

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Flacso-Ecuador**

**Maestría de Políticas Públicas con mención en Políticas Sociales
Programa 2002-2004**

**Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en
Políticas Sociales y Gestión del Desarrollo**

**Tema: Las políticas públicas de salud local como una
forma de enfrentar la pobreza. Estudio de caso**

Christian Rodríguez

Quito, 2004

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Flacso-Ecuador

**Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales y
Gestión del Desarrollo**

**Tema: Las políticas públicas de salud local como una forma de
enfrentar la pobreza. Estudio de caso**

Directora: Nilhda Villacrés MD. MPH. Ph D Salud Pública

**Lectores: economista Pablo Salazar
Economista Mauricio León**

Autor: Christian Rodríguez

2004-05-30

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	5
Capítulo 1	7
LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN LO LOCAL	7
Introducción	7
Capítulo 2	13
LA SALUD EN EL DESARROLLO	13
Desde la economía	13
Desde lo social	22
El Desarrollo del Capital Humano	23
Capítulo 3	28
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	28
Políticas sociales de salud	31
Indicadores Básicos de Salud 2002-2005	33
La reforma a la Seguridad Social	35
Capítulo 4	43
LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN EL ECUADOR	43
El Sistema Nacional de Salud –SNS-	43
La situación en el Ecuador	48
Perfil de morbimortalidad en Ecuador	51
Riesgos, vulnerabilidades y exclusión	53
La Reforma del Sector Salud –SS-	55
Capítulo 5	57
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE SALUD	57
Introducción	57
El proyecto	59
Análisis de la Situación de Salud en San Luis de Pambil	71
(a) Análisis de la Demanda	71
(b) Análisis de la Oferta	95
(c) Definición de los problemas	97
Análisis de los resultados del proyecto	99
(a) La vigilancia epidemiológica	99
(b) Control sanitario	100
(c) Impactos de la intervención	101
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
(a) Primera	110
(b) Segunda	114
(c) Tercera	116
(d) Cuarta	117
(e) Quinta	119
(f) Sexta	120
Bibliografía	122
Anexos	126
Mapas geográficos	127
Encuesta Conocimientos Actitudes y Prácticas	128
Encuesta de Accesibilidad y Calidad de los servicios en San Luis de Pambil	129

Resumen

El tema tratado en este trabajo está enmarcado dentro de un gran debate: el de la relación del crecimiento económico y del desarrollo social, si el primero por sí solo es suficiente para garantizar el segundo o no. De cómo esta relación, ampliamente analizada desde la evidencia empírica, obliga a repensar las políticas públicas sociales desde nuevos conceptos como capital humano, desarrollo humano sustentable, que reposicionan al ser humano frente a las demandas del mercado, que recuperan el colectivo frente al interés único. Donde garantizar salud, educación, fuentes de empleo, espacios de realización de lo humano, que permitan a la población ecuatoriana enfrentar el desarrollo y la pobreza, deben pasar a entenderse como una inversión social de alta rentabilidad, y no exclusivamente como costo, en economías de escala dentro de un contexto de globalización.

En este trabajo hemos realizado la evaluación como una propuesta local de salud comunitaria, construida y ejecutada de manera intersectorial (mixta podría decirse también): la comunidad beneficiaria, el Ministerio de Salud Pública, a través de su unidad de salud en la zona de influencia del proyecto, y una organización no gubernamental, para tener indicios que nos permitan comprender hasta donde es posible o no enfrentar el problema de la pobreza, incidir en el tema de la reducción de las desigualdades y contribuir a lograr mayor equidad en la oferta de servicios de salud, en el marco de la propuesta de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, desconcentrado y participativo, según el mandato de la Constitución de la República del Ecuador.

Partimos del planteamiento de que la salud de los ecuatorianos debe ser responsabilidad del Estado sin que esto implique negar la necesidad de que este responda a la satisfacción de este bien preferente, es decir que tiene cualidades de bien público y de bien privado, desde reglas de eficiencia económica, asumiendo una responsabilidad ética frente al tema, buscando mitigar la pobreza, reducir las desigualdades y fomentar la equidad; reposicionando el tema salud como una demanda social prioritaria frente a los intereses individuales y de un valor estratégico para soportar los procesos de desarrollo y crecimiento, teniendo como centro la satisfacción de los derechos de los seres humanos.

Esta consideración de la salud como un bien preferente provisto por el Estado, ya sea de manera directa o a través de terceros, relacionada a la evidencia empírica producto de este trabajo señala

que el espacio público deberá organizar sus intervenciones desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, reposicionando el tema de la atención primaria de salud o de primer nivel, que es aquella que no solo se realiza desde los espacios institucionalizados del Ministerio de Salud Pública, Dispensarios del IESS o del Seguro Campesino, sino que requiere de gran trabajo “extra mural” y comunitario, y por lo tanto convoca a la participación de la comunidad, gobiernos locales y otros actores sociales que trabajan en cada zona del país y que desde distintas acciones tienen responsabilidad directa sobre la calidad de vida de la población ecuatoriana.

La propuesta local de salud comunitaria-familiar implementada y analizada se muestra como eficiente para generar una estrategia de control y vigilancia epidemiológica, soportada en la comunidad, sus promotores de salud, y en una estrategia educativa amplia (en espacios formales e informales); esto no quiere decir que no se presenten límites y problemas desde lo institucional, lo que pone en riesgo su sostenibilidad y su continuidad, ya no como indicador frente al financiador del proyecto, sino frente a las necesidades de la propia comunidad donde se ha ejecutado esta experiencia y ante los cuales las posibilidades de respuesta superan su capacidad organizativa o su nivel de conocimiento y que se refieren más a la acción del nivel administrativo burocrático nacional.

Ante lo señalado, el balance final es positivo en cuanto a la posibilidad de responder de manera local y participativa a los problemas fundamentales de salud y educación de la población ecuatoriana, proceso que no solo tiene un impacto directo en el nivel de riqueza de las familias sino también en la recuperación cultural y construcción histórica del país.

Capítulo 1

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN LO LOCAL

Introducción

“La utilidad de la riqueza radica en las cosas que nos permite hacer: las libertades sustantivas que nos ayuda a conseguir, incluida la libertad de vivir largo tiempo y de vivir bien”

Amartya Sen¹

Es esta una investigación empírica sobre las posibilidades de las políticas sociales públicas de salud del estado ecuatoriano para mitigar la pobreza, reducir las desigualdades y fomentar la equidad. Desde esta relación planteamos que la desigualdad en salud es un tema que debe ser enfrentado desde el estado de manera casi obligatoria; por esto, en el tema de las políticas públicas (Bertranou, 2001), se considera que las desigualdades en salud son un tema relevante por dos motivos: i) son consideradas injustas, ii) porque reduciendo la carga de enfermedad de aquellos que están en mayor desventaja socio-económica podría mejorar sustancialmente la salud promedio de la población.

El objetivo general de este trabajo es el de evaluar como una propuesta local de salud comunitaria financiada desde una organización no gubernamental permite o no enfrentar el problema de la pobreza, incidir en el tema de la reducción de las desigualdades y contribuir a lograr mayor equidad en la oferta de servicios de salud, en el marco de la propuesta de un sistema nacional de salud descentralizado, desconcentrado y participativo. Además, en este contexto, llegar a contrastar las posibilidades y/o límites del proceso de reforma y descentralización del sistema nacional de salud ecuatoriano dentro del contexto del país; buscando, de manera más específica, entender cómo los componentes de un sistema de salud a nivel macro se pueden implementar en una experiencia comunitaria – local: provisión, aseguramiento y financiamiento, de manera que se articulen a la propuesta nacional con rectoría del Ministerio de Salud Pública.

¹ Sen, Amartya, La salud en el desarrollo, Boletín OMS, Recopilación de artículos N 2, 2000, pp.16-21.

El ejercicio de medición de las desigualdades en salud no se hace por razones solamente académicas. El interés no es conocer la magnitud de las desigualdades sino poder ubicar la dirección de estas desigualdades de acuerdo con criterios que sean útiles para intervenir desde el punto de vista práctico-operativo; el interés es medir siempre desigualdades en salud relacionándolas con características de naturaleza socioeconómica, culturales, medio ambientales, sociales-societarias y biológicas, por lo que intentar disminuir las inequidades es posible solo desde intervenciones integrales, por esto usaremos el planteamiento de los determinantes de la salud².

Las preguntas que nos hacemos y que conducirán nuestra investigación buscan enfrentar el problema desde dos ámbitos, el institucional y el ético. Lo que nos cuestionamos en relación al contexto institucional es: ¿hasta dónde la diversidad socio-geográfica del país demanda pensar en modelos locales de salud, que inscribiéndose dentro del proceso de descentralización de las funciones del Estado, contribuyan a la construcción de un Sistema Nacional de Salud? ¿Cómo dar cabida a todos aquellos sectores que de alguna manera trabajan en los temas salud, públicos y privados, en la consolidación de una oferta de servicios con calidad, por un lado, y la satisfacción y cobertura de los llamados determinantes de la salud, por otro?

Lo que denominamos el ámbito de lo ético está centrado sobre el problema de la equidad en salud, como elemento para pensar políticas públicas sociales, reconociendo que “lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud”³. Por esto es fundamental lograr una equidad en salud, reconociendo que este es un sector que no actúa por fuera del económico, que se realiza en el mercado, pero que debe ser responsabilidad del Estado el proveerlo como única forma para mejorar las condiciones de vida de la población en general, pensando en formas alternativas de oferta de servicios y de satisfacción de la demanda de la población con una buena cobertura, por esto nos preguntamos ¿cómo aprovechar la descentralización como proceso político, administrativo y financiero, para mejorar la salud de la población? ¿Cómo organizar sub componentes dentro del Sistema Nacional de Salud que en vez de fragmentarlo lo fortalezcan desde criterios de eficacia y eficiencia?, y ¿cómo construir un sistema nacional de salud con la participación de la comunidad en el mismo?

2 Ortega, Francisco, *Desafíos científicos y sociales*, cap. VI, en *Farmacindustria*, scric científica, Madrid, Edt. Siglo XXI. 2001.
3 SEM, Amartya, ¿Por qué la equidad en salud?, en *Revista Panamericana en Salud Pública*, Vol. 11 Nos 5/6, p. 303.

