

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

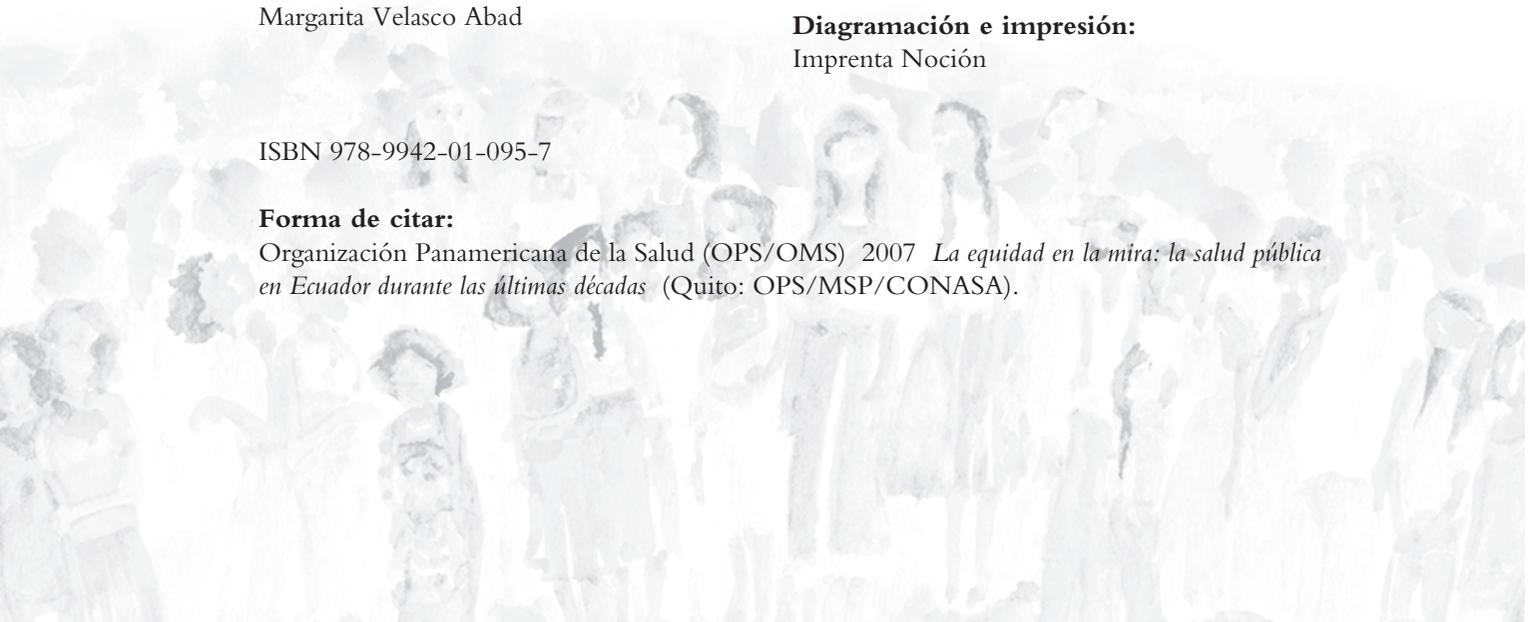
Diagramación e impresión:

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

Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial

Nilhda Villacrés*¹

Marco Guerrero F.*²

Antecedentes

El 30 de septiembre de 1995, en el marco de la Cumbre de las Américas de la OPS/OMS celebrada en Washington DC, se aprobó la resolución concerniente a la reforma del sector salud. A través de esta resolución se solicita “a los gobiernos miembro que otorguen atención prioritaria a los procesos de reforma del sector salud con miras a alcanzar mayor equidad, eficiencia y efectividad en las acciones del sector” (OPS/OMS, 1995). Esta nueva orientación frente a las políticas de salud surgió en base al documento elaborado conjuntamente por organismos multilaterales de crédito y organizaciones de cooperación internacional (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID). En esencia, la resolución plantea el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de las personas a través de las siguientes medidas: combate a la pobreza; reducción de las desigualdades del estado de salud; mejoramiento del acceso a los servicios de salud; fomento de la corresponsabilidad entre los individuos, la comunidad y los servicios; modernización en la organización de los servicios de salud; y, búsqueda de financiamiento sostenible para el logro de los objetivos sanitarios.

A partir de este marco de reforma establecido a nivel internacional, los países de la región han venido ensayando una serie de cambios en sus sistemas de salud que abarcan separación de funciones, organización de sistemas y financiamiento de las operaciones del sector

(ORAS, CONHU, 2004). Desde entonces, la ampliación de la cobertura de los servicios hasta su universalización y la redefinición del modelo de atención, son aspectos centrales de la reforma sectorial.

En el país, ya desde 1994 se venían intentando extender la cobertura, sobre todo hacia la población más vulnerable y desprotegida hasta ese momento constituida por madres y por niños menores de 5 años. Fue entonces que se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que establece el derecho de acceso a los servicios públicos de salud para la atención del parto y puerperio a toda mujer ecuatoriana. Posteriormente, tras las sucesivas reformas por las que atravesó esta ley, se incorporan otras prestaciones relacionadas con el puerperio y la atención al menor de 5 años. Esta ampliación del derecho al acceso de servicios de salud está financiada por el Estado y se refiere, específicamente, al pago de insumos, medicamentos y exámenes de laboratorio.

