

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

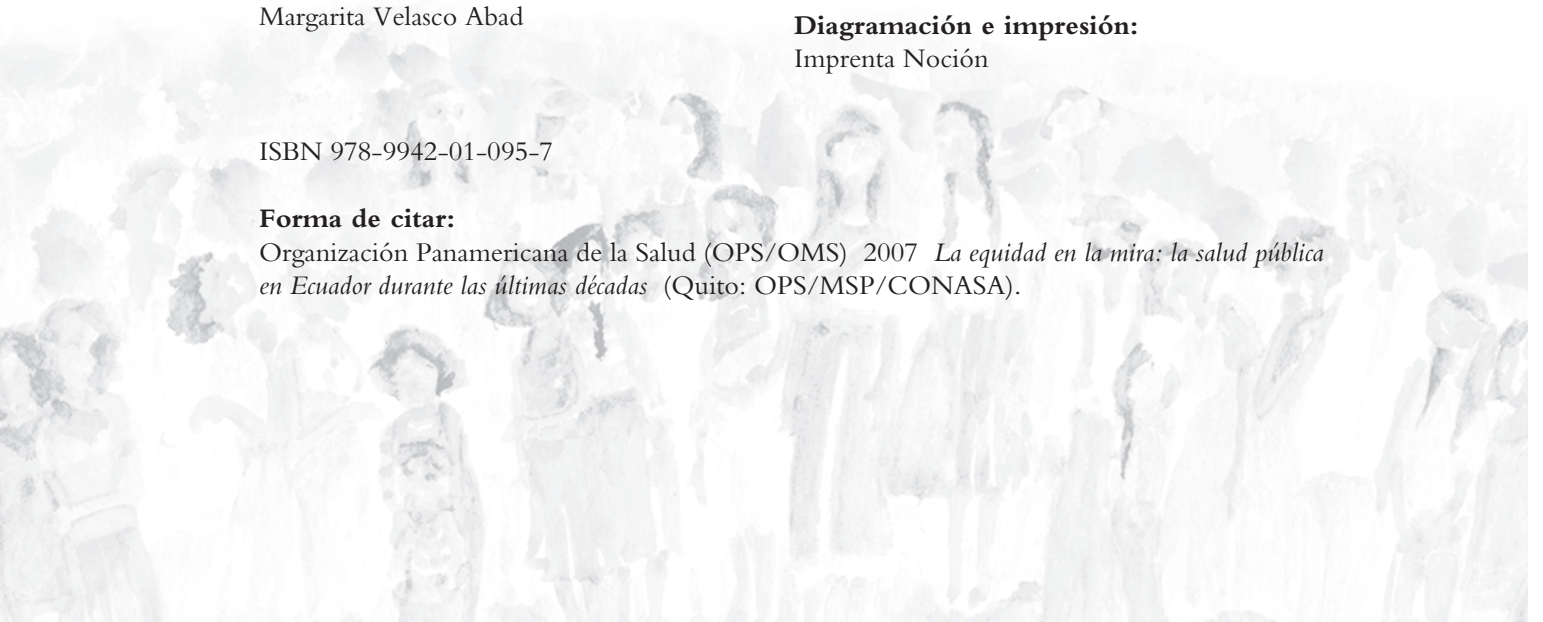
Diagramación e impresión:

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
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I



NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	










PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR




SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD


 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE


 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>


EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>


CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS


 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>


 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>


PARTE III


LA RESPUESTA DEL ESTADO


 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>



 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--





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

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301




PARTE IV



LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V



NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414






 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428









PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

La seguridad social y la reforma de salud

Edison Aguilar Santacruz*

El concepto de seguridad social en el campo de la salud

Históricamente, dentro de las sociedades capitalistas el seguro social se estructuró para proteger a la población ante los riesgos del trabajo. En Europa, particularmente, el seguro social comenzó protegiendo individualmente al trabajador, para luego extenderse al ámbito de protección de su familia y, más adelante, hacia la protección de los ciudadanos en general en lo que se denominó el Estado del Bienestar (Esping-Andersen, 1990). La salud como componente de la seguridad social se refiere, principalmente, a un seguro colectivo ante los riesgos de enfermedad y maternidad.