El caso de estudio es una intervención de salud comunitaria que se está implementando actualmente en la provincia de Bolívar, en el cantón Guaranda, en 40 comunidades del sub trópico, ejecutado por Cruz Roja Ecuatoriana con financiamiento de Cooperación Internacional; el proyecto es una propuesta de construcción de un sistema de salud comunitaria, que se inició en febrero de 2002 y tiene una duración de tres años, es decir hasta febrero de 2005. Los beneficiarios de la intervención son los 4.571 habitantes de la parroquia rural San Luis de Pambil, de los cuales 2,412 son hombres y 2.159 mujeres.

A través del proyecto se plantea⁴ lograr soluciones prácticas y viables que, involucrando a la comunidad y a todos los actores de salud de la zona de intervención, permitan desarrollar acciones sanitarias que vayan desde la vigilancia epidemiológica y el control sanitario, hasta la atención médica de las patologías prevalentes, sobre la base de una educación sanitaria sostenida.

Los objetivos generales del proyecto son⁵:

- Mejorar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas en 40 comunidades del noroeste de la provincia de Bolívar dentro de un modelo autogestionario.
- Reducir las tasas de morbilidad de la población beneficiaria, mediante el desarrollo de un modelo de salud comunitaria.

Los objetivos específicos planteados en el proyecto son⁶:

- Aplicar un modelo de salud comunitaria la noroeste de Guaranda centrado en:
- El desarrollo de un sistema de **vigilancia epidemiológica** local con la participación activa de la comunidad.
- Aplicar medidas de **control sanitario** para la prevención de enfermedades transmitidas por vectores y las de origen hídrico.
- Desarrollar y potenciar **conocimientos, actitudes y prácticas** locales para la identificación y prevención de las enfermedades prevalentes en el entorno.

4 Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

5 Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

6 Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

- La formación de **recursos humanos locales** para favorecer la atención médica y la derivación de los enfermos que lo requieran, considerando siempre la integración al sistema oficial de salud.

La definición de la metodología para hacer frente a nuestro objeto de estudio partió desde el reconocimiento de que en relación a los temas de evaluación en general y a los temas de salud en particular, existen criterios comunes en cuanto a que ésta es un procedimiento de análisis sistemático que juzga la pertinencia, la eficiencia, los progresos y los resultados de un sistema, una política, un programa o una serie de servicios específicos (BID, 1991; OPS, 2000). Comprende, además, una serie de conclusiones y propuestas de acción para el futuro. Está guiada por un marco conceptual y metodológico que determina la selección y generación de la información más relevante (Contandriopoulos, et al, 1991). Su objetivo fundamental es determinar en qué medida se están alcanzando o se alcanzaron los objetivos propuestos y qué podría explicar las diferencias entre los logros obtenidos y lo que se pudo haber alcanzado.

La evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas. Asimismo, permite identificar y consolidar las mejores prácticas institucionales, y es también un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas. La evaluación es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas.

La evaluación debe distinguirse de la supervisión o vigilancia. La vigilancia implica la observación periódica y dinámica de una o varias actividades orientadas a conseguir un objetivo específico. La supervisión permite corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas previstas. La evaluación, por su parte, cuantifica ex post el nivel de logro obtenido poniendo en perspectiva todos aquellos elementos relevantes que se desplegaron en su consecución.

Las herramientas fundamentales de las evaluaciones son los criterios y los indicadores. Los criterios son parámetros de la estructura, procesos y resultados de los servicios, programas, políticas o sistemas que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de estos últimos. Los indicadores, por su parte, son variables que permiten especificar la magnitud o frecuencia de

esos parámetros de estructura, proceso o resultado. Ante esto nos planteamos una estrategia de investigación sintética⁷ que permita comprobar nuestros supuestos, así como dar respuesta a las preguntas que nos hemos planteado, todo desde una delimitación teórica que se desarrolla en los primeros capítulos del trabajo.

Si bien una investigación sintética nos permite “prever y explicar fenómenos complejos, examina el conjunto de relaciones en las que intervienen simultáneamente varias variables dependientes e independientes”⁸, también es una estrategia que nos permite trabajar sobre una unidad de análisis, realizando las observaciones al interior del caso de estudio, “el poder explicativo de esta estrategia reside en la coherencia de las relaciones entre los componentes del caso, así como sobre la coherencia de las variaciones de estas relaciones en el tiempo”⁹, lo que consideramos será útil para poder trabajar el tema de la salud desde sus determinantes no solo como un problema biológico individual.

De manera más específica, al ser el tema de esta propuesta el estudio de un caso, con varios niveles de análisis que requieren diversos niveles de explicación asumimos como metodología de trabajo un análisis evaluativo. Consideramos que enfrentado así nuestro caso la investigación logra validez interna y externa; en el primer caso, el interno, porque nos va a permitir poder entender la coherencia o no de las relaciones entre los distintos componentes del estudio, y de estos en el tiempo, lo cual es fundamental si pensamos que lo que buscamos es construir un modelo, que ajustándose a particularidades de cada espacio pueda ser replicado en otras áreas del país, respondiendo a las necesidades locales y fortaleciendo el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a su validez externa, la estrategia de investigación seleccionada nos permite ubicar la validez desde tres principios¹⁰:

- el principio de similitud
- el principio de robustez
- el principio de explicación

7 Contandriopoulos, A, et al, Preparar un proyecto de investigación, SG editores, Barcelona, 1991.

8 Ibid, Contandriopoulos, A, et al, p. 57.

9 Ibid, Contandriopoulos, A, et al, p. 57.

10 Ibid, Contandriopoulos, A, et al, p. 66.

El primero, el principio de similitud nos permite extrapolar los datos a un universo empírico más amplio. El principio de robustez nos plantea que el potencial de generalización de una intervención aumenta si se repiten sus efectos en contextos diversos. Y, por último, el principio de explicación acentúa la ganancia de validez externa resultante de una mejor comprensión de los factores de producción e inhibición de los efectos¹¹.

¹¹ Ibid, Contandriopoulos, A, et al, p. 66.

Capítulo 2

LA SALUD EN EL DESARROLLO

“La salud tiene un valor intrínseco, es un medio de realización personal y colectiva, constituye un indicador del éxito alcanzado por una sociedad y sus gobiernos en la búsqueda del bienestar, que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo”.

Nilhda Villacrés¹²

El tema de la buena salud debe ser entendido como algo más allá del acceso a una atención médica, debe ser visto como una integralidad de elementos, que ya desde los inicios de la medicina moderna en el siglo XVII se los denominaba determinantes de la salud. Estos tienen que ver con las condiciones socioeconómicas de las poblaciones, con las políticas públicas de control sanitario, con los avances científico-técnicos, con los hábitos y costumbres individuales y de un conjunto social, entre algunos elementos.

Por esto es necesario entender el rol que se le ha asignado a la salud en el país, en relación a dos grandes momentos, desde la economía (y la política) y desde la organización social, tomando en cuenta que según los niveles de desarrollo (no solo vistos como crecimiento económico) de los grupos humanos estos han ido siendo más solventes al momento de enfrentar su entorno y mejorar sus condiciones de vida, algo que se evidencia por los índices en aumento de los años de vida en las distintas regiones del mundo.

Desde la economía

Plantearnos, como lo hemos hecho en la introducción, que la salud de los ecuatorianos debe ser responsabilidad del Estado no implica que neguemos la necesidad de que este responda a la satisfacción de este bien, considerándolo como bien no público pero sí preferente¹³, desde reglas de eficiencia económica, asumiendo una responsabilidad ética frente al tema, buscando mitigar

¹² Villacrés, Nilhda, Políticas y Sistemas de salud: conceptos y metodologías, SYLLABUS de Políticas y Gestión Descentralizada de la Salud, Quito, 2003, p. 12.

¹³ Es decir, que no cumple las características de un bien público, como son: no rivalidad y costoso excluir, además de considerar la imposibilidad de rechazar el bien. En el caso del bien preferente partimos del hecho de anteponer el valor social sobre el individual al momento de considerar la provisión del bien.

la pobreza, reducir las desigualdades y fomentar la equidad; reposicionando el tema salud como una demanda social prioritaria frente a los intereses individuales¹⁴.

Al considerar la salud como un bien preferente provisto por el Estado, ya sea de manera directa o a través de terceros, pensamos sobre todo en la salud preventiva, en la atención primaria de salud o de primer nivel, que es aquella que no solo se realiza desde los espacios institucionalizados, sino que requiere de gran trabajo “extra mural” y comunitario, y por lo tanto convoca a la participación de la comunidad, gobiernos locales y otros actores sociales que trabajan en cada zona del país.

Esto nos lleva a discutir el tema del crecimiento económico y del desarrollo social, si el primero por sí solo es suficiente para garantizar el segundo o no. En estudios recientes (Adams, 2003) se recoge evidencia que apunta hacia que el crecimiento económico no tiene efectos sobre la distribución del ingreso por sí mismo y por el contrario puede aumentar la inequidad; es necesario invertir sobre diversos tipos de activos de los que carecen los menos favorecidos, como capital humano, acceso a tierra, a educación y salud, créditos monetarios, que les permitan salir de su situación de pobreza (Birdsall & Székely, 2003); es decir, se plantea que los altos niveles de desigualdad en la distribución del ingreso merman el efecto del crecimiento económico sobre la reducción de la pobreza.

O como lo señala, más específicamente, Arraigada (2000) en relación a la región, “aunque no existe consenso respecto a la interacción de la desigualdad con la pobreza absoluta, los niveles de concentración del ingreso alcanzados por Latinoamérica significan, en términos prácticos, que lograr la disminución del número de pobres durante la primera década del siglo XXI pasa, a diferencia de Asia y África, no solo por mayor crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) sino también por mayores grados de equidad distributiva. Attanasio y Székely (1999) han destacado que la pobreza se explica por la desigualdad intergrupala en la distribución de recursos, lo que queda de manifiesto en el hecho que no existiría pobreza en la región si los ingresos estuvieran distribuidos más equitativamente”¹⁵.

14 Como señala Foucault, la individualización de la salud es una imposición liberal burguesa, ya que la salud siempre ha sido un tema social.