A finales del mismo año de 1994, la Comisión Interministerial de Reforma del Sector Salud del Ecuador, presentó una primera propuesta que otorgaba al Ministerio de Salud Pública (MSP) un rol eminentemente rector del sector salud. La propuesta contemplaba también que se delegarían progresivamente los papeles de administrador y proveedor directo de los servicios a las unidades de salud que vayan adquiriendo autonomía administrativa-financiera. Por su parte, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

*1 Ex-asesora técnica, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)

*2 Ex-asesor técnico, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)

le correspondería el rol de asegurador, con funciones de compra de servicios a proveedores plurales. Y el Seguro Campesino se convertiría en un seguro subsidiado. Dentro de la propuesta, las organizaciones autónomas, principalmente la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), tendrían la función de empresas promotoras de salud. El sector privado podría intervenir en el aseguramiento ofertando sus servicios como alternativa a las mismas unidades del IESS e, inclusive, vendiendo planes adicionales a precios de mercado. En compensación, este sector contribuiría obligatoriamente con el financiamiento de programas de salud para la población más vulnerable (Varios Autores, 2004).

Sin embargo, la propuesta de la Comisión Interministerial no tuvo acogida en el sector. Como alternativa, fue ganando fuerza la idea de que el Consejo Nacional de Salud (CONASA) se constituya en el espacio idóneo para la discusión sobre los temas de reforma sectorial. Así, en el seno de esta instancia se constituyó la Comisión Técnica de Reforma que estableció una agenda centrada en la formulación de la Política Nacional de Salud, la organización del Sistema Nacional de Salud, la formulación de una política de desarrollo de recursos humanos, y la institucionalización de la promoción de la salud.

A partir de este momento, advino lo que se ha conocido como la “reforma silenciosa” (un proceso de cambios en el sector de la salud escasamente mediados por discusiones públicas), hasta que en 1998 se instaló la Asamblea Constituyente. Dentro de la Asamblea, la Comisión Técnica de Reforma del CONASA cumplió un papel preponderante. En efecto, consiguió que los asambleístas incluyan todo un capítulo de salud en el texto constitucional. Este logro abrió el camino para la implementación de la reforma sectorial. En esencia, el capítulo sobre salud de la Constitución establece: una

concepción de la salud como proceso integral y como derecho ciudadano; el deber y responsabilidad del Estado de promover la salud y formular la política nacional de salud; la conformación de un Sistema Nacional de Salud de funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo; y fuentes de financiamiento sectoriales de base pública. Sin embargo, el artículo relacionado con la implementación del Aseguramiento Universal de salud no fue aprobado por los asambleístas.

En el año 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social. En lo relativo a salud, esta Ley establece el seguro general de salud individual y familiar, con separación de funciones entre los procesos de aseguramiento, compra de servicios médicos y entrega de prestaciones de salud a los afiliados. A su vez, la nueva Ley propicia la libertad de elección de los usuarios y la autonomía de gestión entre las unidades del IESS, y abre la posibilidad de participación de entidades privadas en la provisión de servicios. Debe señalarse también que esta Ley mantiene el régimen especial del Seguro Social Campesino, con aportes subsidiados y cobertura familiar de prestaciones de salud y maternidad en similares condiciones a las del seguro general, individual y familiar.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud fue aprobada por el Congreso Nacional en el año 2002. Sin embargo, esto ocurrió como producto de fuertes negociaciones cuyo resultado final impidió que esta Ley se convirtiera en un verdadero instrumento de reforma. A pesar de este límite, cabe rescatar la organización participativa del sistema, la definición del plan integral de salud y del modelo de atención, y la delimitación de las funciones del sistema (coordinación o rectoría, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento).

Con el advenimiento del nuevo gobierno en el 2003, la reforma sectorial y su instrumentalización volvieron a generar

discusión pública. Específicamente, arrancó la propuesta del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), primero desde la Vicepresidencia y luego desde la Presidencia de la República a través de la creación de la Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) (Decreto Ejecutivo No. 962, 16 de diciembre de 2005). Entre otras funciones, la SODEM asumió la responsabilidad de dictar las estrategias y mecanismos operacionales para ejercer la ejecución y administración del Sistema de AUS. La creación de esta Secretaría fue planteada para cumplir dos grandes propósitos: incrementar la cobertura del seguro de salud del 20 al 100% de la población; y, promover la excelencia, el carácter integral y la calidad de atención a la salud. Las entidades aseguradoras y los proveedores de salud serían las instancias que implementarían esta política (Palacio, 2006).

