

Alcance y Proceso de las Reformas de los Sistemas de Salud en Ecuador

Nancy Carpio
Ecuador

ASPECTOS GENERALES DEL ECUADOR

La extensión territorial actual es de 256.350 Km², con una población aproximada de 11'700.000 habitantes. El país se divide en 21 provincias, 208 cantones y 720 parroquias. El poder nacional se ejerce a través de las funciones ejecutiva, legislativa y judicial, con un régimen presidencialista que dura 4 años.

En los últimos 20 años el Ecuador, han experimentado cambios profundos en su dinámica demográfica, siendo diversas las dimensiones: esperanza de vida al nacer, promedio de hijos por mujer, proporción de niños y ancianos, población que reside en ciudades, participación laboral femenina. Ha habido también cambios cualitativos: actitud de las personas frente a la procreación, modalidades y composición de las familias y condición social de la mujer. Estos cambios afectan o influyen en el país dependiendo del área de residencia, nivel educativo, estratos sociales y grupos étnicos. La población del Ecuador pasó de 3.4 millones de habitantes en 1950 a más de 11 millones en 1998. Hasta 1.970 la tasa de crecimiento llegó hasta casi el 3 % promedio anual. En el período 1980-1990 bajó a 2.5 % se espera que entre 1990 – 2000 crezca a razón de 2 %. Esta tasa es aún superior a la esperada (1.7 %).

Estimación y proyección de la población total y tasas de crecimiento 1950 – 2015.

AÑO	POBLACION (miles)	TASA DE CRECIMIENTO (%)
1950	3.857	-
1960	4.439	2.70
1970	5.970	2.96
1980	7.961	2.88
1990	10.264	2.54
1995	11.460	2.20
1998	12.174	1.99
2000	12.646	1.97
2005	13.798	1.74
2010	14.899	1.54
2115	15.936	1.35

Fuente: CONADE, ENEC, CELADE, Ecuador.
Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 – 2015; 1993

En un crecimiento importante de la población habrá mayores necesidades de servicios básicos; el uso del espacio y los recursos naturales. Las posibilidades de formación del recurso humano se reducen cuando es grande el incremento cuantitativo de la población. Siendo más profundos los problemas nacionales por la carencia de educación. Estos cambios importantes en los comportamientos demográficos conducen a nuevos desafíos. Los cambios en la mortalidad y en la estructura por edades de la población traen consigo variaciones sustanciales en el perfil epidemiológico de la población, en las demandas de educación, empleo y seguridad social

Surgen nuevas preocupaciones tales como la presencia de enfermedades crónicas propias de la edad adulta, que exigen mayores costos de prevención y atención y una mayor presión sobre el mercado de trabajo, producto de las altas tasas de crecimiento de la población en décadas anteriores. La transición demográfica tiene gran implicación en la situación económica, social y sanitaria, puesto que los enfoques de asignación de recursos, gasto y el mismo modelo de atención requieren ser diferentes.

En el país también hemos observado lo que podríamos llamar “transición epidemiológica” o mejor llamarla “superposición epidemiológica” dada la coexistencia de enfermedades del subdesarrollo, resultado del déficit de infraestructura básica, del ambiente, de caren-

cias alimentarias y nutricionales y las relacionadas con la urbanización, la industrialización, contaminación ambiental, etc., estos cambios en los patrones epidemiológicos demandan nuevas líneas de política y cambios en el diseño de la oferta de atención de salud así como pautas diferentes para su prevención y control

Surge además una situación de incremento de costos en los sistemas de salud debida básicamente al aumento de las expectativas de vida, el incremento de enfermedades crónicas, el aumento de riesgos biológicos, psicológicos y ambientales, las mayores demandas sociales en salud, el apareamiento de nuevas terapéuticas y tecnologías, la ampliación de cobertura, encarecimiento de insumos en particular medicamentos, adquisición de tecnologías sin regulación y altos índices de ineficiencia dados los modelos de gestión obsoletos, duplicación de inversiones, entre otras razones.

La situación política, económica en los momentos actuales es difícil y caótica, en este ámbito, el Ecuador vive la peor crisis de su existencia. Siendo indispensable el inicio práctico de las Reformas del Estado, y las Reformas del sector Salud.