La seguridad social en el Ecuador se construyó desde finales de la década de 1920, con la creación de un seguro social, con beneficios definidos y universales. En este contexto, se recrearon las instituciones europeas del seguro social estructuradas bajo el modelo Bismark. Así, el seguro social ecuatoriano incorporaba: el ahorro obligatorio y solidario propio de las mutuales de los obreros de Europa de inicios de siglo pasado; el seguro de accidentes de trabajo que, como resultado de la lucha obrera, pagaban los empresarios asumiendo su responsabilidad; y, la asignación estatal para los pobres e indigentes, que tomó la posta a la beneficencia y caridad de la Iglesia en el viejo continente. El riesgo fundamental que este modelo hacía posible enfrentar era la pérdida de ingresos del trabajador

libre por invalidez, vejez, muerte, desempleo, enfermedad o maternidad. El seguro social compensaba estas situaciones con prestaciones definidas y universales, financiadas con el aporte solidario y proporcional de los trabajadores en relación de dependencia.

En Ecuador, la adaptación creativa de la seguridad social europea a una realidad distinta a la de su origen, dio como resultado la gestación de una institución original y distinta a las del resto de Sudamérica: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), fundado en 1928 como Caja de Pensiones. El IESS, funcionando como institución autónoma y unificada desde 1970 hasta el 2001, ha tenido a su cargo la protección individual de la salud de la población trabajadora en relación de dependencia. Este servicio, inicialmente, solamente se extendía a los hijos de los afiliados durante su primer año de edad. Adicionalmente, el IESS proporcionaba los siguientes servicios: entregaba prestaciones de salud universales sin restricciones y pensiones con mínimos y techos máximos; proveía seguros de cesantía bajo un régimen de capitalización individual, pensiones mediante capitalización colectiva, y servicios de salud mediante un régimen de reparto; y, brindaba servicios de crédito social prendario y quirografario, y crédito hipotecario para vivienda. Para llevar a efecto todas estas operaciones, el IESS cumplía simultáneamente las diversas funciones de afiliación, recaudación, administración de fondos, aseguramiento, entrega de prestaciones,

* Director, Instituto de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ex médico salubrista, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

y legislación y control. Para el efecto, manejaba un solo fondo común para todas las prestaciones y seguros.

La cobertura de protección individual se extendía, de manera más o menos homogénea, a toda la proporción de la población económicamente activa y con empleo formal. A partir de esta base, desde 1964 el IESS desarrolló importantes esfuerzos de ampliación de la protección social a nivel urbano, mediante los seguros especiales dirigidos a los artesanos, trabajadores autónomos, profesionales y voluntarios. Por otro lado, se debe destacar la extensión de la protección a la población campesina en el sector rural, que arranca desde 1968 a través de un régimen de afiliación voluntaria, coordinado por organizaciones reconocidas. El Seguro Campesino brinda protección a la familia campesina y se financia con el aporte de afiliados, empresarios y el gobierno, más un aporte simbólico de la familia campesina. Las prestaciones fundamentales de este ámbito de atención del IESS son la atención de salud de primer nivel, por medio de dispensarios rurales, las pensiones de jubilación para el jefe de familia, y la ayuda para funerales.

El IESS es el segundo mayor proveedor de servicios de salud, después del Ministerio de Salud Pública (MSP). Sin embargo, su gasto per cápita es comparativamente mayor al del MSP. Actualmente, abarca dos subsistemas de establecimientos: las unidades médicas, que incluyen hospitales y dispensarios de distinta complejidad, distribuidos en las principales ciudades del país; y los dispensarios rurales, de mínima complejidad, destinados a la atención en el campo. Además, el IESS regula y apoya el funcionamiento de los dispensarios anexos, que son instalados en empresas y dependencias públicas para la atención ambulatoria de sus empleados.

Entre los principales problemas del IESS, se cuentan la concentración de servicios en las

principales ciudades, hecho que afecta a la oportunidad y calidad de la atención, y la sobreoferta de instalaciones en algunas provincias. Tales problemas hallan su origen en el régimen administrativo de la institución. En efecto, la distribución de los establecimientos de salud del IESS en nueve circunscripciones regionales, y la dotación de servicios en las distintas provincias y ciudades del país, va de la mano con el desigual grado de desarrollo económico de las diversas localidades del Ecuador.

