que el IESS no podía satisfacer en su totalidad. Así, en junio de 1988 llegó la primera huelga de auxiliares de enfermería, y con ella, la suspensión de actividades en todos los dispensarios comunitarios.

Paralelamente, las organizaciones campesinas se fortalecían en gran medida impulsadas por el trabajo de campo que el Seguro Campesino desarrollaba en las comunidades rurales, promocionando el acceso a los servicios de la seguridad social como un derecho.[2] Tales organizaciones comenzaban a participar activamente, a través de asambleas (primero locales y después regionales y nacionales), ya no solamente en la discusión y enriquecimiento de los temas relacionados con su vida y con su inserción en el acontecer nacional, sino que progresivamente se constituyeron en protagonistas del proceso de toma de decisiones en todos aquellos aspectos que consideraban de su incumbencia. Nació entonces, en agosto de 1988, la Federación Nacional Única de Afiliados al Seguro Social Campesino (FEUNASSC). Y al finalizar la década, en 1989, surgen, formalmente reconocidas por el Estado ecuatoriano, la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas e Indígenas (FENOCIN) y, pocos meses después, la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).

La siguiente década, de 1990 al 2000, estuvo marcada por la disminución del ritmo de crecimiento de la cobertura de la seguridad social ecuatoriana y por el incremento de las denominadas "demandas sociales", con la consiguiente irrupción de los campesinos organizados en los escenarios políticos del país. En enero de 1993 se produjo una impresionante concentración de campesinos en la ciudad de Quito, convocados por sus dirigentes ante una inminente amenaza de desaparición del Seguro Campesino acorde con el proceso de "privatización" de la seguridad social promocionado por el Consejo Nacional de Modernización (CONAM). La iniciativa privatizadora debió replegarse frente al abrumador 'no' a la privatización de la seguridad social obtenido en la Consulta Popular de noviembre de 1995.

En estos años, en los niveles técnicos de la administración sanitaria, comienzan a surgir serias y bien fundamentadas preocupaciones por el escaso impacto de la estrategia de atención primaria (APS) en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de la población. Para ese entonces, ya se sabe de antemano que la meta de salud para todos en el año 2000 no se alcanzará, y se vuelve a iniciar el proceso de reflexiones nunca terminadas, acerca de la salud, el desarrollo, la participación ciudadana, etc.

A mediados de la década, se organiza la Confederación Única Nacional de Afiliados al

2 El aseguramiento del Seguro Campesino se materializó a través de organizaciones campesinas que, cuando no existían, fueron promovidas y se conformaron con la ayuda de profesionales del área social de este seguro.

INDICE

Seguro Social Campesino (CONFEUNASSC), cuyos dirigentes se constituyen en protagonistas de permanentes manifestaciones en defensa de la seguridad social. En sus momentos de mayor efervescencia, dos dirigentes de la CONFEUNASSC llegaron a realizar una "crucifixión" frente al palacio de gobierno en la ciudad de Quito.[3]

Cerca ya de finalizar los años noventa, entró en vigencia la nueva Constitución Política del Ecuador. En el texto de la nueva Carta Magna se consagró a la seguridad social como "deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes", se ratificó la autonomía del IESS, y se elevó a rango constitucional al Seguro Social Campesino, definiéndolo como un régimen especial del Seguro General Obligatorio, con la particularidad de que conserva su carácter de "familiar" y eminentemente solidario. En cumplimiento del mandato constitucional, el Ejecutivo nombró una comisión interventora que, en medio de grandes resistencias generadas en diversos sectores de la población asegurada y no asegurada, inició de inmediato una profunda transformación dentro del IESS. Este proceso de cambio del sistema de seguridad social se orientó a "racionalizar su estructura, modernizar su gestión, aplicar la descentralización y desconcentración, recuperar su equilibrio financiero, optimizar la recaudación y el cobro de la cartera vencida; complementar la capacidad instalada en salud para la cobertura universal, superar los problemas de organización, de gestión, de financiamiento y de cobertura" (Constitución Política de la República del Ecuador, 1998). Durante el período de la intervención señalada, el Seguro Campesino asentó las bases para su futura sostenibilidad: se mejoraron sus ingresos, se racionalizaron los gastos, se puso al día su contabilidad, se redujo el exceso de personal administrativo y se controló la ingerencia política característica de las décadas precedentes.

Al finalizar el decenio, la cobertura del Seguro Campesino llegaba a 200.000 familias rurales, protegiendo así a 937.000 campesinos que recibían atención de salud en 575 dispensarios comunitarios.