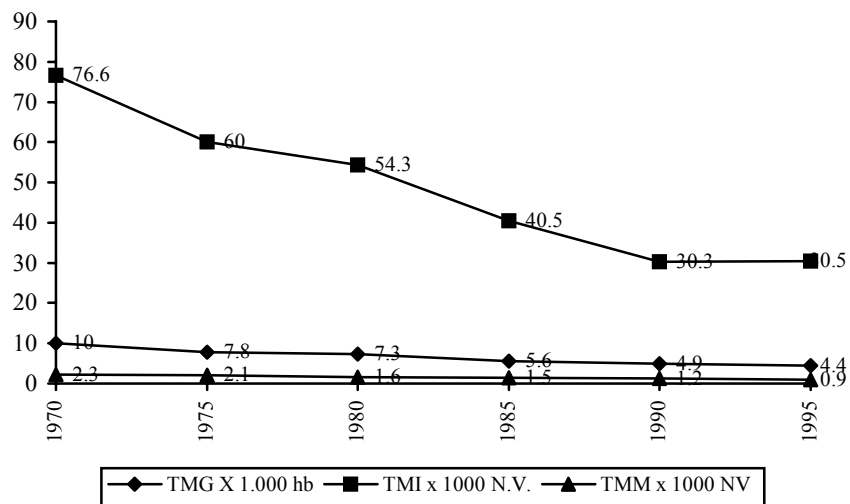
BREVE ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL PAIS

El contexto social, político y económico en el que el Ecuador se ha desarrollado en los años de existencia marca la evolución de las condiciones de salud y las respuestas sociales organizadas a través del Sector Salud en los últimos 25 años. La población ecuatoriana se asienta mayoritariamente en las áreas urbanas (63%) el porcentaje restante en áreas rurales estimándose que un 30 – 35% son indígenas con grandes limitaciones y carencias.

La esperanza de vida al nacer para el período 1995 – 2000, según fuentes del CEPAR es de 69.8 años (72.5 femenina, 67.3 masculina). La pirámide poblacional es bastante amplia (36 % son menores de 15 años) que se va modificando como consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad, fecundidad y mortalidad general.

De igual modo a pesar de la crisis, la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil y general se mantienen, aunque en los últimos cinco años la curva descendente se va aplanando, especialmente la curva de mortalidad infantil que de 76 x 1000 en 1.970, desciende a 30.3 x 1000 en 1.990 y repunta levemente a 30.5 x 1000 en 1.995.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL INFANTIL Y MATERNA
POR QUINQUENIOS ECUADOR 1970 – 1.995



Fuente: INECA Anuario de estadísticas vitales, 1.995. Elaboración: CEPAR

La mortalidad materna, prácticamente no ha tenido reducciones significativas en los últimos 25 años. Sus cifras (129 x 100.000 N. para 1.995, según estimaciones de OPS), una de las más altas de la región, son diez veces superiores a las de los países desarrollados.

Al analizar estos datos nacionales nos muestran las grandes iniquidades y disparidades regionales, sociales y étnicas. La tasa de mortalidad general es superior en las poblaciones pobres del área rural y en las provincias donde se concentra la población indígena.

El perfil de morbi-mortalidad se caracteriza por la persistencia y sobreposición de enfermedades típicas del subdesarrollo como las enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, reemergentes como la tuberculosis, con las del desarrollo urbano y modernización

productiva: enfermedades cardiovasculares, accidentes, trastornos mentales, SIDA, y crónicas degenerativas como el cáncer, diabetes, etc.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ECUADOR 1.995
(Lista abreviada de 50 grupos)*

N°	CAUSAS	Número	Tasa (**)
1.	Neumonía	3108	27.2
2.	Enfermedad Cerbro-vascular	2645	23.1
3.	Enfermedad Hipertensiva	2215	19.4
4.	Accidentes de tránsito	1806	15.8
5.	Diabetes Mellitus	1761	15.4
6.	Homicidio	1531	13.4
7.	Tumor maligno estómago	1448	12.7
8.	Enfermedad Isquémica C.	1441	12.6
9.	Enfermedad infec. Intestinal	1390	12.2
10.	Tuberculosis	1170	10.2

Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales, 1.995

(*) Basada en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades (OPS/OMS)

(**) Tasa por 100.000 habitantes

Se destaca también que el propio desarrollo industrial y la falta de una conciencia de preservación ecológica han descuidado el control del medio y por lo tanto emergen enfermedades asociadas a la contaminación ambiental, intoxicaciones crónicas laborales, contaminación de alimentos y fuentes hídricas, etc. La situación de salud se ve afectada por la deficiente infraestructura básica en áreas rurales, urbano – marginales e incluso urbanas.