15 Arraigada, Camilo, Pobreza en América Latina: nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano, Santiago de Chile, CEPAL. Seric Medio Ambiente y Desarrollo, N. 27, 2000, p. 18.

Con estos antecedentes podemos asumir la conceptualización realizada por Arismendi Días de desarrollo y crecimiento. Así el crecimiento sería “un incremento del producto con escaso impacto social, es decir, cuando los cambios técnicos no se traducen en avances sociales relativos... [Y] hablamos de desarrollo cuando los avances técnicos de un sistema de producción conllevan determinados cambios sociales”¹⁶. Este último proceso, el de desarrollo, desde la organización de los espacios públicos de nuestro estado debería reflejarse en la conjugación de políticas fiscales y de aumento de la producción y el empleo, con políticas sociales para reducir la pobreza y la desigualdad.

Sin embargo la historia reciente del país no ha sido ni coherente en la aplicación de políticas macroeconómicas ni sociales. Con el descubrimiento del petróleo y los altos precios internacionales que este logró alcanzar en el mercado mundial, por un lado, y la propuesta ideológica de los gobiernos dictatoriales de ese momento, el Estado tuvo una creciente participación en la economía, que respondía a una corriente mundial, que había asumido muchos de los planteamientos keynesianos de reactivación económica y que en la región se estructuró como la propuesta de sustitución de importaciones; sin embargo, esta propuesta “implementada en el Ecuador desde los años sesenta hasta los ochenta no logró generar un crecimiento sostenible y equitativo” (Vos y León, 2003).

Si bien en ese momento se realiza una fuerte inversión en sectores sociales, en infraestructura productiva, se produjo todo esto desde el privilegiar al sector petrolero como el sostén de la economía toda; esto provocó que durante la década de los setentas hasta la de los ochentas se fueran generando desequilibrios macroeconómicos en el país, que se agudizaron, haciéndose insostenibles el momento de la crisis de la deuda.

Este fue un periodo de fuerte endeudamiento por parte del Estado, no solamente por su propio interés sino porque existía una oferta de recursos en el mercado internacional en condiciones favorables, que en el momento de la recesión de la economía internacional tomaron sus condiciones en poco favorables, a parte de encarecerse y hacerse más difíciles de obtener.

En este periodo “los gobiernos llevaron adelante políticas sectoriales regulares con énfasis en expansión del sistema educativo, de salud, de infraestructura sanitaria, seguridad social y desarrollo rural y campesino. Por otra parte, se desarrollaron políticas sectoriales dirigidas a

¹⁶ Díaz Santana, Arismendi, Modelos de desarrollo y políticas de salud, Santo Domingo, OPS, c1996, p.27.

procesos productivos estratégicos, con el fin de sustentar el modelo ISI, profundizar el proceso de reforma agraria y reformar el sector público. Finalmente, el Estado se encargó de la redistribución de los beneficios del crecimiento mediante la oferta educativa, de salud, de vivienda y de seguridad social”¹⁷.

Para cuando el Ecuador retorna a la vida democrática, la serie de desequilibrios que se venían generando en el campo económico, aparecen de manera violenta con la denominada crisis de la deuda, y el país entra en un proceso de crisis, ajuste y estabilización que intenta consolidar un proceso de apertura externa. Se da un giro brusco de la protección a la apertura. Este proceso, que buscaba la estabilidad de la economía “luego de la crisis de la deuda y enrumbar al país hacia un desarrollo regular ha dejado una secuela de cansancio y escepticismo. Los programas de ajuste se han sucedido en estos años sin que, a pesar de ellos, hayamos conseguido recuperar el equilibrio macroeconómico requerido para crecer con vigor. Como consecuencia ha quedado una mancha de pobreza que se extiende sin tregua y que, por falta de equidad, pone en riesgo la misma existencia de la democracia”¹⁸.

Según los economistas Mauricio Pozo y Esteban Lucero (1998), el país y la región se enfrentaron, desde 1982, a dos corrientes teóricas para definir el manejo de sus economías, lo que ha provocado una “abierto confrontación entre keynesianos y monetaristas (las dos corrientes de pensamiento dominantes en el mundo capitalista), hacia una suerte de consenso básico sobre lo que debe hacerse en términos de políticas macroeconómicas y políticas del sistema financiero”¹⁹, discusión que no solo se plantea el cómo mantener unas “buenas” finanzas públicas sino fundamentalmente cual es el rol que debe cumplir el Estado en la economía. Perfilando la subordinación de esta elección a la economía y no a la política.

La diferencia fundamental entre ambos planteamientos está en que para los monetaristas es el mercado el regulador único de la economía, a través de un sistema de precios flexible e instantáneo, capaz de resolver cualquier problema; mientras que para los keynesianos este mecanismo del mercado no es perfecto por lo que necesita medidas que lo regulen.

Las dos vertientes son coincidentes sobre temas como la necesidad de la apertura económica a flujos internacionales de capital que amplíen las economías, de esta forma se daría más opción a

17 Vos R, León, M, y Ramírez, R, Política social y tendencias en el gasto social: Ecuador 1970-2002, SIISE, p, 10.

18 Salgado G, La ruta de la gobernabilidad, ibid, p, 21.

19 Pozo M, Lucero E, Rol del Estado, en la política macroeconómica y el sistema financiero; CONAM, 1998, p, 9.

los consumidores; la prioridad de lo privado sobre lo público, donde el Estado debe ser un instrumento que permita consolidarse a los mecanismos de mercado; y la necesidad de generar políticas de carácter social para la superación de la pobreza y la redistribución del ingreso, como mecanismos para la estabilidad política y la viabilidad económica.

De esta manera, el bienestar y la libertad individual no deben ser garantizados en última instancia por el Estado sino por el mercado, siendo este el que provea las oportunidades necesarias para garantizar a todos lo que necesitan, por lo que “la reforma del Estado debe significar que éste dirija sus esfuerzos hacia programas sociales y de superación de la pobreza, a la acumulación de capital humano, a la inversión de infraestructura económica y a la creación del marco normativo y regulatorio que aliente la competencia en los mercados, asegure el derecho de propiedad y proteja a los consumidores”²⁰.

En el caso de los distintos gobiernos “democráticos” que se han sucedido desde 1979 hasta hoy, la política económica ha estado guiada por estos principios, variando en cuanto al impulso a la modernización del Estado, normalmente entendida como privatización, y a la aplicación de programas más o menos ortodoxos o heterodoxos. De igual manera es un signo común el llegar a acuerdos con el FMI, para la consecución de nuevos créditos, que al ser firmados condicionan las decisiones en materia social que puede tomar el país. Otra característica común a todos es la unilateralidad en la toma de las decisiones.

Desde le gobierno de Hurtado y su pacto social, se vio la necesidad de aplicar políticas sociales que sirvan de paliativo a los procesos de ajuste, donde lo que más se cuidaba eran los indicadores macroeconómicos. Esta lógica generó, no solo en este gobierno, que al momento de una agudización de la crisis económica sea en el campo social donde se realicen los recortes presupuestarios necesarios, siendo la salud y la educación los más afectados.

Es importante resaltar el hecho de que a partir de este momento se ubicó “a la temática económica en el centro del debate público”²¹, aunque esto no quiera decir que las medidas implementadas hayan respondido a un consenso social, lo que sí implicó es que de aquí en adelante la macroeconomía era primero; sin embargo la falta de acuerdos políticos no ha permitido que ninguno de los planes propuestos haya llegado a su conclusión, y que no solo entre

20 Pozo M, Lucero E, *ibid*, p, 13.

21 Pozo M, Lucero E, *ibid*, p,47

gobierno y gobierno la política fiscal y monetaria haya variado, sino también en el transcurso de un mismo periodo.

En este primer gobierno democrático, marcado por la muerte de Roldós, la guerra con el Perú y un Fenómeno del Niño, “la acción social se desarrolló en los ámbitos tradicionales de la acción sectorial, sin lograr articular un enfoque integral y sin llevar a cabo reformas ni cambios importantes en el modelo de desarrollo prevaleciente... La mejora del acceso a servicios sociales fue consecuencia -sobre todo- del efecto acumulado de los setenta y no de las políticas tomadas en dichos años”²².

Con mayor o menor énfasis todos los gobiernos asumieron la tarea de limitación de las funciones del Estado en la economía y la sociedad y garantizar una economía de mercado. También se dio una ruptura entre gasto público e inversión social, pues el primero ha crecido de manera constante, mientras que el segundo ha disminuido tendencialmente.

El gobierno de Febres Cordero fue más implícito en el hecho de priorizar el mercado sobre el Estado y para esto la política social se pensaba como un mecanismo de legitimación del gobierno y no como una solución real a los problemas sociales (Vos, et al, 2002). El segundo momento de gran claridad en el país dentro de la construcción del modelo neoliberal se dio con la presidencia de Durán Ballén y Dahik. Este gobierno implementa un sistema de terciarización de las políticas sociales, se da más cabida a las ONG's (Vos, et al, 2002), así como ya se comienza a implementar la focalización como mecanismo de redistribución.

Desde el criterio de dejar que el mercado asuma lo que puede hacer mejor que el Estado se dan pasos para la apertura del sector salud y de seguridad social a los sectores privados, sin que esto signifique una eliminación de las prestaciones tradicionales del Estado en salud, educación y previsión social, aunque si hay un deterioro en las mismas. El proceso ha acabado generando la deslegitimación del sector público sin consolidar una oferta de calidad desde el “mercado”; es decir que la demanda no está satisfecha. A lo que podemos añadir el problema fiscal del país luego de que “la economía no ha logrado una mejora en la productividad entre 1990 y 2001” (Vos y León, 2003).

22 Vos R, León, M, y Ramírez, R, *ibid*, p, 11.

Para el año 1999 el Ecuador entró en una crisis económica²³ frente a la cual el gobierno decidió dolarizar la economía nacional, de tal manera que en el 2000 el dólar se constituyó en moneda oficial, lo que ha aumentado nuestra vulnerabilidad frente a los procesos internacionales y ha planteado la necesidad de la construcción de una red social, que además de las intervenciones históricas del Estado en educación, salud y seguridad social, den una protección a los más pobres de manera constante y preventiva frente a posibles desequilibrios internos de la economía.