El año 2000 se inició con el derrocamiento del gobierno del ex presidente Jamil Mahuad y el fortalecimiento del movimiento indígena y campesino, cuya presencia se hizo sentir en todos los ámbitos políticos del país. En este contexto, el Congreso Nacional expidió la nueva Ley de Seguridad Social que define como sujetos de protección del Seguro Social Campesino a "los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora habitualmente en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia" (Ley de Seguridad Social, 2001).

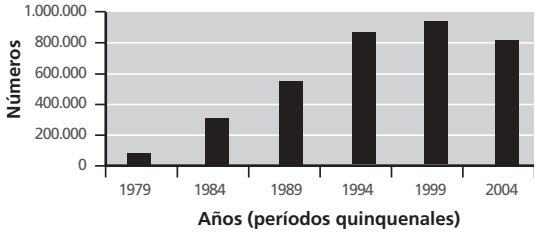
El proceso de transición iniciado en la seguridad social ecuatoriana llevó aparejado, entre otras acciones de índole administrativa, el incremento de los sistemas de control en los diversos procesos que integran su gestión. Se inició entonces una permanente revisión de la población afiliada al Seguro Campesino. En consecuencia, hubo la necesidad de iniciar y mantener una permanente "depuración" de sus beneficiarios. Esto con el fin de garantizar que las prestaciones establecidas en la Ley lleguen efectivamente a la población a la que estaban destinadas, y no a supuestos campesinos que, manipulados por desaprensivos dirigentes políticos y atraídos por el paquete de prestaciones y su insignificante costo, lograron

3 El hecho ocurrió el primero de julio de 1997. Los crucificados fueron Jorge Loor Cevallos y Julio González Enríquez.

ingresar al sistema a través de variados subterfugios que desnaturalizaban el principio de solidaridad que ha caracterizado al Seguro Campesino desde sus inicios (grafico 1).

Gráfico 1

Población asegurada por el Seguro Social Campesino. Ecuador (1979-2004)



Fuente: Boletín Estadístico del IESS (2004)

El fortalecimiento de los procesos de control, unido a la disposición legal de que la incorporación de nuevos afiliados y beneficiarios debe guardar relación directa con el crecimiento del número de afiliados al Seguro General Obligatorio, significaron un importante descenso del volumen de población asegurada. Para finales del 2001, el seguro había llegado a 204.000 familias, integradas por 936.000 personas, en tanto que para finales del 2004 estas cifras se redujeron a 191.600 familias, integradas por 819.000 personas. El número de dispensarios comunitarios al final de este periodo fue de 577.

En materia de salud pública en el ámbito nacional, en estos años se emiten dos importantes cuerpos legales: la Ley de Producción, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano (Registro Oficial N° 59, 17 de abril del 2000) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial N° 670, septiembre 25 del 2002).

En resumen, durante las primeras décadas del actual período democrático, se pueden identificar, entre otros, los siguientes hechos trascendentales en la seguridad social campesina: la expedición de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino en noviembre de 1981; la inclusión del Seguro Social Campesino en la nueva Constitución Política de la República, en agosto de 1998; la definición del sujeto de protección del Seguro Social Campesino, en noviembre del 2001; el fortalecimiento de las organizaciones campesinas y su participación permanente en diferentes procesos políticos y sociales emergentes; y, la amplia difusión, tanto dentro como fuera del Ecuador, de las bases conceptuales, legales y operacionales del particular sistema de aseguramiento del Seguro Campesino (el programa del Seguro Campesino del Ecuador fue expuesto en Brasilia, México, Costa Rica, Nicaragua y España).

Una visión panorámica de lo acontecido durante estas décadas puede enriquecerse con una aproximación empírica a otros fenómenos sociales concomitantes que, en su conjunto, transformaron algunas características de la población rural y urbana de nuestro país.

El fenómeno migratorio, por ejemplo, ha modificado sustancialmente el comportamiento demográfico secular en numerosas comunidades rurales, especialmente en aquellas ubicadas en las provincias del Austro. En algunas de estas comunidades, no solamente que se ha reducido el número de habitantes, sino que el porcentaje de población en edad productiva es mínimo y mayoritariamente femenino. Esta realidad obliga a una permanente revisión del concepto operacional de "familia" que el Seguro Campesino ha mantenido durante las décadas precedentes. De la misma manera, el desplazamiento diario de la población rural hacia las cabeceras cantonales o hacia las capitales de provincia (en busca de trabajo, de mejores salarios o de educación para sus hijos) y su

INDICE

permanencia temporal en ellas, por periodos que van desde un día hasta una semana o varios meses, distorsiona el concepto de "vivir en el campo" y demanda la implantación de nuevos mecanismos de afiliación (aseguramiento) más dinámicos y oportunos.

