

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

**FLACSO**

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN HACIA LA  
EFICIENCIA Y LA EQUIDAD

MAESTRÍA EN POLÍTICAS SOCIALES

**LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD  
COMO ALTERNATIVAS PARA LA AMPLIACIÓN  
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

ESTUDIO DE CASO

“EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD”

AUTORA

DIANA ALMEIDA UBIDIA

DIRECTORA

Dra. NILDA VILLACRÉS

MD MPH PHD (c)

OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2003

QUITO - ECUADOR

***Dedicatoria:***

*A Hernán y Dianita*

*inmejorables padres, inmejorables seres humanos.*

*A Fuad ejemplo de fortaleza.*

*A María Paz y Alegría, motor de mis realidades y mis sueños.*

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I

- 1. DESLIMITANDO “EL CAMPO DE LA SALUD”.....7**  
 1.1. Relación entre Salud y Poder.

### CAPÍTULO II

- 2. DE LA POLÍTICA SOCIAL A LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD, PASANDO POR LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD..... 13**  
 2.1. ¿Qué es, y Quién es el responsable de su construcción?..... 13  
 2.2. Del modelo residual al manejo social del riesgo..... 15  
 2.3. Los sistemas de salud como espacios de expresión de los valores de la sociedad..... 17  
 2.4. Los servicios de salud como espacios a través de los cuales se expresan estos valores..... 19  
 2.5. Sistema de Salud Ecuatoriano..... 21  
 2.6. Los Seguros Comunitarios de Salud como herramientas para el cumplimiento de las políticas públicas..... 23

### CAPÍTULO III

- 3. EXCLUSIÓN EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS 26**  
 3.1. Criterios de exclusión en salud..... 29  
 3.2. La exclusión por cobertura..... 30  
 3.3. Consideraciones cualitativas y cuantitativas de la exclusión y la pobreza.. 32  
 3.4. La exclusión por barreras de acceso..... 34  
 3.5. El Ecuador. Contexto macroeconómico de la pobreza ..... 34

## CAPÍTULO IV

<b>4. LOS SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD. PERSPECTIVA MACRO Y MICROECONÓMICA. UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA EFICIENCIA Y LA EQUIDAD. EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEFENSORES Y DETRACTORES .....</b>	<b>45</b>
4.1. Perspectiva macroeconómica.....	45
4.2. Los detractores. Consideraciones de eficiencia y equidad.....	45
4.3. Los defensores. Consideraciones de eficiencia y equidad.....	49
4.4. Perspectiva Microeconómica: Sistema de pago a los prestadores.....	51
4.5. La calidad en la prestación de los servicios.....	52
4.6. Copagos y sus efectos sobre la eficiencia y la equidad.....	53
4.7. Los medicamentos.....	55

## CAPÍTULO V

<b>5. ESTUDIO DE CASO: “EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD”.....</b>	<b>57</b>
5.1. Aspectos generales.....	59
<b>5.2. SU CONTRIBUCIÓN EN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EQUIDAD.....</b>	<b>62</b>
5.2.1. Cambio en la cobertura de atención con respecto a una línea de base o variación de la demanda.....	62
5.2.2. Acciones tendientes a evitar la selección adversa.....	63
5.2.3. Presencia de Copagos.....	63
<b>5.3. INCREMENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....</b>	<b>63</b>
<b>Percibida desde la demanda</b>	
5.3.1. Encuestas de satisfacción de usuarios.....	64
5.3.2. Renovación de la afiliación.....	64
5.3.3. Proporción de la población que se encuentra al día en los pagos..	65
5.3.4. Evolución del conjunto de prestaciones desde el inicio del microseguro	65