Frente a éste y otros problemas, la discusión sobre la reforma de la seguridad social en el Ecuador, que se inició en 1992 (con relativo retraso en comparación con los demás países de América Latina), buscó cambiar la institucionalidad de la seguridad social y sus componentes más importantes: las pensiones y los servicios de salud. Tal reforma, desde su propia concepción, pretendió cambiar las rutinas y símbolos más destacados de la seguridad social. En efecto, con la reforma se pretendió sustituir: el ahorro social por el ahorro individual; la entidad pública por múltiples entidades privadas; el financiamiento colectivo por el financiamiento individual; la concepción del usuario de los servicios de la seguridad social como un derecho-habiente, por una concepción que lo equipara a un comprador de prestaciones; las prestaciones definidas y no selectivas, por prestaciones proporcionales y diferenciadas; la contribución proporcional por la contribución diferenciada; la contribución solidaria por la contribución para los pobres; la entidad corporativa con funciones completas, por organizaciones diferenciadas y especializadas en cada una de las funciones; la institución autónoma por delegación estatal, por una dependencia del gobierno; y, finalmente, se concibió que la seguridad social debía afrontar los riesgos del ingreso económico, y ya no los riesgos del trabajo.

Este conjunto de cambios a su vez implican el giro de una *institución* de protección social autónoma hacia un *sistema* de seguridad social,

lo cual es parte de una nueva forma de entender a la estructura del Estado. Los sistemas de atención no están conformados por estructuras institucionales completas o totales que enfrentan las necesidades sociales. Lejos de ello, los sistemas de atención son, más bien, conglomerados de entidades prestadoras de servicios, que asumen de manera parcial el financiamiento, la prestación, la legislación y el control. En efecto, los cambios en seguridad social incluidos en la Constitución de 1998 apuntan a la conformación de un Sistema Nacional de Seguridad Social.¹ Este sistema incluiría la participación pública y privada, es decir, tendría una estructura mixta, que incluye al Seguro General Obligatorio (SGO) y a los Seguros Complementarios opcionales públicos, privados o mixtos. Otro cambio importante del nuevo marco legal es la inclusión dentro del SGO del régimen especial del Seguro Social Campesino destinado a proteger a la familia campesina y al pescador artesanal (Art. 60). Esos cambios fueron desarrollados en la Ley 2001-55 de Seguridad Social, expedida en noviembre del 2001. En el campo de la salud, esta Ley, además de la separación de los fondos y los seguros, las modificaciones en prestaciones, cobertura, financiamiento y control, planteó dos cambios radicales: la diferenciación (separación) de funciones y la descentralización.

Adicionalmente, este marco legal dispuso la ampliación de la protección en salud a los cónyuges con derecho y a los hijos menores de 6 años. Incorporó el concepto de promoción de la salud a las prestaciones, y especificó como prestaciones a los tratamientos de las enfermedades crónico-degenerativas y a los tratamientos de las enfermedades catastróficas. También se redistribuyó la participación en el

financiamiento de salud: se incrementó de 5,41 a 10 la alícuota del 22% del salario, que es el aporte total para la seguridad social. Por último, el control, según dispuso la Ley, será externo, es decir, será realizado mediante empresas auditoras de salud.

La separación de funciones de la seguridad social diferencia dos actores fundamentales del seguro de salud: la aseguradora, por un lado, y los prestadores de servicios de salud, por el otro. Se trata de una disposición legal que deberá superar obstáculos a la hora de reconfigurar a la aseguradora pública de salud más importante del país, particularmente en lo que se refiere a la constitución de las unidades médicas como empresas del IESS (con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera). Estos cambios plantean aspectos desconocidos al anterior ejercicio de la seguridad social, tales como la contratación en salud, la definición de las formas de pago, la gestión de los recursos humanos, el control de la calidad, la comunicación con los asegurados y la libre elección de éstos.

La reorganización de la atención de salud

Desde la década de 1960 y a través de la década de 1970, en cumplimiento con la política internacional de ampliación de cobertura de la atención por medio de establecimientos, el sistema dual de servicios públicos de salud del Ecuador (conformado por el IESS y el MSP), organizó diversos servicios y programas (Ugalde, 1986). Sin embargo, éstos tendieron a adecuarse a los intereses del poder político, por encima de

1. Según la Constitución Política del Ecuador de 1998, el Sistema de Seguridad Social (Art. 55), con participación pública y privada, está compuesto por el Seguro General Obligatorio (SGO) (Art. 57, 58, 59, 60) y por los Seguros Complementarios (Art. 61). El SGO "será un derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias" y su protección "se extenderá progresivamente a toda la población según condiciones" (Art. 57.). El IESS es el responsable de la prestación del SGO como entidad autónoma (Art. 58.). Esta institución podrá "crear y promover la formación de instituciones administradoras de recursos [...] y mejorar la atención de la salud de los afiliados y sus familias" (Art. 58). La ley también señala que no podrá crearse ninguna prestación, ni mejorar las existentes a cargo del Seguro General Obligatorio, si no se encontraren debidamente financiadas, según estudios actuariales (Art. 59).

la demanda de la población. Por su parte, los servicios privados se organizaron reflejando la desigual distribución de bienes y servicios de la economía. A pesar de estos límites, la relativa extensión de cobertura proporcionó bases de legitimidad a la incipiente institucionalidad, y sirvió de contención frente al reclamo de la ciudadana por más y mejores servicios de salud.