Por otra parte, en la población predominan los estilos de vida no saludables. Existe una baja Conciencia Sanitaria de la Población, una falta de cultura sanitaria y más aún preventiva, que sin duda también es un problema de salud

COBERTURA DE SANEAMIENTO A NIVEL DEL PAIS, 1995

Regiones	POBLACION		Agua Potable		Alcantarillado	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Total	6.944	4.516	50.7	31.4	61.4	10.4
Sierra	2335	2246	67.9	39.9	77.5	16.1
Costa	3339	1321	75.6	33.6	50.3	4.1
Oriente	159	363	69.1	35.4	40.2	7.7
Galápagos	11	2	40.3	40.0	43.2	

Fuente: IEOS (Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias). Markop 95 - 96

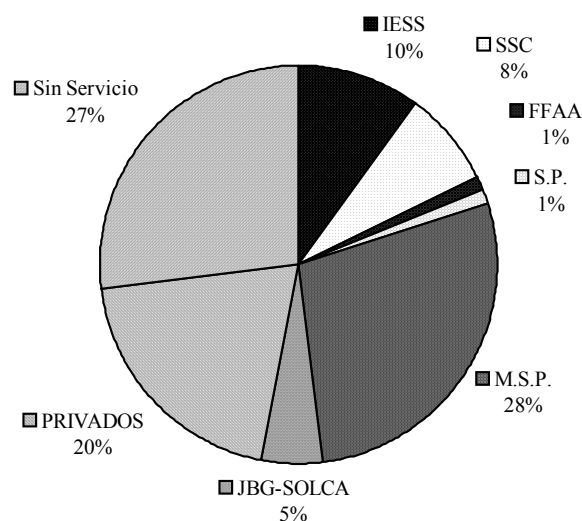
LOS SERVICIOS DE SALUD

El Sector Salud del Ecuador está constituido por diversas instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro que directa e indirectamente promueven la salud, previenen la enfermedad, recuperan o rehabilitan la salud. Hay 1.6 camas por 1.000 habitantes (INEC 1.995), aunque estos recursos se concentran en las grandes ciudades.

El papel del sector público es preponderante. Casi el 50% de las camas son del Ministerio de Salud Pública (MSP) y 85% de los establecimientos ambulatorios son de entidades públicas: MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino. Se estima que existe 1 médico por cada 850 habitantes o 13.3 médicos por 10.000 hbs. (INEC, 1.995). Sin embargo la distribución es desigual, en las ciudades principales como en Quito se estima 1 médico por cada 450 hbs.

El MSP cubre al 28% de la población, a través de Hospitales, Centros y Subcentros de salud, Queda sin cobertura un 27% de la población más pobre, habitante del área rural dispersa y urbano-marginal reciente, cuyas prácticas mayoritarias se remiten a la medicina aborigen y casera. Como podemos observar no existe garantía de acceso a la atención para la mayoría de la población. Existe además desigual distribución de los recursos de atención, a menudo concentrados en las zonas urbanas.

Organización del Sector



Fuente: Fundación Eugenio Espejo (Estudio oferta y demanda de Servicios de Salud en el Ecuador (1987)
Markop, Índice Estadístico Ecuador 95-96. Banco Mundial (Encuesta de condiciones de vida 1.994)

Existe además ineficiencia de la prestación de salud, debido a que cada institución desempeña todas las funciones a la vez y atiende a poblaciones cautivas, falta de un manejo gerencial moderno, con estándares de calidad y mecanismos para la elaboración de presupuestos y control de gastos. Irracionalidad en el gasto en salud como consecuencia de toda la estructura organizativa descrita, sin coordinación donde se duplican recursos de inversión tecnológica y desperdicia la capacidad instalada, duplicando gastos.

En 1993 el gasto en salud correspondió al 5.2 % del PIB (unos 750 millones de dólares que se compone de un 63 % como gasto privado y apenas un 37 % como gasto público, donde el IESS representa el

17 %, el MSP 15 %. En los años siguientes el problema financiero del sector público se agudizó, constituyéndose en la causa para aplicar en los hospitales públicos la cogestión. Ahora se pagan por todos los servicios, incluida la consulta externa, niños, ancianos y mujeres embarazadas son los únicos exentos del cobro. Se estima que estos ingresos cubrirán de 10 % de cada unidad hospitalaria. Para el sector no se estima ninguna inversión significativa.

El problema, en algunos casos, no está en la falta de recursos disponible, sino en el aprovechamiento correcto y eficiente de los mismos. La mayor cantidad de recursos tiene que ir a la atención básica de salud (niños y madres embarazadas), a reducir la desnutrición infantil (entre un 40 y 50 % de los infantes menores de 5 años sufren algún tipo de desnutrición), a dotar de agua potable y alcantarillado.