A raíz de la crisis y el ajuste dolarizador, el tema central desde el debate de lo social es el del combate a la pobreza, es como en el país se ha ido llegando a una tendencia neoliberal de priorización del mercado que reconoce la desigualdad social y la posibilidad de compensarla desde los que menos tienen, y no se trabaja sobre los desequilibrios estructurales. La dolarización demostró problemas estructurales en el país que todavía no han sido solucionados.

Con Mahuad se comenzó a organizar el denominado frente social, como un intento de unificar las distintas iniciativas del gobierno para luchar contra la pobreza, lograr un levantamiento de información que permitiera hacer más eficientes y eficaces las intervenciones sociales del gobierno, sobre las que pesaban también la presión de organismos internacionales pertenecientes a Naciones Unidas, como UNICEF, que al funcionar dentro del Sistema de Naciones Unidas con el FMI, el BM, y las Agendas Contra la Pobreza, recobran un importante papel en la negociación con el gobierno sobre el cumplimiento de ciertas metas sociales con los sectores más vulnerables, fundamentalmente niños y mujeres.

Este proceso continúa en los gobiernos de Noboa y Gutiérrez, y las propuestas de mayor continuidad se encuentran soportadas en convenios internacionales del país más que en consensos al interior. Con la constitución de la Secretaría Técnica y el Frente Social se ha intentado institucionalizar y tecnificar las nuevas políticas públicas sociales, que ahora son parte de la negociación con el FMI.

23 En el año 1999, el Departamento de Finanzas Públicas del FMI, presentó la Aide-Mémoire "Ecuador: Protección Social Frente a la Crisis Económica", que en su introducción señala que "Las condiciones sociales –nivel de distribución de ingresos, salud, educación- en Ecuador son deficientes comparados con el promedio de América Latina. Durante los dos últimos años, estas condiciones han empeorado a raíz del fenómeno de El Niño, el deterioro en los términos de intercambio, y la crisis económica y financiera del país. Los objetivos de esta aide-mémoire consisten ante todo en examinar el impacto social de estos acontecimientos; luego, en evaluar la actual red de protección social, incluidos algunos subsidios de índole general; y por último, recomendar posibles mejoras en la red de protección en un marco estratégico para aliviar el impacto –sobre los grupos más vulnerables- de la crisis, así como también del programa de estabilización que las autoridades están por emprender.

Durante estos años han existido choques de la economía mundial que han afectado de manera directa al Ecuador, que permiten distinguir sub-períodos de crecimiento y ajuste en el país (Vos y León, 2003). Estos procesos coinciden con los distintos momentos señalados: de las sustitución de importaciones al ajuste heterodoxo y de este a la liberalización y estabilización, para terminar en la crisis de 1999, con una fuerte tendencia a soportar los procesos de generación de recursos y productivos en la agroindustria y explotación de recursos naturales, más no a una industrialización y diversificación de los procesos productivos en el país.

Momento	Años	Impacto en Ecuador
Primera etapa de la política de sustitución de importaciones	1965-1971	Inicio de la explotación petrolera en el Ecuador, previa al primer auge petrolero
	1971-1975	Primer auge petrolero en Ecuador
Profundización del proceso de sustitución de importaciones	1975-1982	Segundo auge petrolero (incluyendo segundo gran aumento del precio del petróleo crudo), auge en el acceso a créditos comerciales
Programa heterodoxo de ajuste macroeconómico	1982-1985	Impacto del aumento de la tasa de interés mundial, reducción en el acceso a financiamiento externo debido a la crisis de la deuda externa y contracción del crecimiento del comercio mundial (incluyendo aumento de restricciones a las importaciones). El período se inicia con el fenómeno de El Niño (82-83).
Segundo período de ajuste con más elementos heterodoxos	1985-1990	El período incluye el terremoto de 1987 que destruye el oleoducto.
Período de liberalización y estabilización ortodoxa de la economía	1990-1995	El período inicia en 1990 con un aumento en el precio mundial del crudo
Relajamiento de la política de estabilización y descstabilización y crisis	1995-1999	Guerra fronteriza con el Perú (1995), desestabilización política (golpe de Estado a Bucarán) y relajamiento de la política de estabilización económica (1995-1997), nuevo fenómeno de El Niño (97-98), fuerte caída del precio del petróleo (1998) y crisis financiera (1999)
	2000-2002	Dolarización de la economía, recuperación del precio del petróleo (2000) y un fuerte crecimiento de las remesas

Fuente: Vos, Rob y León Mauricio, Dolarización, dinámica de exportaciones y equidad: ¿cómo compatibilizarlas en el caso de Ecuador?, estudios e informes del SIISE N5, 2003. Elaboración propia.

De esta visión panorámica es importante concluir que, como señalan algunas investigaciones (Birdsall y Székely, 2003), la apertura de mercado ha tendido a generar una muy ligera disminución de la pobreza; además de que las reformas en su conjunto no han contemplado ningún tipo de protección a los sectores más pobres, que se hallan en grave situación de vulnerabilidad, y que además se vieron fuertemente afectados por la crisis que generó la erosión del valor de sus bienes.

A esto se ha sumado el hecho de que son los sectores más vulnerables los que realizan los trabajos peor remunerados, por lo que los autores referidos plantean que es fundamental que la acción de una política social debería estar orientada a fomentar el crecimiento de los activos de los pobres; es decir, es fundamental generar políticas orientadas a brindar una mayor cobertura en salud y educación, que a mediano o largo plazo pueden contribuir a generar fenómenos de superación de las realidades actuales, incrementando el capital social de los sectores más vulnerables. Pero esto no puede estar desconectado de políticas activas de promoción a la producción, que apunten a fomentar fuentes de empleo.

Por otro lado, y de manera más particular al caso del país, se evidencia que el tema salud, como un componente de las políticas públicas ecuatorianas no ha sido asumido como política de Estado sino que se lo ha enfrentado de manera coyuntural y episódica, dependiendo de los intereses que conducían a cada gobierno y no desde la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

Desde lo social

“No basta el crecimiento para solucionar la pobreza. Siendo absolutamente imprescindible, el mismo puede quedar estacionado en ciertos sectores de la sociedad, y no llegar a los estratos sumergidos”

Bernardo Kliksberg (2002)

De manera esquemática podemos plantearnos que desde el señalamiento aristotélico de que “El bien es el fin de todas las acciones del hombre... [donde existen] ciertos fines que trascienden de los actos, los resultados definitivos son naturalmente más importantes que aquellos que los producen. Por otra parte, como existen una multitud de actos, de artes y de ciencias diversas, hay otros tantos fines diferentes: por ejemplo, la salud es el fin de la medicina; la nave es el de la arquitectura naval; la victoria, el de la ciencia militar; la riqueza, el de la ciencia económica.” (Aristóteles, 2002; p: 13-14).

Hasta las investigaciones históricas desarrolladas por Foucault que permiten ubicar los distintos momentos de vinculación entre la medicina y la nosopolítica en los siglos XVIII y XIX, o como la llamaríamos ahora la política pública de salud, permiten reconocer que el tema de la salud individual y pública ha estado presente permanentemente en el debate político y científico, con una particularidad más: siempre han sido los desposeídos, los pobres, el objeto de la intervención por parte del Estado que, además, siempre son la mayoría.

“No creo que sea muy productivo buscar una relación de anterioridad o de derivación entre una medicina privada, liberal, sometida a los mecanismos de la iniciativa privada y a las leyes del mercado, y una política médica que se fundamenta sobre una estructura de poder y que tiene por objeto la salud de una colectividad” (Foucault, 1999; p. 327).

Visto así ya no es el bien ético el que se persigue sino la construcción de un mecanismo de control social desde una forma de mercado, el de la salud, el cual genera sus propias formas de oferta y demanda; por un lado, como medicina clínica centrada en el individuo, por otro lado, como política de salud para el tratamiento de las enfermedades “en tanto problemas políticos y económicos que se plantea a las colectividades, y que éstas deben intentar resolver a través de decisiones globales” (Foucault, 1999; p. 328).

El Estado asumió el tema salud, en una relación dual, a saber, atender una demanda específica: el estado de salud de una población; con una manera de oferta puntual: la gratuidad. Sin embargo, el problema de la pobreza ha sido repensado de manera distinta en relación a los procesos de industrialización y de desarrollo social que se dieron en el siglo XX, apareciendo la seguridad social como un mecanismo específico de oferta frente a no solo problemas de salud biológicos, sino también frente a riesgos de desempleo y de accidentes laborales. Mecanismo que vuelve a dejar al Estado de manera directa los sectores más pobres.

Sin embargo, las reiteradas crisis económicas, el incremento de los costos de las prestaciones, el surgimiento de nuevos perfiles epidemiológicos en paralelo a viejos problemas y el aumento de la pobreza, así como la desregulación de los mercados laborales, han llevado a un repensar del tema salud desde las formas de organización de la sociedad. Ahora se discute de desarrollo humano sustentable, de capital humano y de capital social como conceptos desde los cuales pensar el organizar la sociedad, sus procesos políticos y económicos. “Ahora ya no se trata del sostenimiento de un franja particularmente frágil –desordenada y perturbadora- de la población, sino de encontrar la manera de elevar el nivel de salud del conjunto del cuerpo social... El imperativo de salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general” (Foucault, 1999; p. 331).

El Desarrollo del Capital Humano

Desde el planteamiento del desarrollo del capital humano la salud es un componente central e intrínseco del mismo, entendida no solo como el buen estado de salud biológico, sino también sico-social, el que es entendido como la “capacidad de trabajo con que cada individuo o grupo social cuenta, aspecto que se traduce en mano de obra añadida e incremento de la productividad y reducción de las incapacidades”²⁴.

Desde la economía de la salud la “inversión en capital humano tiene externalidades positivas, hace a la gente más sana y productiva y por lo tanto, aumenta el nivel de competitividad de la economía” (Bustelo, 2000).

24 Arredondo, Armando, et. al., La incorporación del análisis económico al sector salud en países latinoamericanos, primera parte, principales aportes y aspectos a considerar, en Cuadernos Médico Sociológicos, XXXIII, 2, México, 1992, p. 124.