Más adelante, durante las dos últimas décadas del siglo pasado, cuatro fenómenos casi simultáneos han configurado las modificaciones en la organización de la atención de salud en el Ecuador. En esta intersección de cambio institucional, han confluído: los proyectos con financiamiento externo; la separación de funciones orientadas a conformar un Sistema Nacional de Salud moderno; el redescubrimiento de la institución del seguro de salud; y la descentralización como movimiento genérico de cambios en la estructura y funcionamiento del Estado.

Con el antecedente del proyecto Fortalecimiento de las Áreas Básicas de Salud (FASBASE), que arrancó a finales de los setenta, una década más tarde, hacia finales de los ochenta, se preparó el proyecto Modernización de la Red de Servicios de Salud (MODERSA). Ambos proyectos, al ser financiados con préstamos externos, constituyeron un incremento de la deuda externa. Independientemente de sus alcances y evaluaciones, el primero aportó una noción de organización territorial de los servicios de salud orientada a ordenar su distribución. Por su parte, el proyecto MODERSA (todavía en ejecución al momento de elaborar este artículo) ha variado en sus fines y componentes, llegando a incursionar en la formulación de políticas y leyes del sistema, y topando aspectos referidos a la reforma de la salud y al aseguramiento universal. Ambos proyectos, por su gestión externa, han provocado el debilitamiento institucional del MSP, restándole autoridad para que asuma su función de rectoría.

A partir de la experiencia de estos proyectos, los objetivos del movimiento más reciente de cambio institucional en salud, pueden ser delimitados en dos aspectos: organizar los sistemas de salud mediante funciones separadas, y asumir el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Este movimiento para conformar un sistema moderno de salud, con diversos énfasis en la separación de funciones, en especial del financiamiento y del aseguramiento, ha sido impulsado desde distintas organizaciones internacionales, como el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y por sectores ligados al MSP con el apoyo logístico del proyecto MODERSA. Los esfuerzos de este conjunto de actores culminó en la expedición de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el año 2002. Sin embargo, la separación de las cinco funciones (regulación o rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, y control), con la consecuente especialización institucional, ni siquiera se ha definido en la misma redacción de la mencionada Ley.

En medio de la transición institucional de la seguridad social y de los fenómenos concurrentes, en el debate sobre la reforma de salud se ha “redescubierto” la institución del seguro de salud. En efecto, varios analistas plantean hoy que, contando con el suficiente financiamiento, el seguro de salud es una institución que puede regular y organizar eficaz y eficientemente el mercado diferenciado de los servicios de salud. El redescubrimiento del seguro de salud tiene varias expresiones destacadas: la expedición de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; las reformas de salud contempladas en la Ley 2001-55 de Seguridad Social; el desarrollo de los seguros de salud de la Fuerza Pública (ISSFA e ISSPOL); los Consejos Cantonales de Salud; el proyecto de Aseguramiento Universal de la Vicepresidencia de la República; las propuestas de aseguramiento de los municipios de grandes ciudades como Guayaquil y Quito; las distintas

experiencias de seguros comunitarios locales; y, el proyecto de extensión de cobertura en salud PROECOS con la tarjeta gratuita de salud del MSP.

El seguro de salud, en este nuevo contexto, aparece como un intermediario entre las personas que requieren servicios de salud y los proveedores de los mismos. Específicamente, el seguro de salud pasa a establecer o definir el conjunto de prestaciones que deben ser financiadas por el Estado, de acuerdo al ingreso per cápita diferenciado de la población. Esto implica un cambio en la asignación de los recursos: si antes los recursos estatales se destinaban a la oferta (a los servicios), ahora pasarían a ser destinados a la demanda (a la población), de donde el énfasis pasa a ubicarse en la capacidad de los ciudadanos para contratar servicios de salud ofrecidos por prestadores plurales (públicos y privados). Dentro de este modelo, el ingreso de cada persona define la amplitud de las prestaciones que pueda comprar.