En resumen, los problemas de salud en el Ecuador se pueden agrupar en dos categorías, las que corresponden a la dimensión socio-epidemiológica y a las que son propias del sector salud:

Dimensión Socio-epidemiológica

- Altas tasas de Morbi-mortalidad infantil y materna
- Transición demográfica
- Coexistencia de enfermedades del subdesarrollo y de la modernización urbana e industrial.
- Presencia de enfermedades infecto-contagiosas aparentemente controladas.
- Altos índices de desnutrición.
- Persiste un porcentaje elevado de la población sin acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado y otros.
- Baja conciencia sanitaria en la población
- Aumento de riesgos biológicos, ambientales y sociales.
- Estilos de vida no saludables

Problemas de organización y funcionamiento del sector salud

- Ausencia de liderazgo sectorial e inestabilidad directiva.
- Falta de continuidad en realización de proyectos y programas de salud
- Déficit en el financiamiento
- Duplicación de inversiones.

- Mala distribución del gasto.
- Gestión centralizada y de bajo rendimiento.
- Desigual distribución y uso de los recursos de atención.
- Insuficiencia en la formación y distribución de los Recursos Humanos
- Baja cobertura y calidad de la atención
- Aumento de los costos y demandas de atención
- Baja motivación en el desarrollo científico – tecnológico conforme a los requerimientos del país.

Con este panorama, la situación de la salud del país y la del Sector Salud se vuelven cada vez más críticas, constituyendo verdaderos justificativos para emprender un proceso de reforma integral.

EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

Las Fases del Proceso

En este proceso es posible identificar momentos o fases claves que agrupan hechos relevantes. A continuación una breve memoria cronológica de lo acontecido en los últimos 5 años. Con el propósito de organizar la descripción, se presenta su descripción en tres fases:

- Fase de inserción del tema de Reforma del Sector Salud: A partir de agosto de 1992 hasta julio de 1994.
- Fase de generación y discusión de las propuestas: Se inicia en agosto de 1994 hasta agosto de 1996.
- Fase de discontinuidad del proceso: De Septiembre de 1996 hasta diciembre de 1997.
- Fase de reordenamiento.

Nueva fase. Enero de 1998

Muchos han sido los proyectos, planes, programas, políticas y reformas de salud que se ha discutido, presentado. Los más recientes emitidos por la Comisión bi-ministerial (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social), por el CONAM (Consejo Nacional de Modernización, por el CONASA. (Consejo Nacional de Salud) y por el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (Julio de 1998)

Un proceso de reforma es un conjunto de hechos relacionados con un propósito común o semejante. Así el proceso de la atención de salud comprende los diversos componentes de la atención desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. O el proceso de planificación con sus momentos de diagnóstico, programación y evaluación. El proceso de reforma del sector salud comprende los diferentes hechos orientados a cambiar la situación de salud inscrita en una realidad sociopolítica y económica particular y en un momento histórico determinado.

Los hechos, que transcurren en este proceso pueden expresarse en lo siguiente:

- Situación de salud de la población.
- Situación de los servicios de atención.
- Situación de los factores demográficos, epidemiológicos y sociales que influyen en la salud y los servicios.
- Situación de las necesidades y demandas de la población en relación con los cambios
- Situación de los actores institucionales y políticos.
- Situación de los factores del contexto nacional e internacional determinante. Ejemplo reforma política, condiciones económicas, cambios culturales, etc.
- Situación científica y técnica en relación con la salud.
- Situación de liderazgo y decisión política. Margen de maniobra tecno-política.

Entre estos elementos se ubica sin duda de manera importante, la formulación y discusión de la propuesta de reforma, que pueden llegar a constituirse en instrumentos estratégicos en el proceso de reforma.

En la actualidad existe un planteamiento de reforma elaborado por Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud, mismo que ha sido publicado en Julio de 1.998. Por ser un programa "oficial" y además regidor de los planes y actividades en los próximos cuatro años del Ministerio de Salud, será presentado al detalle por tratarse del documento más actualizado y presentado a la Asamblea Constituyente en enero de 1.998.

PREPARACION DEL MARCO LEGAL NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE LA REFORMA DEL SECTOR

Reformas Constitucionales en Salud

El Consejo Nacional de Salud, reunido el 15 de enero de 1998, respaldó la propuesta “Rol del Estado y políticas nacionales de salud”, la misma que posteriormente se constituyó en el tema central de la Primera Conferencia Nacional de Salud que bajo el lema “Salud, base del desarrollo nacional” se realizó el 23 de enero de 1998. Se señalaron los ejes de política fundamentales a ser tomados en cuenta en la propuesta de reformas a la Carta Constitucional, la misma que fue presentada a la Asamblea Nacional Constituyente, el 30 de enero de 1998.

Este paso inédito en la Salud Pública nacional abre camino para la constitución de POLITICAS DE ESTADO EN SALUD, las mismas que al tener una base constitucional, permitirán impulsar, de manera sostenida y coherente, los procesos de cambio que el país demanda para mejorar las condiciones de salud de toda la población.