Sin embargo también podemos ubicar la importancia de la salud como impulsadora del desarrollo humano sin más, y no necesariamente ligada a su aporte a la producción (Fierro-Renoy y Naranjo, 2003), “la capacidad humana, como la salud o los conocimientos, es más que un medio para lograr el bienestar humano. Es un componente esencial del bienestar humano” (BID, 1996)²⁵.

Estos criterios se han desarrollado a manera de acuerdos internacionales, de los cuales el Ecuador es país suscriptor, como la Cumbre Mundial de Desarrollo de Copenhague (1995), y la última Declaratoria de Desarrollo del Milenio, 2002; teniendo como base la aseveración de que el desarrollo es algo más que crecimiento económico (Naciones Unidas, 1996), así como que “en muchos países en desarrollo que registran un rápido crecimiento económico están descubriendo que el aumento de sus índices del Producto no han logrado reducir las carencias socioeconómicas de importantes segmentos de su población; de igual forma, las naciones industrializadas se han dado cuenta de que un alto nivel de ingreso no necesariamente protege contra la rápida expansión de problemas sociales, tales como la falta de vivienda, la violencia, las drogas, la ruptura de las relaciones familiares, el SIDA, etc.” (MIDEPLAN, 2002).

Desde la Cumbre de Copenhague se ha aceptado el concepto de desarrollo social, que se estructuró como una forma de entender los niveles de pobreza de las personas no solo desde componentes económicos, sino desde diferentes ámbitos, por lo que “el objetivo primordial del desarrollo social es mejorar la calidad de vida de todas las personas, por lo que este exige la creación de instituciones democráticas, el respeto de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, el aumento de oportunidades económicas equitativas, el imperio de la ley, la promoción del respeto de la diversidad cultural, el derecho de las personas a pertenecer a minorías y la participación activa de la sociedad civil” (Naciones Unidas, 1996).

El desarrollo humano es el proceso de aumentar las opciones de las personas, lo cual se logra ampliando sus capacidades esenciales y de funcionamiento. Las tres capacidades esenciales para el desarrollo humano son que las personas tengan una vida larga y sana, que posean los conocimientos necesarios y que tengan acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida aceptable. Las inquietudes con respecto a la equidad ocupan el primer plano en la perspectiva del desarrollo humano, en particular la equidad en las capacidades y las oportunidades básicas para todos, es decir: la equidad en el acceso a la educación, a la salud y en los derechos políticos. La

25 Citado por Fierro-Renoy, Virginia y Naranjo, Mariana, 2003.

esencia y la prueba de las estrategias de desarrollo humano sostenibles debe ser alcanzar una forma de vida sostenible para todos. Estas estrategias son necesarias para el desarrollo centrado en las personas, con inquietudes por el empoderamiento humano, la participación, la igualdad de género, el crecimiento equitativo, la reducción de la pobreza y la sostenibilidad a largo plazo (Casas-Zamora).

El otro elemento importante de la propuesta del desarrollo humano es el de permitir aumentar, como ya señalábamos, los parámetros desde los cuales medir la pobreza ya no solo desde indicadores económicos; este planteamiento ha sido desarrollado por Amartya Sen, quien plantea los términos “capacidades y realizaciones” para explicar la pobreza como la privación o carencia de capacidades. Las capacidades son “las libertades importantes de que disfruta la gente para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar, tales como funcionamiento social, mejor ecuación básica y atención de salud, y longevidad” (Ravi Kanbur y Lyn Squire, 1999)²⁶.

“Lo verdaderamente importante en relación con el ingreso es la oportunidad de convertirlo en capacidades de funcionamiento social, pero ellas dependen de una variedad de circunstancias personales (incluyendo edad, género, disposición a la enfermedad e invalidez) y del medio social que rodea a la persona (incluyendo características epidemiológicas, medioambiente físico y social, servicios públicos de educación y salud, entre otros)” (Sen, 1995).

Lo preocupante frente a estas propuestas que parten de reconocer que el fin último de todo desarrollo es el ser humano, es los limitados recursos económicos asignados por el estado ecuatoriano al sector social. Según varios estudios (UNDP-CEPAL-UNICEF, 1999 y Badillo-UNICEF, 2001)²⁷ el Ecuador es uno de los países que menor importancia le asigna a la inversión social, en relación a la prioridad macroeconómica y fiscal. “De cada dólar del producto interno bruto, Ecuador destina a la inversión social alrededor de 8 centavos (prioridad macroeconómica), en tanto que el promedio latinoamericano habría destinado 12,4 centavos (en 1997).

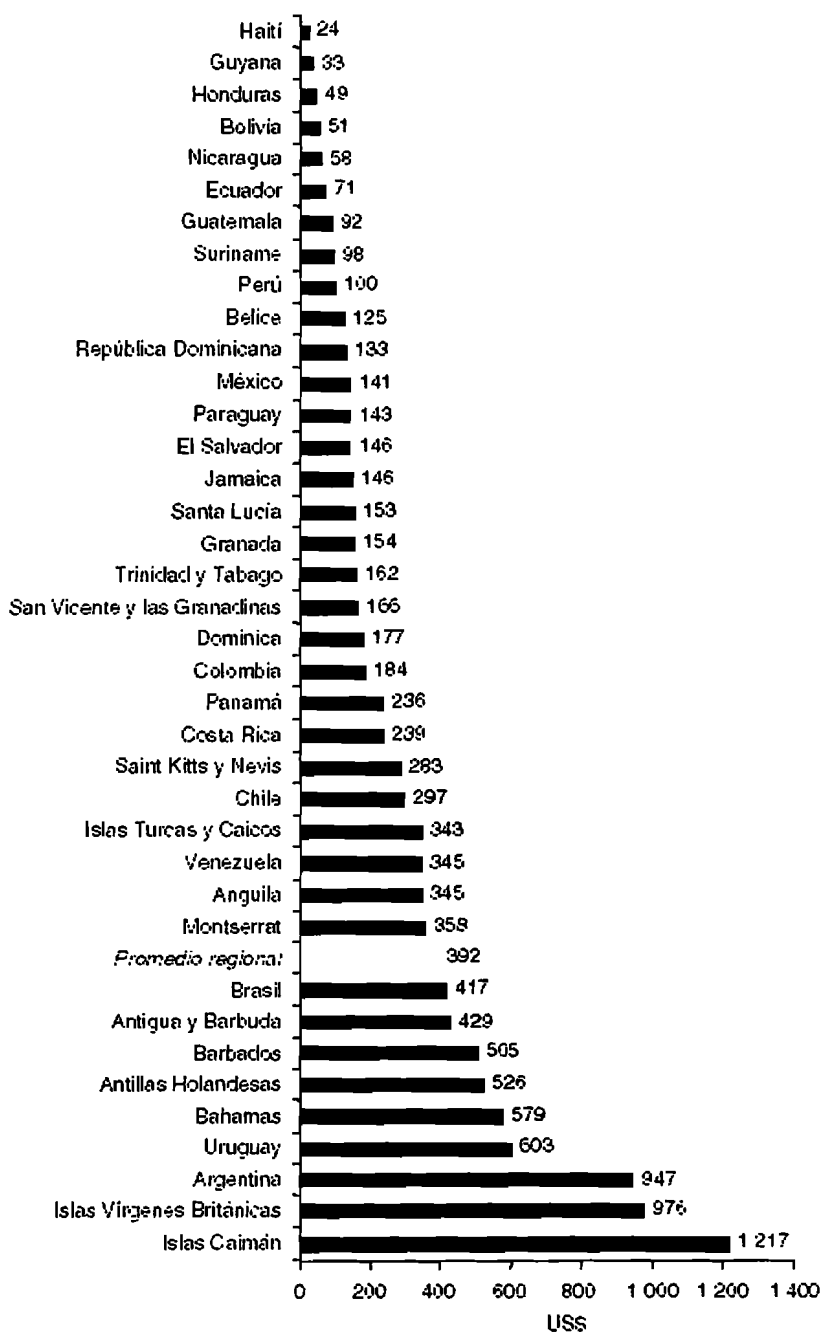
Por su parte, la prioridad fiscal de la inversión social en Ecuador, ubica al país en la penúltima posición de la región, apenas 30 centavos de cada dólar de gasto público es destinado a la inversión social, mientras el promedio latinoamericano sería de casi 50 centavos” (Fierro-Renoy y Naranjo, 2003).

26 Citado MIDEPLAN, 2002.

27 Citados en Fierro-Renoy y Naranjo, 2003.

En el caso específico y particular de la salud el tema no se altera en cuanto al nivel de gasto que hemos medido como indicador de la importancia que asigna un gobierno a estos temas. En el tema salud Ecuador ocupa un sexto lugar, solo por encima de Haití, Guyana, Honduras, Bolivia y Nicaragua, con un gasto público per cápita en el período 97-98 de US\$ 71 (Molina, et al. 2000), frente a un promedio de US\$ 392, sin considerar a los Estados Unidos de Norteamérica y el Canadá.

FIGURA 1. Gasto per cápita en salud (público y privado). 1997-1998



Fuente: Molina, R, et al, Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias, Pevista OPS, N° 8, 2000.

Lo otro importante a ver en relación a este tema es la prioridad de inversión de estos recursos (Molina, et al, 2000). En el caso del país el mayor porcentaje se lo lleva la atención curativa, con el 83,4%, mientras que la atención preventiva tan solo recibe el 2,3% del total; el restante 14,3% se va en gastos de administración y otros rubros. Hemos de recordar que en el caso de los sectores de salud y educación el pago de salarios se considera una inversión. Ahora que dentro de lo que es el promedio regional, el país mantiene un valor por sobre la media en cuanto a la atención curativa, pero muy baja en relación a la preventiva; lo que no podemos perder de perspectiva es que estos porcentajes son relativos al monto invertido por cada país.