El proyecto Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) buscó asesoría en el consorcio CARE-John Hopkins University para el diseño, implementación de estrategias y formulación de recomendaciones sobre la viabilidad y sostenibilidad del AUS. Entre las recomendaciones más relevantes presentadas por estas instituciones se incluye: incrementar la cobertura de la población, sobre todo de la más pobre (quintiles 1 y 2 de pobreza); garantizar la protección financiera de las prestaciones; subsidiar la demanda; fomentar la prevención y promoción de la salud; y, fortalecer los servicios públicos de salud. (CARE, John Hopkins University, 2005).

Hacia la construcción del Aseguramiento Universal de Salud

Para lograr el AUS en el plazo de diez años, en el 2002 desde la Vicepresidencia de la República se propuso la conformación y operacionalización de un Sistema Nacional de Aseguramiento Universal de Salud (SINAUS). Tal y como ha sido concebido, el SINAUS es de

carácter público y busca la protección financiera equitativa para proporcionar el acceso a la atención de salud con calidad y calidez para toda la población ecuatoriana. La propuesta de este sistema se basa en un enfoque renovado de la atención primaria de salud orientado a garantizar una atención universal, integral e integrada (OPS/OMS, 2005).

Con miras a efectivizar el SINAUS, se ha buscado asegurar la articulación, coherencia y complementariedad entre el conjunto de entidades y leyes relacionadas con esta propuesta. Esto con el fin de, respetando la autonomía de las diversas instituciones involucradas, alcanzar un nivel adecuado de protección financiera. La protección financiera implica disponer físicamente de servicios de salud integral e integrada en el momento en que se necesite de ellos, con mecanismos para financiarlos (principalmente de prepago) para así evitar que los gastos salgan directamente del bolsillo de los hogares.

En función de lo anterior, desde noviembre del 2004 a junio del 2005, se diseñó la propuesta de AUS. En julio del mismo año, se inició la organización e implementación del Programa Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), que prioriza la estructuración de un seguro orientado a servir a la población del primer y segundo quintil, a través del plan de beneficios de salud del AUS. Los costos de este seguro, tal y como fue planificado, se cubrirían mediante subsidios financiados por recursos públicos y, posteriormente, se sumaría la contribución de la población de los quintiles tercero, cuarto y quinto. Este plan de beneficios proporciona acceso a servicios de salud por medio de dos subconjuntos. El primero se refiere a la atención primaria esencial de salud (primer nivel de atención) de carácter universal y obligatorio; y el segundo, a la atención ambulatoria y hospitalaria de segundo y tercer nivel dirigida a la patología de mayor prevalencia en el perfil epidemiológico de la población. El segundo

subconjunto incluye el tratamiento de un grupo selectivo de patologías de alta frecuencia y alto costo para la población, a través de una red plural de proveedores, donde el sistema público es esencial.

El sistema AUS es una intervención que contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud.

Sus definiciones centrales son las siguientes:

- Cobertura: todos los habitantes del territorio ecuatoriano estarán asegurados.
- Financiamiento: se respetarán los actuales recursos públicos de las instituciones, se encontrarán mecanismos de relación, se asignarán recursos fiscales adicionales y se racionalizará y mejorará la calidad del gasto.
- Provisión: se integrará a todos los actores proveedores del sistema de salud del país sobre la base de la red pública en una red de atención coordinada.
- Plan de Beneficios de Salud: el subconjunto de primer nivel será obligatorio y universal para todos lo ecuatorianos; y el subconjunto ambulatorio y hospitalario de segundo nivel será subsidiado de forma progresiva de acuerdo al ingreso.
- Costo estándar: el costo estará basado en criterios de calidad y primas para cada quintil de carácter progresivo (a más ingreso, más prima).
- Administración: se conformará una instancia en la SODEM para la administración, compra de servicios y manejo de los recursos del AUS.
- Licenciamiento: el MSP otorgará certificados de licenciamiento a proveedores públicos y privados de acuerdo a su normativa.
- Acreditación: se acreditará a todos los proveedores del sistema AUS.

El AUS se rige por los siguientes principios: derecho ciudadano y equidad; racionalidad

pública y protección social; universalidad y gradualidad; solidaridad social; eficiencia, eficacia y calidad; participación; transparencia y honestidad; competencia y libre elección regulada.

Como señala el Decreto Ejecutivo con el que fue creado, el propósito central del AUS es proporcionar la protección financiera, oportuna e integral, a todos los ecuatorianos y ecuatorianas, para un acceso efectivo a un plan de beneficios de salud basado en la atención primaria de salud. El AUS privilegia la salud de los ciudadanos y ciudadanas más pobres y vulnerables, a través de la articulación de instituciones públicas y privadas del sector salud y con el esfuerzo conjunto de la sociedad ecuatoriana para mejorar el nivel de vida, de salud y el ejercicio real de sus derechos.

A partir de este propósito, los objetivos específicos del AUS podrían ser sintetizados en siete puntos:

- Lograr la cobertura financiera universal efectiva de salud entre la población ecuatoriana más pobre y vulnerable de forma subsidiada hasta el año 2010. Y alcanzar esa cobertura entre el resto de población de forma contributiva y progresiva, para enfrentar los riesgos financieros provocados por problemas de salud, riesgos epidemiológicos y su tratamiento integral, de forma subsidiada y contributiva según el ingreso.
- Asegurar el acceso a un Plan de Beneficios de Salud (que incluye promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), a través de un subconjunto de atención primaria ambulatoria de forma universal, obligatoria y subsidiada a toda la población ecuatoriana, y de otro subconjunto ambulatorio y hospitalario de segundo nivel dirigido a las patologías de mayor prevalencia en coherencia con el perfil de necesidades y problemas de salud a lo largo del ciclo de vida.