<b>Percibida desde la oferta</b>	
5.3.5. Punto de vista de los gestores y administradores del sistema.....	67
<b>5.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA.....</b>	<b>67</b>
<b>Sostenibilidad financiera</b>	
5.4.1. Estudio de factibilidad financiera.....	67
5.4.2. Separación de funciones entre el seguro y los prestadores.....	68
5.4.3. Presencia de administradores de contabilidad.....	68
5.4.4. Establecimiento y costo de la prima con ajuste de riesgo.....	69
5.4.5. Reaseguro explícito.....	69
5.4.6. Aplicación de mecanismos para contención de costos.....	69
5.4.7. Plan de beneficios.....	70
5.4.8. Aplicación de mecanismos para contención de costos o copados.....	73
5.4.9. Costos técnicos y administrativos como porcentaje de los ingresos... 73	
5.4.10. Costo Per Cápita de las prestaciones anuales otorgadas a los beneficiarios.....	73
5.4.11. Fondos de reserva .....	75
5.4.12. Mecanismos de pago a los prestadores.....	75
5.4.13. Selección de riesgos.....	75
5.4.14. Auditoría interna y Auditoría externa.....	75
5.4.15. Riesgo moral.....	76
5.4.16. Sistema informático.....	76
<b>Sostenibilidad Institucional</b>	
5.4.17. Propiedad.....	76
5.4.18. Asistencia técnica externa.....	76
5.4.19. Mecanismos de cobro de la prima.....	77
5.4.20. Documentación de la afiliación.....	77
5.4.21. Acciones de información al grupo destinatario.....	78
5.4.22. Aspectos legales y personería jurídica.....	78
<b>5.5. CONTRIBUCIÓN A LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y DEMOCRATIZACIÓN .....</b>	<b>79</b>
<b>5.6. EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>79</b>
<b>5.7. VINCULACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS.....</b>	<b>80</b>

## **CAPÍTULO VI**

<b>6. A MANERA DE CONCLUSIÓN. EL MICRO SEGURO SOLIDARIO DE SALUD EN EL CONTEXTO DE OTRAS EXPERIENCIAS DE MICRO SEGUROS COMUNITARIOS.....</b>	<b>81</b>
6.1. Aspectos generales.....	81
6.2. Contribución a aspectos relacionados con la equidad.....	81
6.3. Contribución al incremento en la calidad de los servicios.....	82
6.4. Aspectos relacionados con la eficiencia.....	83
6.5. Sostenibilidad institucional .....	84
6.6. Contribución a la participación de la comunidad y democratización del sector	85
6.7. Manejo de medicamentos.....	86
6.8. Vinculación con la red pública de servicios.....	86
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>106</b>

## CAPÍTULO I

### 1. DESLIMITANDO EL CAMPO DE LA SALUD

La definición de “SALUD” establecida por la Organización Mundial de la Salud brindó la extraordinaria posibilidad de tener una visión más creativa y a la vez más realista de la salud; dejó claro que: “El estado de salud de un individuo y su comunidad supera con creces la organización de un sistema de salud, inclusive de aquellos con grandes componentes de promoción y prevención”<sup>1</sup>

Los determinantes de la salud que “no solo actúan en la producción de la enfermedad sino en la recuperación de la salud” están según Frenk dentro del individuo pero también fuera de él, en el seno de la propia sociedad, estos determinantes son: La POBLACIÓN, EL AMBIENTE FÍSICO, LA ESTRUCTURA GENÉTICA Y LA ORGANIZACIÓN SOCIAL, esta última con cuatro dimensiones: La estructura económica, las instituciones políticas, la ciencia y tecnología y, la cultura e ideología que determinan el total de la riqueza producida, las reglas de estratificación de los grupos sociales, y el acceso diferencial a esa riqueza, mediado por la estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución (93) primaria como producto del funcionamiento de la economía y, secundaria mediante impuestos y transferencias (75). Según Fernando Filgueras esta distribución primaria del ingreso está fuertemente influida por el poder, por los recursos que tienen los diferentes grupos sociales en el mercado, por la capacidad organizativa del capital, y del trabajo, por los derechos laborales, el status público de los grupos de interés y las coaliciones dominantes y potenciales. (1)

El hecho de que los determinantes de la salud sean múltiples, implica a su vez que los actores también sean múltiples, y la relación entre ellos compleja porque depende de los intereses de cada uno en las decisiones atravesadas por fuertes estructuras de PODER.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> CONTANDRIOPOULOS, Universidad de Montreal 1999.