Este nuevo modo de concebir al seguro de salud propende, entonces, a la ampliación de la cobertura del aseguramiento (aspecto que actualmente constituye tanto la nueva política de salud, como un importante indicador de equidad y calidad de los sistemas de salud). Se abandona así la ampliación de la cobertura de la oferta de establecimientos de salud. Esto en respuesta a los desafíos que constituyen para los servicios de salud el crecimiento de la economía, la urbanización y concentración poblacional, y las distintas prácticas culturales en salud.

Este retorno a un seguro de salud (modificado) al que nos venimos refiriendo, también viene a ser legitimado por el objetivo de diferenciar las funciones del sistema de salud. Esto en la medida en que el seguro de salud puede, precisamente, diferenciar a la población beneficiaria o asegurada, según la contribución o el aporte individual, por lo que contribuye a la organización de varios

seguros. La función de intermediación entre los afiliados y los prestadores de servicios, permite al seguro de salud modelar el mercado de oferta y demanda de los servicios. Al poder diferenciar los seguros según la capacidad de compra de los segmentos de población, el seguro de salud como intermediario puede ampliar la cobertura del aseguramiento. Esta es la perspectiva de quienes defienden las propuestas que plantean que deben existir tantos seguros como segmentos existan en la población ecuatoriana. Desde esta postura, se apunta a la prestación diferenciada de servicios de salud: para los trabajadores, el IESS; para la fuerza pública, el ISSFA e ISSPOL; para los pobres no protegidos por el IESS, el seguro de pobres (con distintas denominaciones); y para los que pueden pagarlos, los seguros privados. La institución del seguro de salud, así concebida, podría promover la legitimidad de un sistema inequitativo y trasladar la responsabilidad del Estado al individuo, propendiendo a que sea éste quien se procure los medios para comprar los servicios de salud que se “merezca”.

Por otro lado, se argumenta que un seguro de salud está en mejores condiciones que la autoridad sanitaria central para abordar la descentralización (que es otro punto medular en el debate sobre cambio institucional presente en el país). Esto se explica porque, precisamente a consecuencia de su función de intermediación, el seguro de salud no disputa ni concentra poder. Finalmente, se debe señalar que se espera que todos estos cambios en el seguro de salud también auguren una mejoría en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, específicamente, por medio del establecimiento de estándares y protocolos en la contratación, control y pago de las prestaciones entregadas a los afiliados.

Todas estas características y potencialidades del aseguramiento en salud, pueden explicar su redescubrimiento, y la actual eclosión de propuestas de seguros.

Los periodos y las características de la reforma

Se pueden identificar cinco momentos del cambio institucional. Estos periodos pueden constituir la base para establecer una cronología de la reforma, que ayude a caracterizar su ingreso en la agenda pública, las reacciones sociales a la reforma legalizada, y los aspectos ideológico y político-administrativos del cambio institucional (Torre, 1998, March, Olsen, 1997).

Ubicando como punto de partida la crisis mundial de inicios de los ochenta, que marca el fin del Estado del Bienestar en Europa y el arranque de las políticas de desarrollo centradas en la adopción de políticas de ajuste en el resto del mundo no desarrollado (que coincide con el auge de los organismos financieros o bancos internacionales), proponemos la siguiente cronología de la reforma de la seguridad social, en general, y de su componente de salud, en particular.

1979 – 1992: el ingreso de la reforma en la agenda pública

En Ecuador, ante la crisis económica se adoptan medidas macro económicas y sociales, sin que se reformen las instituciones. En este contexto, como se mencionó antes, se desarrollaron los proyectos FASBASE primero y MODERSA después.

La reforma se inicia en 1981 con la construcción de diez hospitales provinciales. Desde 1985 se configuran institucionalmente nueve regiones. Hacia 1990, la crisis de la seguridad social se vuelve uno de los temas recurrentes dentro del discurso neoliberal. Este período culmina cuando el gobierno electo para el periodo 1992-1996, incluye la privatización de la seguridad social en la Agenda para el Desarrollo.

1992 – 1995: de la Agenda para el Desarrollo a la Consulta Popular

En 1994 se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que luego, con las reformas de 1998, se constituirá en un seguro social materno-infantil.

La inserción de la reforma de la seguridad social en la Agenda para el Desarrollo fue una decisión política del Ejecutivo, que luego buscó apoyo en el Legislativo. Sin embargo, se produjo un empate entre las fuerzas políticas interesadas y contrarias a la reforma, por lo que el gobierno planteó una Consulta Popular. Esta decisión fue tomada a las puertas de la nueva campaña electoral. El gobierno fue rechazado en la Consulta Popular y, consecuentemente, también lo fue su propuesta de reforma.