El marco jurídico dentro del que se debe emprender un plan de acción está trazado. Es deber de los entes protagonistas tomar el liderazgo y emprender el cambio de una manera decidida y acorde con las urgentes necesidades de salud que padece el país.

El Ministerio de Salud y el CONASA han emitido un documento que señala, la misión, los objetivos del proceso de cambio, estrategias y planes de acción para el corto, mediano y largo plazo, el mismo que será brevemente revisado y analizado en su contenido de interés.

¿PORQUE ES NECESARIO TRANSFORMAR EL SECTOR SALUD?

Fundamentalmente por tres razones:

- a) Porque la superación de la grave crisis de la salud en el país no es de responsabilidad institucional exclusiva del MSP, sino que requiere la participación y compromiso de todas las instancias públicas y privadas que conforman el sector salud, incluyendo las organizaciones sociales formales y tradicionales relacionadas con la salud.

- b) Porque la salud, en su más amplia concepción constituye factor sustantivo de los procesos de cambio social y económico, en tanto contribuye a mejorar las capacidades individuales y colectivas para enfrentar los desafíos del desarrollo y su acción sinérgica con la educación, la protección ambiental, la producción, la creatividad y el compromiso ético con el bien común.
- c) Porque el sector salud como uno de los más complejos y dinámicos de la sociedad, demanda profundas transformaciones institucionales en el marco de los procesos de modernización y de reforma del estado, para el cumplimiento efectivo de sus roles.

¿CUÁL ES EL SECTOR SALUD QUE QUEREMOS?

Queremos un sector organizado, que potencie sus capacidades, gerencialmente moderno, descentralizado y participativo, que coordine esfuerzos y recursos entre sí y con otros sectores en procura de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de toda la población y de manera especial de los sectores socialmente pobres.

Los Objetivos del Proceso de Cambio

- a) Combatir las desigualdades de acceso a las condiciones de salud y a los servicios de salud, efectivizando el derecho garantizado por la constitución.
- b) Disminuir los riesgos biológicos y psico-sociales que afectan a la salud y lograr la cobertura universal con servicios de salud de calidad.
- c) Desarrollar modelos de atención, organización y financiamiento que respondan a las necesidades epidemiológicas, socioeconómicas, étnico – culturales y de género.
- d) Fortalecer el rol rector del Estado y los procesos de modernización institucional y de gestión descentralizada de la atención de salud.

ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LA REFORMA DEL SECTOR

El Ambito de Análisis

En el proceso de reforma del sector salud, aunque ha sido publicado el documento mencionado, aun no existe un consenso pleno sobre la direccionalidad de la propuesta de cambio ni sobre sus aspectos

operativos, todavía no existe lo que podría llamarse “Proyecto de Implementación de la Reforma”. No obstante es interesante recalcar que en principio existe ya algunos consensos básicos sobre las características que podría asumir la propuesta de reforma del sector salud, elementos que se han sistematizado agrupándolos según su grado de aceptación por parte de los participantes en los diferentes eventos de discusión iniciados en las instituciones del sector y con otros actores sociales.

Temas que tienen un alto perfil de consenso:

- Crisis de la salud y de la atención, que no admite otra fórmula que una reforma integral
- Principio en que se sustenta la reforma: equidad, universalidad, integridad y solidaridad. Menos en eficiencia.
- Orientación del proceso de reforma para resolver problemas de mayorías, en particular en las zonas de mayor pobreza rural y urbana.
- Estado como garante del derecho. Responsable del financiamiento y ejecución de acciones de salud pública
- Conducción del proceso por parte del MSP, como ente oficial del estado, responsable por las políticas nacionales en salud.
- Espacio de concertación: el Consejo Nacional de Salud, por ser el espacio idóneo y representativo del sector salud.
- Estrategias de descentralización y participación social. Importancia de lo local.
- Revalorización de prácticas alternativas propios de entornos étnico culturales diversos
- Aumento del presupuesto público, especialmente para actividades de salud pública y promoción
- Política de salud como política de estado a fin de garantizar continuidad en el proceso de cambio.

Temas que tienen un mediano perfil de consenso

- Ampliación cobertura del seguro: Financiamiento compartido: Estado, empleadores y empleados
- Mantenimiento del IESS como referente del modelo público de aseguramiento, pero con cambios básicos
- Coordinación MSP – IESS. Fortalecimiento del Seguro social campesino.