<sup>2</sup> PODER considerado como la apropiación de la energía ajena en la que el dueño decide voluntaria o involuntariamente, consciente o inconscientemente gastarla, esto cuando se trata de ejercicios

La relación entre Salud y Poder que se esboza aquí presenta un matiz diferente al que hacen referencia los estados alemanes en el siglo XVIII con la implementación de la POLICÍA MÉDICA de Johan Meter Frank quien propuso que los métodos policiales deberían ser modelos para la imposición y supervisión de medidas sanitarias ya que eran una forma de defensa de los sanos con respecto a los enfermos, y más recientemente Guillermo Rawson (1821-1890) pionero de la salud pública Argentina, quien encontró una íntima relación entre las enfermedades infecciosas dominantes y el deficiente saneamiento ambiental, culpando a la pobreza como la causa principal de enfermedad y responsabilizando a los pobres por esta situación. (106)

Aquí, las conexiones que existen entre poder, estructuras de poder y salud tienen relación con el acceso que las personas tienen a los bienes de los que depende la salud y a los servicios necesarios para recuperarla, esto se aclara con las reflexiones de Jaime Brehil “Los mecanismos de redistribución constituyen la base de la inequidad, y se transforman en elementos claves para comprender la génesis de los fenómenos de salud, porque en ella radica la comprensión de la estructura de poder, que son la base de la inequidad en la distribución de los bienes, soportes o protectores que la promocionan, como de las agresiones y procesos destructivos que deterioran la salud”

Desde esta visión, en la que coexisten tensiones internas y externas, individuales y colectivas la salud se convierte no solo en “UN PRODUCTO SOCIAL”<sup>3</sup> sino en “UN BIEN SOCIAL”<sup>4</sup> que equivale a un producto social dotado de un valor positivo de “alta externalidad”<sup>5</sup> resultado de una construcción colectiva y “esencialmente dinámica” en la que intervienen todos los factores que influyen y determinan el estado de salud de los individuos.

El reconocimiento de la salud como un PRODUCTO SOCIAL implica a su vez posicionar a la enfermedad y a la muerte como un producto social lo que implica una

---

individuales de poder pero en una sociedad, constituye una decisión colectiva en la cual el poder no reside en los poderosos ni en las armas sino en la voluntad de los individuos.

<sup>3</sup> CONTANDRIOPOULOS, Andre –Pierre La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales.

<sup>4</sup> OMS

<sup>5</sup> SOJO Carlos



inmensa apertura del “sector de la salud” a la intervención de todos los estamentos que participan y determinan las condiciones en las que transcurre la vida (6) y se produce la muerte.

El hecho de que países con igual esperanza de vida al nacer tengan profundas diferencias en sus gastos en salud y en el nivel de ingreso de su población evidencia el limitado impacto que tienen los servicios de salud en la consecución de la salud misma, lo que no se puede decir de los niveles de equidad, del nivel de educación, ocupación, apoyo social y riqueza del ambiente en la primera infancia. (6) “porque el acceso a los bienes de los que depende la vida condicionan el estado de salud” de un individuo y de una comunidad.