CUADRO 3. Distribución del gasto en salud por tipo de servicios en ocho países de la Región. 1995

Pais	Atención preventiva (%)	Atención curativa (%)	Administración (%)	Otros rubros (%)
Bolivia	2.8	61.8	10.4	25.0
Ecuador	2.3	83.4	5.5	8.8
El Salvador	7.8	71.4	8.2	12.6
Guatemala	4.0	77.6	10.5	7.9
México	9.0	80.0	3.0	8.0
Nicaragua	17.5	75.6	6.3	0.6
Perú	5.6	64.6	6.8	23.0
República Dominicana	7.4	67.0	15.5	10.1
Promedio	7.0	72.6	8.3	12.1

Fuente: Estudios de cuentas nacionales. Colaboración de Organización Panamericana de la Salud/United States Agency for International Development/Partnerships for Health Reform.

Esta forma de destinar recursos para el sector social en general y para el sector salud específicamente, genera un déficit de financiamiento que dificulta el desarrollo de programas de promoción de la salud y adopción de hábitos de vida saludables, que disminuirían la frecuencia y el impacto de muchas enfermedades (OPS, 2002); esto provoca que no se puedan mantener mediadas eficaces de control de vectores, saneamiento básico, control de alimentos y vacunación de población canina, ocasiona que el país registre índices elevados de malaria y dengue, enfermedades diarreicas y rabia, e incluso muertes que hubieran podido evitarse.

Lo que se agudiza cuando se tiene en cuenta que los problemas que más afectan a la población son más frecuentes y de consecuencias más graves entre los grupos marginados, especialmente los indígenas y los negros, los pobres de las extensas zonas periféricas urbanas y la población rural dispersa, donde la prestación de servicios, así como su accesibilidad es más limitada. Es decir, no solo existen escasos recursos, sino que su prioridad de inversión al parecer no es la adecuada.

Capítulo 3

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Desde las consideraciones frente al panorama económico, social y al diagnóstico del sector salud en el país, desde sus niveles de financiamiento desde el sector público, así como los avances en el proceso de reforma; así como la búsqueda de mecanismos de valorización de los problemas sociales de los sectores más pobres, es necesario pensar en mecanismos para enfrentar estos problemas y darles solución en el mediano y largo plazo.

Así es que las “políticas públicas son cruciales en el logro de los objetivos de crecimiento y equidad, mediante decisiones económicas y sociales. Una buena política económica tiene efectos sociales positivos, ya que se traduce en crecimiento, que es una condición fundamental para crear empleos y mejorar salarios” (Franco, 2002). Siguiendo a este autor, las políticas públicas deben cumplir tres funciones básicas de políticas sociales:

- Inversión en capital humano: educación, salud, vivienda, como un prerrequisito del crecimiento económico; reconociendo que este es crucial a efectos de disponer oportunidades de bienestar.
- Compensación social: redes de protección social. Porque la “lucha por la superación de la pobreza y la indigencia seguirá siendo central” (Franco, 2002). Estas redes de protección social deben verse como “conjuntos de intervenciones compensatorias, que incrementan el ingreso y otros activos mediante transferencias focalizadas, y que están diseñados específicamente para sostener o aumentar el bienestar de los grupos pobres o vulnerables en períodos de transición o crisis económica” (Graham, 1994)²⁸. Es fundamental señalar que el conjunto de estas redes no han funcionado de manera anticíclica frente a las crisis.
- Cohesión social: “una sociedad integrada es aquella en la cual la población se comporta según patrones socialmente aceptados y genera un ajuste entre las metas culturales, la estructura de oportunidades para alcanzarlos y la formación de capacidades individuales para aprovechar tales oportunidades” (Franco, 2002).

Dentro de las políticas están las políticas sociales, las cuales por su particularidad deben cumplir con ciertos requisitos, como son la universalidad y el impacto, “para lo cual deben resolver los

²⁸ Citado en Franco, 2002.

temas de la institucionalidad a través de la cual se llevarán a cabo sus programas y la eficiencia con la que dispondrán de los recursos disponibles” (Franco, 2002), a lo que se suma la necesaria selección de instrumentos, como la focalización, y la vinculación de mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan medir sus impactos.

Dentro de este contexto la universalización se la reformula como la “búsqueda de la satisfacción de las necesidades reales de todas las personas” donde “es necesario tratar desigualmente a quienes son socio económicamente desiguales, mediante la acción afirmativa o discriminación positiva” (Franco, 2002). También se debe entender bien el problema de los instrumentos, como la focalización.

Cada vez se llega más al consenso de que la “focalización (...) no se contrapone a la universalización de los derechos sociales y mucho menos significa desmontar los derechos conquistados”, sino que “se trata de una (forma) de discriminación positiva de grupos especiales de la población que están demandando atenciones especiales para permitir su efectiva inclusión en el acceso a la riqueza y a los bienes y a los servicios socialmente producidos, capaces de situarlos en un estadio de dignidad” (Silva e Silva, 2001)²⁹. A esta visión positiva de la focalización es conveniente sumar la siguiente: “la focalización debe considerarse un instrumento para que los servicios sociales tengan una cobertura universal y nunca como un sustituto de la universalidad” (Ocampo, 2001)³⁰.

De hecho, la propuesta de Seguridad Social del país cumple estas condiciones, ya que el modelo bismarkiano asumido responde a un modelo solidario focalizado, dirigido a los trabajadores en relación de dependencia, desde aportes proporcionales de los empleadores y empleados. Lo importante es que los sistemas que responden a este modelo no solo protegen la salud sino también la Integralidad de una vida digna.

El otro tema a identificar con precisión en cuanto a las políticas sociales es el de la institucionalidad, que es término desde el cual se ha intentado replantear la relación entre la sociedad civil y el Estado, volviendo a los primeros más participes en la proposición y debate de políticas públicas. “En los últimos años las experiencias de las políticas sociales, en especial las orientadas a superar la pobreza, mostraron muchos defectos del centralismo que lleva a tomar

²⁹ Citado en Franco, 2002

³⁰ Citado en Franco, 2002

decisiones sin considerar adecuadamente las peculiaridades locales y opta por soluciones homogéneas para realidades heterogéneas” (Franco, 20002; p:95).

Como señala Bustelo, las políticas sociales y, dentro de estas las de salud serían “en su conjunto, también una opción entre valores, siendo la ciudadanía de derechos y responsabilidades el concepto puente entre el individuo, el Estado y la sociedad como pertenencia común. La política social es, esencialmente la política de “construcción de la sociedad” y sobre todo de una sociedad justa” (Bustelo, 200; p:180); sin embargo, estas propuesta de repensar lo institucional todavía están mediatizadas por lo que Foucault llamó dispositivos de saber, que se vuelven mecanismos de fortalecimiento del poder real, donde el discurso de la pobreza oficial no explica el problema ni lo que está en disputa (Foucault, 2000).

Lo grave es que todas estas condicionantes para una política social no se cumplen en el país, donde las “debilidades institucionales son factores determinantes de la condición de vulnerabilidad del país, al igual que la falta de continuidad en las políticas sociales y sus arreglos institucionales” (Vos y León, 2003; p:27).

Actualmente en el Ecuador existe una corriente que reconoce, en un contexto de globalización que nos hace más vulnerables a los shocks externos (Vos, 2002, 2003), que es prioritario tener una política fiscal sostenible que priorice el Desarrollo Humano (Fierro-Renoy y Naranjo, 2003), buscando acordar alrededor de una estrategia de estabilización y crecimiento con prioridad en la inversión en capital humano e infraestructura física (Vos y León, 2003).

De esta forma la estrategia debería cumplir seis puntos fundamentales (Fierro-Renoy y Naranjo, 2003):

- La instrumentación de una política fiscal sostenible que priorice el Desarrollo Humano Sostenible.
- Promover en el Ecuador la adopción de la Meta de Cobertura Universal en la entrega de los Servicios Sociales Básicos (SSB) –educación básica, salud básica, y atención integral de la infancia-, como una meta explícita hacia el Desarrollo Humano Sostenible.

- Que los gobiernos asignen Prioridad Fiscal³¹ y Macroeconómica³² a la provisión de los SSB como meta factible de gasto público social.
- Revertir la tendencia de deterioro social y el carácter residual en las prioridades macroeconómicas y fiscales de la inversión en SSB observada en el pasado, como medio para mejorar la acumulación del capital humano, el bienestar de la población, atenuar la pobreza y contribuir a acelerar el desarrollo económico.
- Mejorar la eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos destinados a los SSB (rendición de cuentas).
- Buscar un acuerdo fiscal y social que priorice el desarrollo humano en el marco de una gestión de finanzas públicas sostenibles.

Podría agregarse a estas seis consideraciones una séptima, que ponga atención al hecho del desarrollo de esta estrategia considerando las diferencias entre el espacio urbano (Arraigada, 2000) y rural (Tejo, 2000) que vive el país y la región, donde necesidades básicas insatisfechas, niveles de infraestructura productiva, niveles de accesibilidad de los servicios, calidad de los mismos, así como los procesos de desarrollo y de inversión se han expresado de manera radicalmente distinta.

Políticas sociales de salud

Como ya hemos señalado el país tiene importantes problemas en el sector de la salud, problemas de tipo económico y social, de cobertura y calidad, así como políticos, los cuales sumados a una crisis más estructural han ido generando una mayor pérdida de protección de la salud de los ecuatorianos. Frente a esto la propuesta es la de garantizar la salud básica para todos.

La salud básica debe ser entendida como un paquete de servicios básicos de salud privilegiando cuatro áreas de atención (Fierro-Renoy & Naranjo, 2003): atención preventiva, atención primaria de salud, atención hospitalaria de primer nivel y atención nutricional, a los grupos programáticos privilegiados por la política del MSP. La meta de la salud básica para todos es una meta que se inscribe dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que Ecuador se ha comprometido a alcanzar en el 2015.

³¹ La relación del gasto público en SSB respecto al gasto público total, es lo que se denomina prioridad fiscal del gasto en SSB. (Fierro-Renoy & Naranjo, 2003)

³² La relación de gasto público en SSB respecto al PIB, se denomina prioridad macroeconómica del gasto en SSB (Fierro-Renoy & Naranjo, 2003)

Estos objetivos son:

- Reducir la pobreza y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En un primer momento, y como horizonte temporal el 2005, en el cuadro siguiente se exponen los problemas actuales y la meta esperada. Sin embargo el problema no se presenta solo por las brechas entre lo actual y lo esperado, sino porque el debate del tema social en el país se está relegando frente a otro tipo de prioridades económicas, como el pago de la deuda externa.