- Obtener financiamiento sostenible y establecer mecanismos de manejo transparente para lograr que la población ecuatoriana acceda a un Plan de Beneficios de Salud.
 - Articular las diferentes modalidades de aseguramiento de forma progresiva hasta constituir un sistema nacional obligatorio a través de estrategias y mecanismos operacionales de cooperación y de información en el corto, mediano y largo plazo.
 - Promover la calidad, continuidad y complementariedad de la atención de salud integral e integrada, a través de la organización de redes de provisión de servicios de salud pública y privada sin fines de lucro, en un primera etapa, y con fines de lucro, de acuerdo al desarrollo del PROAUS.
 - Asegurar la eficiencia, oportunidad y calidez en la atención de salud a todos los usuarios del seguro, a través de la orientación permanente, el establecimiento de canales de comunicación continuos, sistemas efectivos de administración y solución de reclamos, y a través de la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios.
 - Contribuir a preservar y mejorar la salud de los ecuatorianos y ecuatorianas y la formación de capital humano, mediante la implementación del AUS, dentro del Sistema Nacional de Salud y bajo la rectoría del MSP.
- fortalecimiento y coordinación de las redes plurales de proveedores.
 - Establecimiento de mecanismos para la convergencia en el corto, mediano y largo plazo, de las diferentes modalidades de aseguramiento en salud que coexisten en el país.
 - Reorientación del modelo de atención de los servicios hacia una atención que propicie el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades, y que responda a sus necesidades fundamentales.
 - Establecimiento de un Plan de Beneficios de Salud con enfoque intercultural, como base obligatoria de cobertura integral universal de servicios de salud, que responda de forma costo-efectiva a los requerimientos demográficos y epidemiológicos de la población en coordinación con el CONASA.
 - Pluralidad en la provisión, constituyendo una red pública con capacidad de respuesta a las necesidades de la población, a la que se incorpore de forma progresiva las organizaciones no gubernamentales (ONG) sin fines de lucro y, posteriormente, los proveedores con fines de lucro.
 - Mecanismos de compra y pago por servicios de salud e incentivos a las redes de proveedores públicos y privados en función del cumplimiento de estándares de calidad y objetivos de salud.
 - Fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos en salud que propicie la excelencia técnica, responsabilidad laboral y compromiso social.
 - Rendición de cuentas y veeduría que aporte a la construcción de la ciudadanía en salud y permita el pleno conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política del Estado ecuatoriano.

Las estrategias contempladas para alcanzar estos objetivos son las siguientes:

- Fortalecimiento del ejercicio del rol rector del MSP que emana a través de instrumentos jurídico-legales de regulación, normatización y estandarización técnica, mandatorios tanto para el sector público como privado de la salud.
- Fortalecimiento de la construcción del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el

Características del sistema de AUS

Población beneficiaria

En el Ecuador, la clasificación de la población por quintiles de ingreso o consumo ha sido un instrumento valioso a efectos de direccionar políticas sociales equitativas. Entre los quintiles de más bajos ingresos se concentra el mayor porcentaje de población del país. Priorizando a este sector de la población, si el AUS se erigiera como una política de Estado, se aseguraría en salud a por lo menos 5,2 millones de habitantes, quienes apenas alcanzan a captar 43,75 dólares per cápita por mes (en el quintil 1) y 81,74 dólares per cápita por mes (en el quintil 2).

Dentro del quintil 1 de la población, apenas se encuentran asegurados alrededor de 12% de las personas. En contraste, en el quintil 5 (de ingresos más altos) el 36% de las personas se encuentran aseguradas. La falta de cobertura de aseguramiento por provincias y quintiles, muestra el enorme déficit que urge superar.

Son estas consideraciones las que han orientado la definición de la población objetivo del AUS para el periodo 2005-2010. Para el efecto, en base a las proyecciones de población total del Ecuador realizada por el INEC y a las estimaciones proyectadas por la investigación realizada por el ya mencionado consorcio CARE-John Hopkins (2005), se realizó la estimación de la población objetivo tal como muestra el cuadro 1.

Los criterios para identificar a los sectores sociales hacia donde se pretende extender la cobertura de protección financiera del sistema AUS (población de muy bajos y de bajos ingresos), parten de la identificación realizada en la base SELBEN.

Afiliación

Se considerará como aseguradas a todas las familias o núcleos familiares que, cumpliendo los requisitos establecidos para el efecto, se hayan afiliado de forma efectiva al sistema de AUS. Los requisitos de afiliación son: constar en la base del SELBEN; presentar cédula de identidad o un documento que acredite su residencia permanente en Ecuador; proporcionar datos fidedignos de todos y cada uno de los miembros de su familia que se requieran; y, en caso de que fuese afiliado a otro sistema de aseguramiento, proporcionar los datos de afiliación, a fin de establecer cruce de cuentas de sistemas.