Cuando se habla de los factores del entorno, se tiende a pensar solamente en aquellos relacionados con los recursos naturales, el medio ambiente y los microorganismos, pero el entorno implica mucho más que eso, implica las carreteras, los automóviles, los edificios y muchas de las condiciones no accidentales que tolera nuestra sociedad, engloba al esparcimiento, a la posibilidad de gozar de la música y de la distracción, al trabajo como fuente de realización personal o de sufrimiento cuando existe la amenaza constante del despido o el ejercicio de una labor no gratificante, a los obstáculos (analfabetismo y pobreza) para acceder al gozo profundo de la lectura, de la escritura y de “la literatura como una forma de felicidad,”<sup>6</sup> a la consecución o no (desnutrición) de la energía necesaria para enfrentarse a los diarios retos de la vida, se refiere a las desigualdades de acceso y de calidad en los servicios de salud, educación y protección, al aislamiento, la humillación y el miedo que conlleva la pobreza, a la frustración que ocasiona el enfrentamiento entre los valores y costumbres del individuo con aquellos que promulga la sociedad (migración interna y externa), al cambio en el horario de comida y sueño, a la transformación de la relación entre vecinos que impone la vida moderna y la urbanización, a los pasatiempos agradables cuando no se convierten en competencias deportivas en que lo único importante es ganar, a la forma de ver la vida que nace de sentirse perdedor o ganador, al acceso a la información y a la posibilidad de usarla, al desarrollo de un ambiente familiar amoroso y calido con espacios de

---

<sup>6</sup> BORGES, Jorge Luis

autonomía y dialogo, al incremento de las capacidades de producción del individuo, al desarrollo de sanas capacidades de relación, al respeto por las diferencias, a la igualdad de oportunidades de expresión y producción, a la paz social, a las diferentes formas de participación, y al respeto por los derechos incluyendo los de la atención a la enfermedad, la discapacidad y el desgaste. (6, 55, 93)

Contradictoriamente a la apertura conceptual de la salud y sus determinantes sigue existiendo la noción existencialista e individualista que asocia a la salud en general con el funcionamiento de los servicios de salud curativa individual, y a la salud pública en particular con el mejoramiento de la salud individual de muchos, en palabras de Jaime Breihl “si se quiere asumir la salud pública como construcciones hacia la emancipación, no puede hacerse girar las explicaciones e intervenciones primordialmente alrededor de problemas de orden individual, porque “La salud no es primordialmente individual-objetiva-contingente ni es primordialmente colectiva-objetiva y determinada, es simultáneamente el concurso de procesos individuales y colectivos que, juegan y se determinan mutuamente, No es tampoco primero individual y luego colectiva como producto de realidades individuales porque libre albedrío y determinación colectiva, no son términos excluyentes, sino interdependientes”.

El reconocimiento de que “La consecución de la salud depende de la lucha cotidiana que libran a favor o en contra, la composición genética del individuo, y los factores tanto ambientales como culturales que construyen su resistencia interna y, por la otra las agresiones externas causadas por el entorno y los estilos vida”<sup>7</sup> (dinámica que se desarrolla en el contexto de esas fuertes estructuras de poder) No pretende de manera alguna devaluar los cuidados curativos sino contextualizarlos como instrumentos que buscan un fin superior, (al igual que sucede con el desarrollo) **EL BIENESTAR DEL INDIVIDUO** porque una respuesta inmediata a la enfermedad permite restaurar en el

---

<sup>7</sup> En este caso Jaime Breilh anota que el estilo de vida personal no se da en el vacío de relaciones sociales más amplias, sino inscrito en un modo de vida cuyos patrones influyen poderosamente las construcciones cotidianas, un modo de vida que acumula la historia de un grupo, que se ha formado en la experiencia grupal para enfrentar sus desafíos y contradicciones y que se enmarca en las factibilidades que le asigna un sistema de producción/propiedad que corresponde a un sistema de distribución del poder.

individuo las condiciones básicas indispensables para “la realización de los planes individuales y el progreso de las naciones”.