Sin embargo el reto está más allá de lograr un primer consenso a lrededor de estos objetivos macro, será necesario ubicar mediaciones en lo sectorial e institucional que permitan aplicar o conseguir lo p ropuesto. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 1998) el Estado debería articular las políticas nacionales de salud desde tres niveles de acción:

Las políticas de salud que norman las acciones de salud en la sociedad en general, los derechos y deberes ciudadanos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades y las diferentes regulaciones sanitarias. Las políticas para el sector salud que involucran a los diversos actores institucionales que intervienen en el proceso de atención de salud, desde una perspectiva sectorial. Las políticas que corresponden al ámbito del MSP: Institución de rectoría del sector como responsable de las acciones y servicios de salud pública; como garante del acceso a la atención de salud de la población, con énfasis en los grupos de mayor riesgo biológico y social.

Lo cual plantea el tema de la necesidad no solo de una política social de Estado, sino de una política de salud de Estado, con una institucionalidad fuerte y con capacidad de expresarse en el nivel nacional y en los regionales y locales, garantizando el acceso a condiciones de calidad de

vida con buenos niveles de salud para toda la población, de manera equitativa, con calidad y con eficiencia.

Indicadores Básicos de Salud 2002-2005

Situación actual a 2002	Brechas de cobertura a 2002	Metas para el 2005
Actualmente el 75% de la población no cuenta con ningún seguro	En todos los niveles,, prevención, atención primaria y hospitalaria de primer nivel	Acceso universal a un paquete de salud básica y a un paquete nutricional dirigido a los grupos programáticos privilegiados por la política pública de salud
Cobertura de atención preventiva, 29% de la población demandante	81% de niños y niñas, adolescentes y mujeres no tienen acceso a estos servicios (4'883.275). 25% de niños menores de un año no son inmunizados, 40% de niños no reciben terapia de rehidratación oral	49% de la población demandante pobre con servicios de atención preventiva de salud
Cobertura de atención primaria, 35% de la población demandante	65% de la población no tiene acceso a estos servicios (8'062.992), 60% de la población no tiene acceso a medicamentos esenciales, 34% de las mujeres no tiene acceso a uso de anticonceptivos	44% de la población demandante pobre con servicios de atención primaria de salud
Cobertura de atención hospitalaria, 72% (1'250.384)	28% de la población que necesita no tiene acceso a estos servicios (486.260)	82,5% de la población demandante pobre
31% de niños/as menores de cinco años no tienen problemas nutricionales	69% de niños/as menores de 5 años sufren desnutrición en el campo	Bajar la incidencia de desnutrición en por lo menos el 50% de la población pobre
Prioridad macro-económica actual del gasto en salud básica al 2002: 0,5% del PIB	Brecha de recursos para la salud básica al 2002: 0,3% del PIB (por debajo de la media regional)	Prioridad macroeconómica necesaria para la salud básica al 2005: 0,9% del PIB
Prioridad fiscal salud básica: 2,4%		Prioridad fiscal al 2005 para la salud básica: 3,7%
Ineficiencias en el gasto y en la modalidad de entrega de los	Ineficiencia asignativa. Ineficiencias en el uso de los	Mejorar la distribución intersectorial a favor de la salud

servicios	recursos. Ineficiencias en el modelo de intervención y de financiamiento	básica Mejorar la distribución entre gasto corriente y de capital Reformas en el modelo de entrega
Problemas de calidad: eficiencia y pertinencia	Ausencia de un sistema de evaluación de la calidad de los servicios de salud básica	Poner en marcha el sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios

Fuente: Fierro-Renoy y Naranjo, 2002

Este proceso debería darse dentro del marco de descentralización y desconcentración que plantea el proceso de reforma de la salud, para así pensar estos momentos no “solamente por motivos fiscales, o para reducir costos incentivando la participación voluntaria de la comunidad, o para disolver el poder de corporaciones sectoriales y/o para diluir legítimas demandas populares. O por otro lado, también podríamos pensar el mismo instrumento para democratizar el sector, para expandir la participación, para controlar la falta de transparencia en la administración de los recursos o, en fin, para perseguir mayor equidad en el acceso y financiamiento de los servicios” (Bustelo, 2002; p:174).

Una forma de medir este proceso es a través de lo realizado en el sistema de seguridad social, el IESS, tal vez el elemento más visible en la región y el país de los procesos de reforma del sector, que se han mezclado en muchos de los casos con procesos de privatización y retiro del Estado de áreas históricamente cubiertas por él. En América Latina se han llevado a cabo reformas en el sector público desde la perspectiva de ir reduciendo el tamaño del Estado y aumentando la primacía del mercado, subordinando el conjunto de decisiones sociales y políticas a condicionamientos económicos, desde la visión de que la estabilización macroeconómica y liberalización de las economías espontáneamente producirían cambios favorables en el desarrollo humano³³.

El proceso de reformas estructurales iniciado en la década de los ochenta ha dejado un saldo en contra frente a las expectativas de mejoramiento de las condiciones de vida de la población en la región (MIDEPLAN, 20002; CEPAL, 2002), siendo el ámbito de la seguridad social uno de los

33 Es interesante ver como en la publicación mensual número dos, de septiembre de 2003 del Observatorio de la Política Fiscal, su editorial está centrado en el debate de repensar lo social, en sentido amplio, como política pública de mejoramiento de las condiciones de vida y reducción de la pobreza en el país, tareas que le competen por entero al Estado. También es interesante, y es a lo que nos referimos, la forma de ir asumiendo el agotamiento y el revés de los procesos de ajuste, que comienza a constituirse en un discurso oficial soportado por suficiente prueba empírica.

tópicos donde el debate ha logrado mayor enriquecimiento en los últimos años. Tras veinte años de acciones concretas, desarrolladas en contextos distintos y realidades particulares existe suficiente evidencia empírica para contrastar lo que se pretendía al iniciar las reformas con lo que realmente ha sucedido. Este proceso no se ha dado por igual en el ámbito de la educación, el trabajo, la vivienda y el mismo espacio salud.

Es importante intentar ubicar algunos resultados empíricos y otros planteamientos teóricos con los que se cuenta en los actuales momentos tras el análisis de los procesos desarrollados alrededor de los sistemas de seguridad social en la región y el mundo; porque en estos la aplicación de las teorías económicas de apertura y los mecanismos comunes (en un contexto de globalización) aplicados permiten desmentir algunos criterios y supuestos. Esto puede ser fundamental tenerlo presente al pensar en los mecanismos y políticas que se desarrollen en el sector salud de manera específica, donde la relación eficiencia y equidad lleguen a un equilibrio posible antes de costar muertes.

Así, dentro del reconocimiento de que la promoción del desarrollo humano (Observatorio de Política Fiscal, 2003), debe ser un objetivo prioritario para la política fiscal del Ecuador, no debe descuidarse la relación, no contradictoria, en la teoría económica entre la eficiencia económica y la equidad social (muchas veces vista como justicia social), que es posible si existe un crecimiento de la economía, que canalizado, en parte, por el Estado promueva, “la inversión en capital humano, por sus efectos redistributivos e impacto en el crecimiento y reducción de la pobreza”³⁴.

La reforma a la Seguridad Social

En la mayoría de países de América Latina, el sector salud está integrado en la práctica por varios sistemas verticales e independientes. En Ecuador encontramos el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Seguro Campesino, la Junta de Beneficencia, los sub sistemas de las Fuerzas Armadas y de la Policía. Por esto analizar la seguridad social nos permite tener claridad sobre el sector salud, habida cuenta que en el caso del país la fuerte fragmentación del sistema salud, da una fortaleza importante a esta área, que históricamente sigue el modelo bismarkiano.

³⁴ Observatorio de la Política Fiscal, Ibid.

También partimos del criterio de que garantizar el acceso universal a servicios de salud a todos los habitantes del territorio ecuatoriano debe ser el fin último de una política de Estado en el tema, sin estar limitada a una capacidad de pago; además que pensar que esta oferta esté solo garantizada por el fisco no es posible y que requiere de mecanismos mixtos para su financiamiento y sostenibilidad, por esto la experiencia de lo sucedido con la reforma de la seguridad social en América Latina es ilustrativa de lo que se puede pensar.

Según algunos estudios (Mesa-Lago/CEPAL, 2000; Titelman, et al, 2000; Homedes y Ugalde, 2002) en la región se han desarrollado dos tipos de reformas al sistema de asistencia social, las no estructurales y las estructurales, dentro de los países que han asumido el primer tipo podríamos ubicar al Ecuador, quien sin perder el control del sistema por parte del sector público ha buscado implementar mejoras en sus programas de asistencia y prestaciones: aumento de la cobertura poblacional, normalización de las condiciones de adquisición de derechos, buscar mecanismo para enfrentar y/o reducir el déficit.

La mayoría de países de América Latina se ubican en el segundo modelo, dentro de las reformas estructurales que han sido implementadas en distintos momentos históricos y geográficos.

Dentro de este tipo existe una subclasificación:

- Sustitutivas, con el cierre del sistema público y donde se ubican Chile (1978-81), México (1995-96), Bolivia (1996) y El Salvador (1996).
- Mixtas, que reforman el sistema público e integran el sistema de aportaciones individuales, donde encontramos a Argentina (1993) y Uruguay (1995).
- Paralelas, donde la reforma del sector público termina con su monopolio, es el caso de Perú (1992) y Colombia (1993).