- Coordinación de la cooperación internacional a través del CIAR
- Desarrollo de experiencia sociales a modo de proyectos demostrativos de reforma
- Capacitación e información social más amplia de la población y de los actores sociales sobre reforma
- Consideración de la reforma como proceso tecno político.
- Enfoque de reforma de salud en el contexto del estado y los modelos de desarrollo

Temas que tienen bajo nivel de consenso

- Definición del Sistema Nacional de Salud
- Estructura y roles institucionales para el ordenamiento del sector
- Esquema de manejo financiero basado en la propuesta de un fondo nacional de salud.
- Rol de los municipios en la atención de salud. (Municipalización de los servicios).
- Autonomía de los servicios, como de los hospitales. Promoción de la autogestión.
- Canasta o paquetes básicos de atención como parte de los esquemas de aseguramiento.

Temas que no tienen consenso

- Privatización de atención de salud y de los medios para su desarrollo.
- Participación de aseguradoras privadas de modo paralelo al IESS.
- Recuperación de costos. Tarifas por servicio. Copagos en el ámbito de los servicios públicos.
- Planes de atención diferenciada para pobres y ricos.
- Ruptura o afectación autonomías institucionales.
- Imposición de modelos de reformas foráneos
- Aumento brusco de cotizaciones para seguro de salud.
- Proceso de reforma sin consulta con los actores involucrados

Del estado del debate señalado destaca que hay tres componentes claves que considerar en una propuesta de reforma:

1. La necesidad de una macroadecuación sectorial en el contexto de la modernización del estado cuya expresión es la organización de un sistema nacional de salud con el propósito de optimizar los recursos del sector.
2. El fortalecimiento de las actividades de salud pública con participación descentralizada del estado y la sociedad civil, garantizando su financiamiento para hacer frente a los graves problemas epidemiológicos y mejorar las condiciones de salud con participación de la comunidad.
3. La estructuración de un modelo de aseguramiento de salud de cobertura universal para cubrir los eventos de morbilidad en el ámbito curativo y preventivo que pueden ocurrir a las personas en su trayecto vital.

En consecuencia, el elemento común y más visible de las tres propuestas es el relacionado con el modelo denominado sistema de seguro social en salud o seguro nacional de salud. Es decir, se coinciden en que ésta es una de las formas más adecuadas de lograr una ampliación de la cobertura de atención, empleando los recursos de un modo más solidario, más equitativo y más eficiente, estos, constituyen los principios y objetivos básicos aceptados por una reforma de atención en salud.

Adicionalmente, se menciona que en este proceso deberán participar tanto el sector público como el privado en una mezcla que aprovecha las ventajas de cada sector, bajo la conducción y regulación del Estado, en un esquema descentralizado y con gerencia de calidad, esta es una de las posiciones que cuenta con mayor aceptación y con posibilidades para su desarrollo futuro.

VIABILIDAD TECNICA

Técnicamente a nivel nacional, hay los conocimientos básicos para emprender en el desarrollo de un modelo de aseguramiento moderno, pero en la marcha es necesario un componente intensivo de capacitación de cuadros profesionales en las nuevas corrientes de los modernos sistemas de seguros, con conceptos menos asistencia-listas y de mayor proyección sanitaria. Específicamente en el área económico financiera hacen falta profesionales con experiencia en economía de la salud y especialmente para el análisis económico del sector.

Viabilidad Institucional

Este tipo de viabilidad hace referencia expresamente a las capacidades institucionales para llevar adelante estos procesos de cambio, puesto que reformas tan complejas y de tanto tiempo requieren de soporte políticos, legales, administrativo financieros relativamente consolidados. De este modo, en nuestro país, se pueden señalar tres instancias que intervienen protagónicamente en este proceso de reforma:

a) El Ministerio de Salud Pública, como ente rector de la salud en el país, en los últimos años ha venido de más a menos, como lo evidencia el deterioro de sus capacidades técnicas, administrativas y financieras.

El MSP se encuentra debilitado para cumplir sus funciones de rectoría en el sector. No obstante, de que es necesario emprender en su fortalecimiento inmediato, también es una oportunidad para promover un cambio sustantivo en su red tradicional. Uno de estos nuevos cambios es que el MSP profundice el proceso de descentralización para el manejo autónomo de sus unidades operativas o su gestión sea delegada a entes locales u organizaciones universitarias, de profesionales (cooperativas, ONG's, organizaciones comunitarias, etc.).

Con este cambio de perfil institucional la planta central del MSP y sus direcciones provinciales quedarían en mayor libertad de acción par ejercer con propiedad las funciones de formulación y seguimiento de las políticas y establecimiento de normas y regulaciones sobre la salud en el ámbito nacional, el control sanitario, la prevención y control epidemiológico, de la contaminación ambiental, las nuevas y viejas epidemias, etc. Que es lo que actualmente más hace falta. Esto se considera un buen comienzo de la reforma para lo cual el MSP contaría con la asesoría y apoyo del consejo Nacional de Salud (CONASA),

b) El IESS, principal entidad de aseguramiento público en el país, que junto con el Seguro Social Campesino representa la política social más connotada, como un modelo asistencial y solidario.