De esto se deriva la imperiosa necesidad de extender la atención de la enfermedad a los grandes segmentos de la población vulnerable que carece del poder no solo para cambiar las reglas de juego de un “mercado salvaje” que sentencia de antemano una excluyente distribución primaria del ingreso (base de la inequidad) sino también para influir en la distribución secundaria del ingreso y, como parte de ella en la organización de los servicios públicos de atención de la enfermedad que, en el Ecuador al igual que en muchos países de América Latina siguen siendo “modelos verticales” o “Seudo Monopolios Públicos” que concentran el poder en manos de las burocracias intermedias que trabajan sobre todo por sus propios intereses desarrollando un clientelismo sumiso; modelos que excluyen a la población más pobre y bloquean una dinámica de cambio que permita escuchar la voz de los usuarios; modelos que sin lugar a dudas adolecen de grandes problemas de eficiencia, libertad (56) y equidad.

En este contexto se plantea el surgimiento de LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD que son alternativas de organización de servicios de salud que potencian la participación de la comunidad, acercan las decisiones a los usuarios permitiendo que los servicios se adapten de alguna manera a sus necesidades y condiciones, modelos de organización que al concentrar el poder en manos de los propios usuarios fomentan en ellos la capacidad de exigir el cumplimiento de un derecho y que por sobre todas las cosas puedan llegar a la población más pobre del campo y las ciudades.

Este tipo de iniciativas han sido impulsadas recientemente por los organismos de Cooperación Internacional pero han sido desarrolladas anteriormente por muchas comunidades sobre todo africanas contribuyendo a la “eficiencia del gasto en salud” “a la participación de la comunidad” “a la equidad” y “a la democratización del sector” sin embargo su reducido tamaño ha impedido diluir la concentración del riesgo y disminuir los costos de la prima condición indispensable para garantizar el acceso de la población más pobre a un conjunto de prestaciones que rebase el primero y segundo nivel de

atención y el poder necesario para demandar de la red pública de servicios una vinculada y eficiente provisión de los servicios del tercer nivel.

Esta es una investigación evaluativa basada en la “modalidad metodológica” de ESTUDIO DE CASO A PROFUNDIDAD del “**SEGURO SOLIDARIO DE SALUD**” que se viene desarrollando como un sistema (Seudo) integrado con el Centro Médico Tierra Nueva ubicado en el Sur de Quito; la investigación analiza **1) Aspectos generales** y su contribución a aspectos como: **2) La equidad. 3) Al mejoramiento en la calidad de los servicios, 4) La eficiencia en base a parámetros relacionados tanto con la sostenibilidad financiera como institucional y 5) La participación de la comunidad y democratización del sector;** complementariamente se tratan temas relacionados con: **6) El manejo de medicamentos y 7) La vinculación con la red pública de servicios como un parámetro indirecto tanto de sostenibilidad cuanto de empoderamiento de la comunidad.**

Se justifica esta investigación cualitativa de estudio de caso a profundidad como un intento de escapar de la corriente positivista cuantitativa que enclaustra el conocimiento de la realidad (sobre todo en lo que a salud se refiere); los datos cuantitativos que se incluyen están subordinados a la investigación cualitativa jugando un rol complementario en el contexto general de la investigación, este análisis crítico y profundo no solo permite conocer a fondo a esta experiencia en particular sino que además abre la posibilidad de aplicar esta metodología en otras experiencias.

Sin dejar de reconocer las bondades que pudieran desprenderse de este tipo de iniciativas es necesario dejar claro que son estrategias que buscan atacar las consecuencias y no las causas de una indigna distribución primaria del ingreso que impide el acceso equitativo a “bienes de los cuales depende la salud y la vida” y el ejercicio de libertad a amplios sectores de la población, estrategias particularmente interesantes pero de ninguna manera tan valiosas que nos hagan perder de vista otras relacionadas con mejorar la medicatura rural en donde se encuentra la población más pobre, fortalecer el papel rector del estado, optimizar la salud pública con la extensión de los programas de vacunación, reforzar los programas de prevención y control de

enfermedades endémicas, ampliar la atención primaria, regular el subsector privado, fiscalizar y controlar el precio de los medicamentos (gasto que en el Ecuador representa más del 50% del gasto total en salud)<sup>8</sup>, garantizar la provisión de medicamentos esenciales, humanizar la atención y, continuar con los programas de alimentación complementaria.