Si el núcleo familiar consta en la base de datos SELBEN, la afiliación al AUS es un derecho. La afiliación efectiva ocurre cuando el o la jefe de familia se acerca a los puntos de afiliación designadas por el PRO-AUS para el efecto, y se obtiene su huella dactilar a través de un dispositivo biométrico o, en el caso de los niños, una fotografía. Estos puntos operarán en sitios especificados con antelación a través de la promoción y comunicación social de base local. En el proceso de afiliación, podrán participar las municipalidades que hayan firmado convenios de alianza con el AUS. En la operatividad concreta de cada territorio se establecerá la forma operativa más conveniente para realizar la afiliación.

Plan de Beneficios de Salud del AUS

Los beneficiarios tienen derecho a acceder, en cualquiera de las instituciones contratadas como proveedoras del PRO-AUS, al Plan de Beneficios de Salud del AUS. Este plan tomó como punto de partida el diseño del Plan Integral de Salud elaborado por el CONASA en

Cuadro 1

Cobertura de aseguramiento. Ecuador (proyección hasta el año 2015)

Años	Población total años	Total población asegurada	Total población no asegurada	Proyección de demanda				
				Muy bajos ingresos (Q1)	Bajos ingresos (Q2)	Medianos ingresos (Q3)	Altos ingresos (Q4)	Muy altos ingresos (Q5)
2005	13.186.277	3.222.216	9.964.061,0	1.849.329,7	2.256.859,8	2.174.158	2.039.643	1.644.070,1
	%	24,4		18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2006	13.371.110	3.641.115	9.729.995,0	1.805.887,1	2.203.843,9	2.123.085	1.991.730	1.605.449,2
	%	27,2	75,6	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2007	13.555.943	4.152.851	9.403.091,9	1.745.213,9	2.129.800,3	2.051.755	1.924.813	1.551.510,2
	%	30,6	73,8	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2008	13.740.776	4.244.732	9.496.044,1	1.762.465,8	2.150.854,0	2.072.037	1.943.840	1.566.847,3
	%	30,9	71,3	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2009	13.925.609	4.337.294	9.588.315,4	1.779.591,3	2.171.753,4	2.092.170	1.962.728	1.582.072,0
	%	31,15	72,0	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2010	14.110.442	4.431.912	9.678.529,9	1.796.335,1	2.192.187,0	2.111.855	1.981.195	1.596.957,4
	%	31,41	73,4	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2011 — 2015	15.685.032	4.923.131	10.761.900,8	1.997.408,8	2.437.570,5	2.348.247	2.202.961	1.775.713,6
	%	31,39	81,6	18,56	22,65	21,82	20,47	16,50

Fuente: Producto 1. Consultoría "Diseño del AUS". Consorcio CARE- John Hopkins (2005). INEC, Proyecciones de población (2005)
Elaboración: Equipo AUS-SODEM

el año 2003, que parte de los mandatos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud tanto para implementar el modelo integral de atención de salud como para definir las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El Plan de Beneficios de Salud del AUS contempla un conjunto de servicios que apuntan a garantizar la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo. Hace énfasis en la promoción de la salud y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las prestaciones se enfocan a responder a los problemas, necesidades o riesgos de salud prioritarios, de forma integral durante todo el ciclo de la vida. Adicionalmente, este plan

considera no sólo el pasado y presente, sino también el futuro proyectado sobre la transición demográfica y epidemiológica de la población.

A partir de este marco, se han establecido dos subconjuntos de prestaciones. El primer subconjunto corresponde a los beneficios de atención primaria esencial de salud, que incluyen: acciones colectivas de promoción de la salud y prevención colectiva de la enfermedad; acciones individuales dirigidas a la prevención individual o a la rehabilitación basada en la comunidad; emergencias prehospitalarias y recuperación de enfermedades agudas prevalentes de alta frecuencia de manera integral e integrada (esto último con atención ambulatoria de medicina general/familiar, de

1 En el caso de que los proveedores de servicios de salud cuenten con estos recursos médicos especializados.

pediatría, gineco-obstetricia¹ y odontología básica para todos los grupos de edad que incluye diagnóstico y tratamiento completo). Por otro lado, el segundo subconjunto de prestaciones corresponde a los beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patologías prevalentes. Estas prestaciones se realizarán solo con referencia autorizada desde el primer nivel o por emergencias, e incluye: ambulatorio especializado que abarca el diagnóstico, tratamiento y la contrarreferencia hacia el primer nivel; acciones de hospitalización clínica y quirúrgica de mayor prevalencia, referidas por el primer nivel o por emergencia, que incluye una consulta de control post egreso² y la contrarreferencia obligatoria al nivel que lo remitió.

La implementación del subconjunto de atención primaria esencial de salud es intersectorial y sectorial. Su contenido y cobertura se detallan en el cuadro 2.

Por otra parte, la implementación del subconjunto de beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patología es sectorial. Su contenido se detalla en el cuadro 3.