El IESS afronta una serie de dificultades financieras y administrativas agravadas en la última época, las causas básicas para su cuasi es-

tancamiento de cobertura son las políticas económicas restrictivas del país al cual está asociado el modelo de financiamiento del IESS, pero también a su excesivo burocratismo, clientelismo, gremialismo y abuso de los gobiernos de turno que han manejado sus fondos como parte de la política monetaria, a parte de la colosal deuda estatal por obligaciones de ley que deben ser pagadas. Con este panorama, el IESS también confronta un reto de cambio ineludible como institución global y no solo en el ámbito del seguro médico.

El IESS tiene que mejorar sus competencias administrativas y de calidad de atención, abrirse a la contratación de servicios con otros entes como el sector privado (como ya lo ha empezado a hacer). Debe convertirse en una organización competitiva, eficiente, democrática y moderna, expandiendo el principio de solidaridad y universalidad de sus prestaciones (aunque en principio solo sean las de salud) a toda la población, para lo cual contribuiría el estado y el sector empresarial privado.

c) El sector privado diferenciando, aquel sin fines de lucro y el sector privado empresarial o con fines de lucro.

Se reconoce que en el país la participación del sector privado en salud, ha crecido sustancialmente en inversiones, en el gasto (aunque la mitad es por compra de medicamentos) y en la cantidad de su oferta especialmente en el ámbito ambulatorio, por el crecimiento del mercado, debido en parte al deterioro del sector público.

Considerando la capacidad instalada del sector privado, se ha analizado la posibilidad de incluirlo en la prestación de servicios al sistema de seguro, en vista del régimen de participación plural prevista en el modelo. Hay empresas como las de medicina prepagada que si bien ahora tienen un mercado reducido (-del 1% de la población nacional) pueden ampliar sus ofertas a los sectores de altos ingresos (entre 5 – 10% de la población nacional). Por último, están los planes adicionales que pueden ser ofertados por el sector privado corriendo con su propio financiamiento.

En resumen el sector salud del Ecuador uniendo las capacidades técnicas e institucionales del sector público y privado se muestra con un alto nivel de disponibilidad para un proceso de reforma, es decir hay viabilidad para construir el modelo de atención de aseguramiento como tal.

Viabilidad Financiera

La situación en términos macroeconómicos no se prevé puede cambiar sustancialmente en los próximos 5 años. Ello convierte a la variable financiera en una de las “críticas” para el desarrollo del proceso de reforma. Toda reforma orientada a mejorar la cobertura y calidad de la atención requieren de nuevos fondos de inversión para impulsar los cambios, desarrollar los recursos humanos, adecuar las instituciones, mejorar las condiciones de la oferta, efectuar estudios y demostraciones necesarias, promover y consensuar los cambios, etc.

El proyecto además debe optimizar el gasto, debe realizar verdaderas inversiones en salud, teniendo como base el desarrollo y fortalecer los sistemas básicos de infraestructura sanitaria, impulsar y practicar medicina preventiva. No siempre es prioritario mayor cantidad de asignaciones sino distribuir equitativamente, controlando los gastos administrativos, de insumos, equipos, que no significa disminuir la cantidad de asignación, sino controlar su utilización.

Viabilidad Sociocultural

Como se ha visto en varios países los procesos de reforma no necesariamente salen de las bases comunitarias. En el caso del Ecuador el proceso de reforma del sector salud surge asociado a la reforma de la seguridad social planteada por el gobierno (1992 – 1996) como parte del esquema de reforma del estado y privatización de los sectores económicos y sociales. Es decir en respuesta más bien a intereses de ciertos segmentos de inversionistas privados en el mercado de seguros (sobre todo para el manejo de las pensiones) que impulsaron desde el CONAM dicha reforma.

Lo mencionado no significa que no ha habido demanda social por mejorar las prestaciones de seguridad social o la atención de salud pública desde años atrás, como se han manifestado en las encuestas de oferta y demanda realizadas en el país. Hay una aceptabilidad general o mayoritaria para el cambio orientado al beneficio colectivo por sobre el particular, donde se protejan los derechos de los más débiles a una atención de salud más digna y equitativa, rol básico que el estado no puede renunciar y mucho menos en situaciones de crisis.