Los SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD deberían ser considerados procesos intermedios y hasta cierto punto necesarios en la construcción del **Aseguramiento Universal** única opción que al cumplir con los principios de Eficiencia y Equidad garantizan el acceso a servicios de salud a toda la población, sin olvidarnos de trabajar por una estructura social diferente, en donde todos los individuos puedan escapar de la esclavitud que supone una existencia dedicada exclusivamente a buscar el sustento que les permita satisfacer las necesidades biológicas de la manera más básica y en una participación que no esté mediada por los “partidos políticos que impiden y osifican la dinámica social”.

---

<sup>8</sup> Cuentas Nacionales en Salud

## CAPÍTULO II

### 2. DE LA POLÍTICA SOCIAL A LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD, PASANDO POR LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

#### 2.1. ¿Qué es y Quién es el responsable de su construcción?

“La Política Social es un instrumento a través del cual el estado interviene en la vida de las sociedades pero no existe un consenso en la mejor forma de hacerlo y en los espacios en los que debería intervenir, lo que sí es aceptado es que la intervención del estado no es inmune al saber como tampoco lo es al PODER y a las estructuras de poder”<sup>9</sup>, pero contrariamente a lo que se cree la construcción de la política social es “un asunto fundamentalmente público pero no exclusivamente público”. (8)

La Política Sanitaria como parte de la política social es definida por Catalina Eibenschutz como una compleja construcción que resulta de diferentes proyectos, actores, grupos, clases y contradicciones en la que coexisten diferentes intereses que muchas veces rebasan las fronteras nacionales, pasa también por la comprensión de la democracia<sup>10</sup> y la ciudadanía<sup>11</sup> buscando responder a las necesidades de salud de toda la población. (7)

Los procesos que se dan entre los subsistemas que conforman el conjunto de instituciones a través de las cuales se ejecuta una política plasmada, impregnada y

---

<sup>9</sup> PODER considerado como la apropiación de la energía ajena en la que el dueño decide voluntaria o involuntariamente, consciente o inconscientemente gastarla, esto cuando se trata de ejercicios individuales de poder pero en una sociedad, constituye una decisión colectiva en la cual el poder no reside en los poderosos ni en las armas sino en la voluntad de los individuos.

<sup>10</sup> Democracia entendida no como el carácter individual o una cuestión de opiniones sino como el ejercicio de otros derechos que no son solo el derecho al voto sino también el derecho a la salud que tiene que ver con lo biológico y lo social. (7)

<sup>11</sup> Ciudadanía que en una sociedad capitalista puede ocultar contradicciones internas no resueltas al interior de cada clase ni entre clases, que le impide alcanzar a la sociedad el ejercicio de sus plenos derechos. (7)

permeada por los valores de esa sociedad permiten comprender la complejidad de la Política Sanitaria.

Si bien la Política Social y como parte de ella la Política Sanitaria es un instrumento de intervención del estado, la pregunta central es ¿Quién la determina?, ¿Quién la construye? ¿Quién decide cómo, cuándo y por qué intervenir de esta manera y no de otra? ¿Quién elige la mejor estrategia de intervención dentro de un conjunto de alternativas?

Las respuestas a estas preguntas son múltiples; para algunos el proceso de expansión capitalista e industrial impulsó su surgimiento (Kheer 1964) para otros juega un papel importante las transformaciones demográficas determinadas por la urbanización, envejecimiento y mutación de las unidades familiares (Flora 1986), también se le ha atribuido un rol a los partidos políticos y su búsqueda de legitimación (Block 1977). Los marxistas y neomarxistas se han centrado en el rol de la clase obrera y la relación que se ha dado entre clases, durante la evolución del el estado de bienestar y la seguridad social (Korpi 1983, Esping Anderson 1990).