De manera general la tabla adjunta resume los diversos sistemas vigentes en la región en estos momentos:

Tabal N° 1 Definiciones de tipos de régimen de Seguridad Social en América Latina

PAIS	AÑO	TIPO DE REGIMEN
Argentina	1993	Mixto. El afiliado opta por participar en un régimen CPI o un régimen de seguro social y en ambos casos además recibe una prestación uniforme del seguro social (nota: se discute actualmente la eliminación o modificación de este componente y de la posibilidad de la opción).
Bolivia	1996	CPI
Brasil		Seguro Social
Chile	1981	CPI
Colombia	1993	Paralelo
Costa Rica		Seguro Social
Ecuador		Seguro Social
Honduras		Seguro Social
El Salvador	1996	CPI
Guatemala		Seguro Social
México	1995	CPI
Nicaragua		Seguro Social
Panamá		Seguro Social
Paraguay		Seguro Social
Perú		Paralelo
República Dominicana		Seguro Social
Venezuela		Seguro Social

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de la Asociación Internacional de Seguridad Social. Diciembre 2000

El modelo de sustitución

Esta práctica que se asumió en parte de los países de la región abandona el aseguramiento colectivo y la solidaridad, tanto intergeneracional como en el financiamiento, y se da paso a la individualización de los riesgos; los trabajadores son trasladados del sistema de reparto estatal a un sistema privado de cuentas individuales. Sin embargo, este proceso no libra al Estado de costos, ya que este no pierde en ningún momento su responsabilidad de garante de la protección social de los trabajadores del país.

El sistema chileno además reformó los porcentajes de aportación para el financiamiento del seguro, dejando todo el costo del ahorro para la vejez al trabajador, en este sentido la evidencia empírica muestra que “la eliminación de la cotización del empleador debe estudiarse cuidadosamente pues o bien incrementa el costo fiscal o la cotización del asegurado; la reducción de la cotización del asegurado puede incrementar el costo fiscal, reducir su pensión o ambas y que el empleador ha resultado claramente más beneficiado en los cambios de la cotización, a expensas del asegurado” (Mesa-Lago/CEPAL, 2000).

Otra forma de medir la pérdida de solidaridad con este sistema es posible al considerar que no existen tampoco reservas o fondo común donde el aporte de los que más ganan contribuya a financiar las jubilaciones de los que menos ganan. Como se entenderá, tampoco existirá solidaridad intergeneracional, provocando que individualmente seamos más vulnerables al aumentar el riesgo, aunque el sentido del seguro es el contrario.

El otro tema relacionado con este modelo y los trabajadores es que tiene un mayor costo económico para ellos, ya que parte de sus ahorros se van en gastos administrativos de la aseguradora, así la evidencia ha demostrado que en el caso chileno la comisión de 2.4% sobre los salarios cotizables representa aproximadamente un 18% de las contribuciones; y en el caso argentino, la comisión del 2.5% de los salarios representa el 23% de las contribuciones netas al componente privado del sistema; es decir, que si no existieran estos gastos administrativos los trabajadores recibirían un 18% y un 23% más de pensión jubilar al final de su periodo.

La competitividad

Si bien el modelo capitalista parte del criterio de que una mayor posibilidad de elección de los individuos genera un mayor bienestar de la sociedad, y este principio estuvo implícito en las reformas emprendidas, se ha recolectado información que demuestra que entre la selección de las aseguradoras por parte de sus clientes (los trabajadores formales y de mejores ingresos), la restricción del mercado laboral formal, con altas tasas de paro, que en la mayoría de los países la oferta de aseguradoras privadas sea reducida y por tanto la competencia sea limitada.

También se ha evidenciado que los problemas de costos generados por las asimetrías en la información y el de llevar cuentas jubilatorias recae en el aportante más chico, de hecho algunos deben perder para que otros puedan ganar.

Los costos de transacción para el Estado

El proceso de privatización de la seguridad social, ya sea de forma total o parcial ha tenido un alto costo para el Estado, que se lo ha denominado el triple costo fiscal (Mesa-Lago, 2000) de la transición: el déficit del sistema antiguo, el bono de reconocimiento y la pensión mínima del nuevo sistema.

El primer costo se refiere a todos aquellos aportantes del régimen antiguo que pierden sus financiadores, que ahora se encuentran en un sistema nuevo, lo que deja a cargo del Estado el cubrir con todas estas pensiones. El segundo costo, el bono de reconocimiento, es el valor de las cotizaciones aportadas al sistema antiguo por los asegurados que se cambian al nuevo (que no solo depende de una buena estimación contable sino de la presión política al momento de definirlo). El tercer costo es el que incurre el Estado al tener que garantizar una pensión mínima a los jubilados, proceso que tiene perspectivas de ser más común frente a la inestabilidad del sector laboral formal, que incide de manera directa sobre las aportaciones y beneficios de cada afiliado.

Así puede verse que cualquier modificación al sistema estatal de seguridad social generará costos al Estado, lo cual no quiere decir que por este motivo no se realicen, sino que deberá estimarse con precisión que valores son coherentes con los objetivos que se persiguen. Según un estudio de Uthoff y Bravo³⁵ el costo fiscal para los países latinoamericanos, clasificándolos según la magnitud de la deuda provisional que se generaría, va desde los muy altos (Argentina, con 305.4%) a altos (Chile, 131%), como porcentaje del PIB

Los mitos de la Capitalización

Otra forma de análisis de las experiencias en las reformas de los sistemas de capitalización es la denominada de los mitos de la capitalización (Orszog y Stiglitz, 1999; Obando, 2000; Barr, 2001), según este criterio son nueve los problemas que evidencian cómo se han manejado los distintos procesos, no solo en América Latina sino también en otras partes del mundo.

Mito uno: El régimen de capitalización resuelve el problema de una tendencia demográfica desfavorable.

³⁵ Citado en Guillen, 2002,

El envejecimiento de una población reduce la población activa de un país y por tanto su producción, el efecto de esto en un sistema de reparto es que reduce la base de las contribuciones. Mientras que el sistema de capitalización hace que cada cual cargue con su propio peso, lo que en economías muy inestables no garantiza la continuidad en el sistema.

Mito dos: El único medio de prefinanciamiento es la acumulación jubilatoria.

Es posible que los futuros jubilados si se puedan proteger contra los cambios demográficos sin cambiar de sistema y sin afectar los fondos jubilatorios, desde:

- Invertir los fondos en un país cuya población es más joven,
- El Estado puede reducir el gasto público futuro, para contrarrestar los incrementos previstos del gasto en los sistemas de jubilación, por ejemplo a través de cancelar deuda pública.
- El Estado puede formar reservas para atender una mayor demanda futura.

Mito tres: Hay un vínculo directo entre capitalización y crecimiento económico.

Se reconoce que en los sistemas de capitalización el ahorro solo crece en los periodos de acumulación, luego este se gasta en sus propios jubilados; sin embargo el ahorro en los nuevos sistemas no ha conducido a nuevas inversiones, y aunque este haya sido el caso, la inversión no conduce automáticamente al crecimiento económico. Por lo que cualquiera de los dos sistemas, capitalización o reparto, bajo ciertas condiciones, pueden contribuir al crecimiento económico, a promover el desarrollo de mercados de capitales.

Mito cuatro: La capitalización reduce el gasto público en planes de jubilación.

Como hemos visto con la investigación de Mesa Lago, en el corto plazo la introducción de este sistema incrementa las presiones presupuestarias fiscales, queda por verse en el largo plazo si este costo se reduce.

Mito cinco: Los sistemas de capitalización ofrecen mejores incentivos al mercado de trabajo.

Esto no sucede de manera automática y está vinculado a problemas actuariales y a la calidad de diseño del sistema, así: si las contribuciones mantienen una clara relación actuarial con los

beneficio, es decir, son proporcionales a los aportes, las distorsiones en el mercado de trabajo son mínimas. También deberá analizarse la propuesta jubilatoria, ya sea público o privado e l sistema, para poder determinar sus impactos en el mercado laboral.

Mito seis: Los sistemas de capitalización diversifican los riesgos

Los dos sistemas, el de capitalización o el de reparto son vulnerables ante perturbaciones macroeconómicas, demográficas y políticas, además es necesaria una firme regulación hacia los sistemas privados, no solo en cuanto a la seguridad de la inversión sino sobre la oferta de servicios o prestaciones que se den a la comunidad, así como sobre los mecanismos de discriminación de los beneficiarios.

Mito siete: Una gama de alternativas más amplia representa un mayor bienestar.

Problemas de asimetría de información y los costos administrativos generan que las aseguradoras no manejen de manera equitativa los recursos ni los gastos para el conjunto de los asegurados, provocando esto que la mayor carga recaiga en los aportantes más chicos, donde marginalmente los costos son mayores.

Mito ocho: Los sistemas de capitalización dan mejores resultados que los de reparto si la rentabilidad real supera el crecimiento salarial.

El problema es la estabilidad salarial del aportante, así como la serie de beneficios contables con los que se reciben a la serie de afiliados del viejo sistema en el nuevo.

Mito nueve: Los sistemas privados excluyen al Estado del ámbito jubilatorio.

El problema es no reconocer que la estabilidad fiscal es básica sea cual sea el sistema de jubilación que se utilice, por lo que sobre todo es necesario poder contar con un gobierno eficaz.

Lo hasta aquí visto es útil por tres razones básicamente: en primer lugar, porque es posible entender que la relación eficiencia - equidad no puede ser dejada de lado para la consecución de una buena política social, es decir, que una buena política económica no es por sí misma una

buena política social si carece de los mecanismos y acuerdos para que sus impactos favorables lleguen a sectores sociales desfavorecidos.

En segundo lugar, porque es realmente importante el que se reconozca la evidencia empírica producida en la región que demuestra los desaciertos de la teoría económica señalada como neoliberal, por lo que hemos recogido parte de esta en esta sección del trabajo en relación a la Seguridad Social, que en el caso ecuatoriano es un pilar importante dentro de un posible Sistema Nacional de Salud.

En tercer lugar, si estamos claros en el hecho de que el espacio de la Seguridad Social no es igual al de la salud, la experiencia del primero en la región, como forma de aseguramiento de riesgos, y sus mecanismos de financiamiento, permiten tener u observar nuevas formas para generar mecanismos de aseguramiento y de prestación de servicios públicos, privados o mixtos de salud, que logren cubrir la demanda de la población, donde la solidaridad se vuelve un fin a conseguir.

Finalmente, este debate que parte de uno de los pilares del fragmentado SNS ecuatoriano no da respuesta de manera directa a la forma de lograr un aseguramiento en salud para toda la población, lo que permite es repensar mecanismos ya utilizados, desde el aseguramiento privado (como en EE.UU. de Norteamérica), seguros sociales de inspiración bismarkiana o beveridgeana, o mediante formas mixtas más acopladas a un mundo globalizado.