Viabilidad Política

Esta es una de las más importante, por cuanto en una sociedad como la nuestra, hay una sobrevalorización del juego político en las decisiones y en consecuencia las otras variables de algún modo dependen de ella. De este modo, aun en escasez de recursos, si hay la decisión política necesaria se asegura la viabilidad de los procesos de cambio. En el país existen actores que en los últimos tres años han influido en el proceso de reforma de la seguridad social y del sector salud:

1. El Frente económico
2. El CONAM
3. Las cámaras y la asociación de bancos
4. Los bancos de crédito internacional
5. El IESS y Ministerio de Bienestar Social
6. La Junta de Beneficencia de Guayaquil – SOLCA
7. Sanidad de la fuerza armadas
8. El Ministerio de Salud
9. Los gremios como la Federación Médica
10. Los sindicatos de trabajadores
11. Las organizaciones campesinas – organizaciones indígenas
12. Los partidos políticos – Congreso Nacional
13. Los organismos de cooperación técnica
14. Industria farmacéutica
15. Las universidades (facultades)
16. Otras instituciones del sector (cruz roja, ONG's)
17. Otras organizaciones sociales (mujeres)
18. Municipios
19. El CONADE
20. Los usuarios – organismos de defensa del consumidor.

Si bien hay actores que podría decirse tienen una cuota de poder fija y siempre serán poderosos como los primeros de la lista, otros actores pueden variar su jerarquización, en función de las circunstancias políticas y los intereses en juego.

Resumiendo, el balance global de la situación, nos muestra el siguiente panorama caracterizado por los siguientes hechos:

1. A pesar de los consensos logrados inicialmente sobre los principios rectores del proceso de cambio, sus estrategias y compo-

nentes operativos básicos, aún no hay total claridad del modelo de reforma más conveniente a los intereses nacionales y por ello más bien se destacan múltiples esfuerzos aislados en el ámbito conceptual y operativo, realizados para corregir los indicadores que nos sitúa en un país con una profunda crisis en salud.

2. Al momento no hay liderazgo atribuible a algún actor principal o institucional que oriente el proceso de cambio ni que lo conduzca. Pues, en este punto no se puede dejar de mencionar la aguda crisis por la que atraviesa el MSP como institución rectora de la salud del país y por ende del sector salud, siendo una limitante fundamental para el arranque definitivo del proceso.
3. Por otra parte, hay que reconocer también que no han desarrollado las capacidades institucionales y profesionales para llevar adelante los cambios que se requieren. Quizá este proceso de aprendizaje se vea alimentado por el desarrollo de proyectos demostrativos en el ámbito local o de pequeña escala que se están empezando a impulsar desde el Estado y desde la Sociedad Civil.
4. Por último, se debe indicar que aún no hay decisión política del más alto nivel del Estado (política de Estado) para conducir el proceso y los actores institucionales se encuentran desorientados algunos, escépticos la mayoría y recelosos otros. En particular el soporte social y comunitario, es todavía incipiente para promover una demanda política de reforma en el sector salud. Y mismo, los sectores agremiados han limitado su estrategia de lucha a sus intereses corporativos, básicamente salariales y de empleo antes que a propuestas sostenidas de cambio estructural en el sector salud.

La reforma del sector salud es una oportunidad para mejorar las condiciones de salud de la población, reforma que a pesar de su importancia tiene sus límites, “puesto que el mejoramiento de la situación de salud del pueblo exige más acciones intersectoriales desde el Estado y que incidan en los determinantes de la salud como son el empleo, la vivienda, la educación, la adecuada nutrición y seguridad alimentaria, la protección ambiental y el saneamiento, la paz y seguridad ciudadana, componentes básicos para una estrategia de promoción de la salud “.

Para conseguir una mejor calidad de vida hace falta el concurso de toda la sociedad involucrada en el problema y en el medio. La reforma debe estar acorde a la realidad del país, a sus protagonistas y

al momento en el que el país vive, la aplicación de modelos externos puede terminar en fracaso. O para aplicarlas es necesario no perder de vista las realidades y la idiosincrasia del pueblo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública, Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional. Propuesta para mejorar la Salud de Todos los Ecuatorianos. Segunda Edición, julio 1.998.
2. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1.992-1997. Dr. R. Echeverría, julio 1.997.
3. CEPAR, Desarrollo poblacional, Encuesta de capacidad administrativa en instituciones públicas de salud, febrero 1.999. Sondeo de opinión sobre políticas de salud, enero 1.996, Proyecto, análisis y promoción de políticas de salud. Correo poblacional y de la salud.
4. Índice estadístico Ecuador 95 – 96. Markop.
5. Plan de Gobierno en Salud, lineamientos generales 1.998 – 2002.
6. Banco Mundial SECAP, encuesta sobre condiciones de vida en Ecuador, 1.995
7. IESS, memoria institucional (1.992 – 1.994).