1995 – 1998: de la Consulta Popular a la Asamblea Nacional Constituyente

Después de la negativa a la reforma de la seguridad social en la Consulta Popular, se modificó la táctica, recurriéndose ahora a la reforma constitucional a través de la Asamblea Nacional Constituyente. La nueva Constitución creó el Sistema Nacional de Seguridad Social. Como consecuencia, se separaron los fondos y los seguros (entre ellos los seguros de salud), se intervino al IESS y se dispuso la reforma legal.

1998 – 2001: de la Asamblea Nacional Constituyente a la expedición de la Ley 2001-55 de Seguridad Social

La Comisión Interventora del IESS propuso la nueva ley de seguridad social. Luego de dos años de disputa, el proceso culminó con la expedición, en noviembre de 2001, de la Ley 2001-55 que formula un régimen mixto (público y privado). Así, se da inicio a un período de transición.

2001 – 2004: la transición de la antigua ley a la actual

El régimen mixto fue impugnado ante el Tribunal Constitucional. Esta instancia acepta las impugnaciones y declaró inconstitucional la reforma legal. Sin embargo, esta declaratoria no llegó a publicarse. Como resultado de ello, se genera una ambigüedad jurídica en cuanto a la vigencia del régimen mixto de pensiones y la nueva cuota de financiamiento para el seguro de salud. Desde el 2002, la Presidencia de la República no expide el Reglamento General a la Ley de Seguridad Social.

En el mismo año 2002, se expide la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 12 se refiere al aseguramiento. En el 2003 se expide la Ley Orgánica de Régimen Municipal, relacionada con la descentralización.

En lo que se refiere a la ampliación de cobertura, financiamiento, separación del aseguramiento y entrega de prestaciones, no se ha cumplido con las disposiciones de la Ley 2001-55 de Seguridad Social. Las unidades médicas del IESS todavía no son empresas con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera.

A partir de la observación de este conjunto de cambios (o intentos de cambio) institucional, se pueden destacar algunas características de la reforma de la seguridad social. Primero, sus procesos están inconclusos, sus productos incompletos y sus resultados son inciertos. Segundo, con excepción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, se trata de iniciativas eminentemente institucionales: las propuestas de reforma son promovidas por burocracias institucionales, sean éstas nacionales o internacionales. Tercero, y en relación a lo anterior, el origen de las propuestas de reforma es externo a la institución objeto del cambio. Cuarto, el punto de partida que se toma para las reformas es el atraso frente a otros países;

en otros términos, se registra una persistente comparación con otras realidades, con otras experiencias exitosas (de ahí la urgencia con que se presenta la necesidad del cambio y de aprovechar la experiencia ajena para avanzar más rápidamente). Sin embargo, el elemento que destaca como una regularidad, es la estrategia de cambio de la ley, o de su creación cuando ésta falta. La centralidad del nivel jurídico torna auto evidente que estamos frente a reformas de carácter político, con toda las consecuencias inciertas que ello implica.

En suma, se trata de un proceso de reforma promovido por instituciones (no por movimientos sociales o ciudadanos), que tienen un origen externo a las instituciones que se pretende reformar y que concreta sus resultados en el nivel de lo jurídico. La ambigüedad y límites de los resultados de estas reformas se explicarían por algunos factores. Para empezar, en cuanto al debate acerca del origen del cambio institucional –las necesidades internas (Mesa-Lago, 1993) versus las imposiciones externas (Laurell, 1997)–, resulta pertinente insistir en que la centralidad de la estrategia de cambio de la ley, denota un fuerte sentido de intervención externa. En relación a este punto, se coloca al marco legal como el inicio del proceso de cambio, antes que como una conclusión de un proceso previo que luego se cristaliza en una ley: la estrategia seguida coloca al cambio de la ley como la fuente de poder para las reformas. Este origen externo del cambio, sin organizar ni promover un sujeto interno de la reforma, genera resistencias y, además, implica el riesgo de imponer injertos postizos a la realidad que deforman las instituciones antes que transformarlas. Por lo demás, esta estrategia de reforma “desde afuera” y centrada en el nivel jurídico, ha generado una verdadera competencia legal en varios niveles: entre el IESS y el MSP; entre el IESS y los gremios; y entre el MSP y los municipios.