En el ámbito de la salud, la situación ha evolucionado aceleradamente hacia niveles de mayor conflictividad. Para enfrentar esta situación, no es suficiente la capacidad instalada del Seguro Campesino ni sus recursos (económicos, materiales, tecnológicos y humanos). Dentro del periodo analizado, vemos, por ejemplo, el incremento del número y la gravedad de los traumatismos ocasionados por accidentes de vehículos a motor; la creciente incidencia de procesos infecciosos no tratables con los medicamentos disponibles en los dispensarios comunitarios; el cada vez mayor número de afiliados portadores de problemas crónico-degenerativos, especialmente diabéticos o hipertensos que demandan controles y tratamientos permanentes y que, muy a menudo, terminan desarrollando una insuficiencia renal irreversible; y, entre otros, la persistencia de trastornos nutricionales en embarazadas, infantes y escolares. Si a estos problemas se suman, además, factores universalmente identificados como peligrosos para la salud (tales como el hábito de fumar, el alcoholismo, el uso de plaguicidas sin la protección adecuada o la contaminación del aire y de las fuentes de agua), fácilmente podrá comprenderse que las posibilidades de lograr un mejoramiento de la salud colectiva, son, sino imposibles, sí muy escasas.

Adicionalmente (y casi de manera paradójica frente a la escasa capacidad de respuesta institucional), el fortalecimiento de la organización campesina y el mejoramiento de los sistemas de comunicación y de información en todos los ámbitos de la sociedad, han determinado que porcentajes cada vez mayores de la población estén mejor enterados de sus derechos y de las garantías para ejercerlos o para demandarlos en los casos en que sea necesario. Sin embargo, los tratamientos hoy disponibles para ciertas enfermedades que hasta hace poco no se trataban, generalmente tienen costos imposibles de cubrir con los limitados ingresos del Seguro Campesino. Por ejemplo, el costo del tratamiento anual mediante hemodiálisis de un solo paciente con insuficiencia renal (12.000 dólares aproximadamente), es equivalente, en los términos de la cotización familiar actual, a la aportación de 25.000 jefes de familias campesinas durante el mismo período. Dicho de otra manera, para atender a ese único paciente es necesario el aporte de todos los jefes de las familias campesinas aseguradas en las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha y Tungurahua. Asimismo, la consulta ambulatoria, que durante las primeras décadas de funcionamiento del Seguro Campesino podía ser enfrentada con relativa eficacia con las escasas ayudas diagnósticas y terapéuticas existentes en sus dispensarios, hoy no puede ser resuelta sin el auxilio de sofisticados procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son demandados, cada vez en mayor proporción, no solamente por los profesionales que en ellos laboran, sino también por la propia población afiliada.

Por otra parte, si bien es cierto que la Ley de Seguridad Social, en su artículo 130, obliga al Seguro Campesino a poner "énfasis en los programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario de las áreas rurales", las prestaciones de salud consagradas en la Ley, de manera directa o indirecta, continúan privilegiando las actividades eminentemente curativas. En efecto, las prestaciones que reciben los afiliados al Seguro Campesino son las mismas que las que reciben los beneficiarios del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Es decir, se refieren a: programas de fomento y promoción de la salud; acciones de medicina preventiva; atención odontológica preventiva y de recuperación; asistencia médica curativa

integral y maternidad (que incluye la consulta profesional, los exámenes y procedimientos de diagnóstico, los actos quirúrgicos, la hospitalización, la entrega de fármacos y las demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud); tratamiento de enfermedades crónico degenerativas; y, tratamiento de enfermedades catastróficas.

Un paquete de prestaciones tan amplio y al que se accede con relativa facilidad, ha contribuido a volver más complejo el proceso para la identificación de las necesidades de salud de las comunidades. Al igual que en las consultas ambulatorias de las áreas urbanas, la demanda de servicios puede ocultar las verdaderas necesidades y distorsionar todo el proceso de planificación indispensable para una asignación racional de los limitados recursos disponibles.