Las estimaciones de los costos de este plan de beneficios, se realizaron tomando como referencia los costos estimados por la OPS/OMS (2004) para el CONASA. El plan definido incluye costos estimados per cápita y costos incrementales por año.³ Además, se estima un costo adicional para incentivos por calidad, desempeño y cumplimiento de objetivos de salud al primer nivel de atención (cuadro 4).

Cuadro 2

Atención primaria esencial de salud. Ecuador (2005)

Promoción de la salud por familia:
<ul style="list-style-type: none"> • Entre 6 a 10 actividades al año de contacto directo de la población en temas prioritarios por grupo de edad (hábitos saludables, participación ciudadana en salud, entornos saludables, etc). • Promoción de la formación de un Consejo de Salud. • Creación de un 50% de escuelas saludables (mínimo 5 actividades relacionadas por escuela). • Creación de 1 club para adolescentes, madres y tercera edad. • Realización de 1 jornada, como mínimo, sobre discapacidades, violencia intrafamiliar y derechos de salud.
Prevención colectiva por familia:
<ul style="list-style-type: none"> • 1 visita anual al menos al 30% de familias en riesgo. • 1 visita personalizada a familias con adulto mayor, discapacidad y violencia intrafamiliar. • 1 plan de contingencia y evacuación de desastres y 1 simulacro. • 1 visita anual de condiciones saludables al 100% de servicios básicos. • 1 visita anual de vigilancia de barrios en riesgo de enfermedades transmisibles.

2 En casos quirúrgicos no complicados, incluye retiro de puntos y curación.

3 El costo per cápita por año se refiere al costo estimado por persona-año de un conjunto de prestaciones que incluyen niveles de promoción, prevención secundaria colectiva, curación y rehabilitación, y que se encuentra estimado para toda la población ecuatoriana. El costo incremental se refiere al costo adicional que se estima habrá que reconocer a las instituciones proveedoras del sector público, puesto que el porcentaje restante (en promedio 80%, pero esto debe calcularse para cada institución pública) se encuentra reconocido por otras fuentes de ingresos (sea vía presupuesto del Estado o aportes patronales y personales).

Grupos de edad	Cobertura anual
Consultas preventivas:	
Recién nacido	1 consulta temprana a RN.
Niños menores de 1 año	6 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor, inmunizaciones y complemento alimentario.
Niños de 1 a 2 años	3 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor, inmunizaciones. Dos controles odontológicos (profilaxis y aplicación flúor). Detección del maltrato. Determinación de agudeza visual y auditiva
Niños de 2 a 5 años	2 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor e inmunizaciones. Dos controles odontológicos (profilaxis y aplicación flúor). Detección del maltrato. Determinación de agudeza auditiva.
Niños de 5 a 10 años	1 control de crecimiento y desarrollo psicomotor. 1 aplicación de sellantes en premolares definitivos, topicación de flúor y profilaxis dental. Valoración visual y auditiva según riesgo y otros exámenes según riesgo.
Adolescentes	1 consulta de crecimiento y desarrollo, estado nutricional. 1 control odontológico (flúor, profilaxis). 1 valoración visual y auditiva.
Adultos varones de 20-64 años	1 consulta para prevención y detección temprana de enfermedades. Exámenes según riesgo. Valoración visual y auditiva según riesgo.
Adultos/as de 65 años o más	1 consulta para prevención y detección temprana de enfermedades. Exámenes según riesgo. Valoración visual y profilaxis dental. Audiometría.
Mujeres en edad fértil:	
Consulta preventiva MEF	1 consulta de planificación familiar (incluye entrega de anticonceptivos). 1 consulta para <i>pap-test</i> , e inmunización si es necesario.
Control prenatal	3 controles en el embarazo normal y hasta 6 en el embarazo con riesgo. Detección de riesgos en el embarazo por exámenes de laboratorio. 2 profilaxis bucal. Complemento alimentario. Inmunizaciones si es necesario. Vitaminas prescritas.
Control posparto	1 control entre 1 y 6 semanas posparto y hasta 6 en el embarazo con riesgo. Detección de riesgos en el embarazo por exámenes de laboratorio. 2 profilaxis bucales. Complemento alimentario. Inmunizaciones si es necesario. Vitaminas prescritas.
Consulta de morbilidad aguda, crónicos:	
Todos los grupos	Consulta de morbilidad aguda. Exámenes de laboratorio. Radiografías según clínica. Medicamentos del cuadro nacional. Hasta 4 consultas al año.
Consultas a pacientes diabéticos	4 controles específicos para la enfermedad. 2 exámenes de laboratorio según guía clínica. Búsqueda activa de riesgo cardiovascular. 1 electrocardiograma anual. Medicamentos del cuadro nacional. (2 referencias) a consulta de especialidad (una en el debut o por control anual y una de acuerdo con la guía clínica).
Consultas a pacientes con hipertensión	4 controles específicos para la enfermedad. 2 exámenes de laboratorio según guía clínica. 1 electrocardiograma anual. Medicamentos del cuadro nacional. 2 referencias a consulta de especialidad (una en el debut o por control anual y una de acuerdo con la guía clínica).
Consultas de salud dental básica	2 extracciones y 2 restauraciones al año. 1 periodoncia sólo en niños de 5 a 10 años.