Ahora bien, otro conjunto de factores que han entrabado la posibilidad de llevar a la práctica una reforma integral de la seguridad social, responden a la debilidad y fragmentación institucional del país. La cultura política patrimonialista predominante en el Ecuador, se expresa en los presupuestos de sus organizaciones estatales: en ausencia de instituciones cabalmente públicas, que constituyan un poder coordinador u organizador, encontramos un conjunto de instituciones que persiguen ser instituciones totales, es decir, cumplir todas las funciones y ser autosuficientes. En el campo de la salud en específico, todas las instituciones pretenden ser rectoras, financiadoras, aseguradoras, prestadoras y controladoras. Cada una se asume como un sistema completo que no reconoce y no requiere de las otras instituciones para funcionar adecuadamente. Todo esto, evidentemente, dificulta la materialización de un proceso de reforma.

Repercusiones en la población

Para establecer las repercusiones del cambio institucional de la salud entre la población, cabe destacar qué aspectos de este cambio podrían repercutir con mayor fuerza en la vida de la gente. A continuación listo estos aspectos. La separación de aseguramiento y prestación de servicios, podría racionalizar el mercado de la oferta y demanda de servicios de salud y, así, quizás ampliar la cobertura. La descentralización podría acercar a las circunscripciones locales de la institución las decisiones y la movilización de recursos en beneficio de la población. La disposición legal de ampliación de la protección en salud al cónyuge y a los hijos menores de 6 años, repercutiría en la calidad de vida de las familias. La autonomía de las unidades médicas del IESS, haría que compitan por la libre elección de usuarios, pacientes, afiliados o derechohabientes; esto resultaría en la

generación de múltiples opciones de seguros públicos a ser comprados según la capacidad financiera de la población. El financiamiento con cargo al presupuesto general del Estado de las prestaciones de salud pública (por ejemplo en los tratamientos de enfermedades catastróficas y crónico degenerativas) ampliaría la cobertura. Y finalmente, el control obligatorio por medio de empresas auditoras externas, aumentaría la calidad.

Sin embargo, muchas de estas posibilidades no se han materializado porque la mayoría de cambios institucionales deseados no se han realizado. Revisemos algunos ejemplos al respecto. Los servicios no se han acercado a la población porque su distribución no ha variado: se mantienen las desigualdades y la inequidad, con las distintas concentraciones poblacionales en las grandes ciudades y en los grandes mercados. No hay cambios en la disponibilidad de la oferta: la jornada laboral del personal médico se organiza alrededor del trabajo en el sector público y el privado. La oferta sigue siendo única: como tendencia dominante (sin contar con algunas excepciones), la medicina oficial es la única opción, hecho que niega la apertura cultural hacia otras prácticas en una sociedad multiétnica y pluricultural. No se han organizado redes de prestadores con base territorial provincial o cantonal, como ya ha ocurrido en las redes de otros servicios públicos (electricidad, teléfonos o agua potable), lo que limita el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. Por último, se mantiene el deterioro de la calidad en la atención por la competencia entre instituciones públicas y privadas, y por la ausencia de incorporación de tecnología.

Desde la perspectiva de los resultados y repercusiones en la población, el análisis de la reforma nos señala una ausencia de resultados positivos y una marcada ambigüedad en los resultados potenciales.

¿Qué hacer?

A pesar de los magros resultados obtenidos hasta el momento por la reforma de salud de la seguridad social, se trata de un movimiento de cambio institucional que avanza. Y se puede esperar que este proceso de cambio siga avanzando: el entorno institucional se está modificando y se puede esperar que la presión social sea cada vez mayor.

La reforma se encuentra en el momento administrativo, es decir en una fase operativa y ejecutiva. Por eso, su mayor desafío es construir legitimidad y aceptación entre los miembros de la burocracia estatal. Acceder a ese sujeto colectivo interno es fundamental para el proceso de reforma. No basta con que los actores externos a la institución hayan conducido la reforma en sus fases ideológica y política, con relativo éxito, desde escenarios exteriores a la institución. En la fase actual, se vuelve una condición necesaria la apropiación de la reforma por parte de la burocracia que fue excluida y se colocó en la resistencia activa o pasiva.

La apropiación de la reforma institucional por parte de los trabajadores públicos de la salud puede posibilitar su conducción, la modificación de su rumbo, la readecuación de sus fines y objetivos, y hasta su rediseño. Un sujeto activo de la reforma podría visualizar las amenazas y obstáculos que producen los movimientos de cambio del entorno institucional, y podría establecer coaliciones y alianzas estratégicas para fortalecer funciones e instituciones. Lo que está en juego es la organización de un sistema de salud menos fragmentado, y la resistencia a la legalización de la inequidad por la vía de segmentar a la población por ingresos o por quintiles de pobreza (organizando un seguro de salud para cada segmento). La salud es un

derecho humano y ciudadano, y no un conjunto de mercancías diferentes a las que se accede según la capacidad de compra y consumo.