Fuera del ámbito de la salud, la expedición de la Constitución Política de 1998 y de la Ley de Seguridad Social del 2001, constituyeron para el Seguro Campesino la consolidación del principio de solidaridad. Este principio es definido en la propia Ley como "la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio".

El ordenamiento administrativo y las regulaciones presupuestarias implantadas durante el período de intervención, permitieron que cada uno de los "seguros" que integran al IESS maneje independientemente sus ingresos y sus egresos. Ello implicó que el Seguro Campesino se libere de la atávica, generalizada y mal fundamentada creencia, que lo identificaba como el causante de la "crisis" de la seguridad social ecuatoriana. Hoy ya no es posible sostener tal aseveración pues cada uno de los "seguros" (de pensiones, de riesgos del trabajo, de salud individual y familiar, y del campesino) es responsable exclusivo del uso de sus recursos, de su gestión y de su eficiencia frente a su población asegurada y frente al nuevo órgano de control: la Superintendencia de Bancos y Seguros. Esto ha significado una mejoría en las relaciones técnicas y administrativas dentro del IESS y ha permitido diseñar, iniciar y desarrollar un proceso de modernización que, aunque de manera lenta, va involucrando progresivamente a más dependencias institucionales y a mayores extensiones territoriales. Las características específicas de la población campesina y el peculiar mecanismo utilizado para incorporarla a la seguridad social, plantean un verdadero desafío para hacer extensiva a esta población los avanzados sistemas de gestión hoy disponibles para los afiliados al seguro general. Actualmente, varias provincias se encuentran en pleno proceso de inserción en el sistema de historia laboral que, sin lugar a dudas, y gracias a la incorporación de tecnología de punta, permitirá a la población campesina no solamente acceder con mayor oportunidad a las prestaciones, sino también mejorar los procesos de aseguramiento y de control y, de manera indirecta, incrementar la calidad de los servicios.

Mas, a pesar de los innegables adelantos logrados en el ámbito administrativo, la provisión de medicamentos y la renovación del equipamiento básico para los dispensarios comunitarios continúa siendo un verdadero problema para los administradores del Seguro Campesino. Este problema no ha podido ser resuelto ni siquiera con la vigencia del nuevo reglamento expedido para el efecto en el 2004. Ello constituye un grave perjuicio para la población asegurada, para la imagen institucional y para las relaciones entre las organizaciones campesinas y el IESS. La insuficiencia de medicamentos sumada a la obsolescencia del equipamiento y del instrumental existente en los dispensarios, incrementa, en muchas ocasiones de manera

INDICE

injustificada, la tasa de transferencia de pacientes hacia las unidades médicas del seguro general de salud (individual y familiar). Esto distorsiona el papel del dispensario comunitario frente a la población asegurada y congestiona aún más la demanda de atención que soportan las unidades médicas del llamado seguro general.

De cualquier manera e incluso con las debilidades anotadas, el rol positivo que cumplen los dispensarios comunitarios del Seguro Campesino es incuestionable. Esto no solamente por ser el principal proveedor de servicios de salud de primer nivel en el área rural de nuestro país, sino también porque los profesionales de la salud que allí trabajan se han constituido, poco a poco, en impulsores del desarrollo comunitario. La capacidad instalada de los dispensarios comunitarios constituye un sólido fundamento para el nunca terminado proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Bibliografía:

Barreiro-Chancay, Pedro 2004 *El IESS y el Seguro Social Campesino* (Quito: IESS/PNUD).

Barreiro-Chancay, Pedro 1998 *Seguro Social Campesino. Historia y reforma* (Quito: CEPAR/USAID).

Campaña-Barrera, Aníbal s/f *Protección social campesina* (Quito: Caja Nacional del Seguro Social).

Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM) 1995 *Propuesta de reforma a la seguridad social* (Quito: CONAM).

Constitución Política de la República del Ecuador 1998. Segunda disposición transitoria: "De la Seguridad Social".

Ley de Extensión del Seguro Social Campesino 1981. Registro Oficial N°124, 20 de noviembre de 1981.Ley de Seguridad Social 2001. Registro Oficial N° 465, 30 de noviembre del 2001.

Mancero-Samán, Alfredo 1997 *La reforma de la seguridad social en el Ecuador* (Quito: UASB/Fundación Konrad Adenauer).

Reglamento para la contratación directa de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico para las unidades médicas del IESS. Decreto Ejecutivo N° 1884. RO N° 383, de julio 22 del 2004.

Veloz-Sancho, Idálide 1993 *25 años del Seguro Social Campesino* (Quito: IESS).