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

Financiamiento

El financiamiento del PRO-AUS proviene de recursos del gobierno central. Adicionalmente, se

cuenta con el respaldo de créditos internacionales que apoyan tanto a la SODEM como al MSP en la implementación de los sistemas de soporte necesarios para la operación del AUS.

Cuadro 3

Beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patología. Ecuador (2005)

Grupos de edad	Tope de cobertura anual individual
Todos los grupos	Hasta 2 emergencias en el año, incluyendo atención quirúrgica si se refieren a patologías que se cubren por el AUS.
Todos los grupos	Consulta externa de especialidad. Incluye exámenes de laboratorio, radiografías y medicamentos genéricos, hasta 2 consultas al año y contrarreferencia a primer nivel.
Todos los grupos	Hospitalización para enfermedades más frecuentes. Incluye honorarios profesionales, día cama, insumos, medicamentos, exámenes, control postgreso y contrarreferencia a primer nivel.
Todos los grupos	Atención para 10 cirugías más frecuentes. Incluye honorarios profesionales, día cama, insumos, medicamentos, exámenes, control postgreso y contrarreferencia a primer nivel.
Patologías especiales de cobertura explícita hasta tratamiento:	
Atención a 3 tumores más frecuentes: mama, cerviz y próstata	Referencia de primer o segundo nivel. Consulta de especialidad, cirugía, tratamiento y control.

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

Cuadro 4

Costos per cápita, costos incrementales e incentivos. Ecuador (2005)

Subconjunto	Per cápita	Incentivos según indicadores trazadores
Atención primaria esencial de salud	30	3,2
Atención de segundo nivel ambulatorio y hospitalización	12,88	
Atención de tercer nivel, ambulatorio y hospitalización	2,14	
TOTAL	45,00	3,2

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

La construcción de una propuesta de esta envergadura, estimada a plasmarse entre el 2005 y el 2015, obligó a establecer dos niveles de implementación gradual. Primero vendría la incorporación de la población y de prestaciones de salud al sistema. Y segundo la definición de los roles a ser cumplidos por las instituciones incluidas en el AUS (incluyendo el aspecto financiero), para evitar duplicaciones y optimizar la calidad del gasto.

Sistemas y mecanismos de pago

El método de pago elegido por el PRO-AUS se ha definido en función de los avances en la cobertura planificada de la población beneficiaria. Mientras mayor población sea cubierta, mayor es la garantía del *pool* para dispersar tanto riesgos epidemiológicos como financieros.

En lo que a los mecanismos de pago se refiere, es importante hacer una distinción entre las

prestaciones colectivas y las individuales de primero, segundo y tercer nivel. Con este criterio, se han establecido las siguientes modalidades de pago en el AUS:

- **Capitación:** para los servicios referentes al subconjunto de atención primaria esencial de salud, el monto de pago se establecerá como un per cápita anual en dólares, que cubrirá las atenciones que se requieran durante el período contratado en el caso de cada individuo.
- **“Caso resuelto” o “pago por episodio/ evento”⁴:** para los servicios referentes a prestaciones individuales de segundo y tercer nivel de atención ambulatoria y hospitalaria, el monto de pago se establecerá de acuerdo a las tarifas convenidas con los proveedores de servicios de salud, relacionadas con las prestaciones (patología y/o procedimiento quirúrgico) en el tarifario referencial del Plan de Beneficios de Salud.
- **Los medicamentos para los quintiles 1 y 2 de la población serán subsidiados en un 100%. En los otros quintiles habrá un co-pago que se establecerá de acuerdo a cada categoría (se excluye de este pago a las embarazadas y niños hasta 14 años).**

Proveedores y compra de servicios en el PRO-AUS

Dentro de un sistema de aseguramiento, los roles de los proveedores de servicios son muy importantes. En el Ecuador, y especialmente en los servicios de salud (sobre todo públicos), es necesario construir capacidades y generar nuevos roles a ser asumidos por los proveedores. La novedad fundamental que debe ser introducida se refiere a las modalidades de compra de servicios de salud a través de una tercera instancia. Tal instancia, realiza la función de asegurador, afilia, define beneficios, controla la facturación, y

contrata y paga a proveedores. En el caso de PRO-AUS, es la SODEM la instancia que asume estas tareas administrativas.

La función de compra en el PRO-AUS incluye dos componentes: las modalidades de inserción de los proveedores de servicios de salud y la contratación de los proveedores de servicios de salud. PRO-AUS, como comprador de servicios, ha definido que, en el ámbito poblacional y geográfico de una o más jurisdicciones territoriales, políticas, parroquiales, cantonales o provinciales, el tamaño óptimo para los proveedores individuales y/o para las redes de provisión de servicios de salud es de más de 100.000 habitantes. Este número garantiza un *pool* de riesgos epidemiológicos y financieros, el equilibrio técnico que facilita su sostenibilidad futura, y el desarrollo estratégico de las redes de servicios de salud.