Un sujeto institucional interno podría aprender de otras reformas exitosas para atender las necesidades de la población. Podría aprovechar fenómenos como el de la descentralización como oportunidad para el ordenamiento de redes de atención en salud, estableciendo alianzas estratégicas con instituciones no necesariamente de salud o de seguros, como los gobiernos locales (municipios y consejos provinciales). Este actor colectivo también podría superar el simple alineamiento con las políticas internacionales y el cumplimiento irrestricto de dictados y recomendaciones homogeneizadoras, adecuando la reforma a las condiciones de la población y de la realidad sanitaria y política del país.

La capacidad y el derecho a crear y recrear que tiene el sujeto institucional interno, puede replantear el enfoque de la reforma, superando el discurso de la escasez para suplantarlo por la disputa de derechos. Defender derechos ciudadanos, incluyendo el de la salud, implica superar la perspectiva neoliberal (desde la que se afirma que, dado que los recursos son limitados, se deben segmentar los servicios y la atención según los niveles de ingreso) apuntando a garantizar servicios universales para los ciudadanos, y no asistencias particulares para los pobres. Desde esta perspectiva, la sostenibilidad pasa a ser entendida como un medio y ya no como un fin.

Para concluir, una reforma adelantada por un sujeto institucional interno, podrá: viabilizar las posibilidades y restricciones de la realidad y de la historia; fortalecer las instituciones existentes; desarrollar una estrategia propia; encausar la creatividad con sentido de la realidad; sintonizar

con las iniciativas y los sueños de los sectores sociales organizados; posibilitar el ejercicio de los derechos supuestamente “imposibles”, superando la doctrina imperante; y, como corolario, obligarnos a todos a pensar con cabeza propia.

Si perdimos la iniciativa, no perdamos la materialización de la reforma.

Bibliografía:

- ATTAC 2002 *Contra la dictadura de los mercados: alternativas a la mundialización neoliberal* (Barcelona: Icaria).
- Bedregal, Ramiro 1981 *Tratado general sobre seguridad social* (Quito: Universidad Central del Ecuador).
- Constitución Política de la República del Ecuador* 1998 (Quito: Gonzalo Arias Barriga editor).
- Casilda-Béjar, Ramón y José María Tortosa (editores) 1996 *Pros y contras del Estado de Bienestar* (Madrid: Editorial Tecnos).
- Esping-Andersen, G. 1993 *Los tres mundos del Estado de Bienestar* (Valencia: Alfons el Magnànim).
- Edwards, Sebastián 1997 *Crisis y reforma en América Latina* (Buenos Aires: Emecé Editores).
- Huertas, Rafael 1998 *Neoliberalismo y políticas de salud* (Madrid: El Viejo Topo).
- Laurell, Cristina 1997 *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa* (México: Ediciones Era / Fundación Friedrich Ebert).
- March, James y Johan Olsen 1997 *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Mesa-Lago, Carmelo 1977 *Modelos de seguridad social en América Latina* (Buenos Aires: Ediciones Siap-Planteos).
- Mesa-Lago, Carmelo (compilador) 1986 *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Mesa-Lago, Carmelo 1993 *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina. Importancia y evaluación de las alternativas de privatización* (Quito: INCAE/USAID).
- Mesa-Lago, Carmelo 1993 *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Evaluación económica y opciones para reforma* (Quito: INCAE).
- Mesa-Lago, Carmelo 1994 “Los desafíos de la reforma de la seguridad social” en *Documentación de la Seguridad Social. Serie Americana* (Ginebra) No. 17.
- North, Douglass 1993 *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Núñez, Jorge 1992 *Historia del Seguro Social Ecuatoriano* (Quito: IESS).
- Thoumi, Francisco y Merilee Grindle 1992 *La política de la economía del ajuste: la actual experiencia ecuatoriana* (Quito: FLACSO).
- Torre, Juan Carlos 1998 *El proceso político de las reformas económicas en América Latina* (Buenos Aires: Paidós).
- Ugalde, Antonio 1986 “La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud” en Mesa-Lago, Carmelo (compilador) *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas* (México: Fondo de Cultura Económica).