En el caso de las unidades operativas del MSP en las que la población asignada por parroquia a una unidad operativa sea inferior a este número de población, se harán consideraciones adicionales que deberán ser definidas en acuerdo mutuo y que estarán establecidas en el convenio marco.

En la primera fase de implementación del PRO-AUS, cuando se incorporan como proveedores principales a los servicios públicos de salud, se establece un proceso de fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en coordinación con este Ministerio.

El proceso de contratación de proveedores de salud tiene que ajustarse, fundamentalmente, a los siguientes pasos: identificación, calificación, registro y pre-selección de proveedores; selección de proveedores; negociación y contratación; firma de contratos; monitoreo y evaluación de proveedores contratados.

⁴ Un caso resuelto se refiere a la atención de hospitalización a un paciente con referencia o emergencia, desde que ingresa hasta su egreso, incluyendo hasta dos consultas de seguimiento establecidas por el mismo diagnóstico de egreso.

Sistemas de soporte para la implementación del AUS

Se han definido y desarrollado los siguientes sistemas que serán de uso obligatorio para los proveedores del PRO-AUS: sistema de información; sistema de auditoría; mejoramiento de la calidad; capacitación de los recursos humanos de los diversos actores del sistema AUS y PRO-AUS como estrategia de cambio-adaptación a la implementación de la función de aseguramiento y mejoramiento de la calidad de la atención.

Tendencias y perspectivas del AUS en el Ecuador

La implementación del AUS en el marco de la reforma sectorial implica un giro en el enfoque que ha orientado a esta reforma en el Ecuador. Este cambio pasa por colocar al ciudadano en el centro de las decisiones referidas tanto a la definición de los beneficios, la contratación y pago a proveedores, como al control del cumplimiento de los resultados cuantitativos y cualitativos contratados. Por otra parte, el enfoque del AUS implica mejorar el acceso de la población, cubriendo de manera prioritaria y desde el inicio a la población con mayores necesidades y con mayor exclusión en salud.

La cobertura de seguros de salud en el Ecuador se incrementaría con el AUS y el gasto directo de los hogares disminuiría. Esto significa que la tendencia de financiamiento de la salud se modificaría tendiendo hacia un menor esfuerzo de los hogares y un incremento de la inversión pública en salud.

En relación a lo expuesto, el AUS requeriría de un reforzamiento del rol de rectoría del MSP, y particularmente del CONASA. La capacidad de reglamentación nacional (tanto para la provisión como para el financiamiento) tendría que incrementarse para que sea válida tanto para el sector público como para el privado, y de igual manera, su capacidad de liderazgo entre las instituciones del sector salud debería consolidarse, para que tenga la capacidad de concertar, aplicar y vigilar sus reglamentaciones y normas. Este punto es clave para regular el mercado de los servicios de salud, preservando el interés y el bien común de la ciudadanía ecuatoriana no sólo en la cantidad de servicios sino en la calidad de los mismos.

Los incentivos de pago a los proveedores de servicios de salud contratados por el AUS se han direccionado al primer nivel. Esto responde a una estrategia orientada a la atención primaria de salud, que no sólo propende a ampliar la puerta de entrada al sistema de servicios de salud, sino también a fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La implementación del AUS requiere de una articulación con otras modalidades de aseguramiento vigentes en el país, de la estandarización de procesos e información, y del trabajo conjunto que aporte a la disminución de la fragmentación, segmentación e inequidad del sistema de salud actual.

Alcanzar el AUS implicaría desarrollar la función de aseguramiento establecida por ley, pero que aún no ha sido tratada bajo reglamentación alguna. Partiendo desde las necesidades, riesgos y derechos de la ciudadanía, es muy importante que el AUS se consolide en los próximos años como un mecanismo para el mejoramiento de la salud.

Bibliografía:

- BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID 1995 "Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una agenda regional para la reforma del sector salud". Documento de trabajo para la reunión especial sobre reforma del sector salud. Septiembre de 1995 (Washington DC).
- CARE, John Hopkins 2005 "Proyecciones de población para el AUS". Producto 1.1, 1.2, 1.3, de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Plan de Beneficios de Salud Garantizado". Producto 2.1 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Mecanismos de pagos del AUS". Producto 2.10 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Documento de síntesis del AUS". Producto 2.3 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- Organismo Andino de Salud (ORAS), Convenio Hipólito Unanue (CONHU) 2004 "Reformas del sector salud en el camino de la integración, aprendizaje y perspectivas". Memorias del seminario internacional. Lima, marzo del 2004.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1995. Informe técnico. Resolución CD38.R14 del 30 de septiembre de 1995.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2005 *Renovación de la Atención Primaria de salud. Serie Informe Técnico OPS. Washington. Septiembre 2005.*
- Palacio, Alfredo 2006 *Salud, el derecho de todos* (Quito: Presidencia de la República del Ecuador / SODEM).
- Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) 2005 "Lineamientos y estrategias operacionales del AUS". Resolución No16. Diciembre 2005.
- Varios Autores 2004 *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina* (Lima: OAS).