En América Latina, Mesa Lago (1978) enfatizó en el rol clave de los grupos de presión y en el desarrollo de la Seguridad Social (programa estelar de la política social) otros le otorgan un rol primordial al estado y a aspectos globales culturales e ideológicos. (1)

Filgeras, hace un acercamiento al peso que la globalización puede tener en la elección de las políticas sociales y las realidades nacionales; en su concepción las políticas sociales son uno de los factores que intervienen en el fenómeno de la pobreza, concede especial importancia a lo doméstico y a la especificidad de los estados, los diferentes regímenes políticos, el grado de expansión de la ciudadanía, y la permeabilidad del aparato estatal a las demandas sociales.

A pesar de la discrepancia que existe con respecto al peso que cada uno de los actores y circunstancias tiene en la construcción y definición de las políticas sociales existe un consenso importante en cuanto a las transformaciones que estas sufrieron en los años

setenta como consecuencia de la liberalización de los mercados, la apertura externa y la transformación de un modelo estatista de desarrollo (“con eje en el estado”) en un modelo abierto (“con eje en el mercado”) (13). Porque existe un correlato entre los rumbos que toma la política social y la Historia Económica de América Latina.<sup>12</sup>

En cuanto al rol que juegan los organismos de cooperación internacional, Carlos Barba anota que las políticas sociales ya no son patrimonio de los actores locales sino de expertos internacionales, el rol que juegan las agencias internacionales es un rol DETERMINANTE entre los que se destaca el FMI que busca la estabilización económica y el Banco Mundial que se concentra en el ajuste económico y la reforma social; el rol protagónico que estas agencias juegan en América Latina es contrario a lo que sucede con los países desarrollados en donde el rol de este tipo de agencias es limitado”. Existe un trabajo interesante de Deacon (1994) en el cual hace referencia a las diferencias que existen entre las agencias de cooperación internacional y en los modelos de política social que estos impulsan, los criterios centrales a los que hace referencia son: a) El grado en el cual los sistemas de prestación social desmercantilizan al trabajador b) El impacto sobre la estratificación social y c) El rol del empleo; según su análisis. El modelo residual<sup>13</sup> tiene bajo o nulo impacto, el modelo corporativo<sup>14</sup> congela la posición, el status y clase y el socialdemócrata<sup>15</sup> tiene un mayor poder desmercantilizador. Dan, encuentra correlatos entre estos modelos y las diferentes agencias de cooperación Internacional, para el autor, el FMI y el Banco Mundial están en la celda liberal, la Comunidad Europea defiende modelos de tipo corporativo, en cambio la OIT (la agencia que con más fuerza ha impulsado la difusión y apoyo a los Micro Seguros Comunitarios de Salud) y los países escandinavos estarían impulsando modelos de ciudadanía universal y de tipo socialdemócrata (sobre todo en Europa).

---

<sup>12</sup> Historia de la lucha por controlar el uso del excedente económico. Norris C. Clement

<sup>13</sup> Residual Marginal. El mejor ejemplo es los Estados Unidos. Concibe a la pobreza como un problema individual que puede ser superado por la participación del individuo pobre en el mercado, este planteamiento no es compartido por las clases medias que ven en esa protección un desincentivo para el trabajo y semilla de corrupción por la creación del clientelismo.

<sup>14</sup> Corporativo conservador. Pone al Estado y no al mercado en el centro del proceso socioeconómico, respeta las jerarquías y privilegia la cohesión social, el objeto es legitimar la acción del Estado y someter a los grupos a la disciplina estatal, tiene una forma local de organización y produce mínima redistribución.

<sup>15</sup> Buscaba construir una sociedad más equitativa al margen de los resultados que produce el mercado, desmercantilizar la protección social, hacer de la protección social un derecho universal financiado mediante la recolección de impuestos.



## 2.2. DEL MODELO RESIDUAL AL MANEJO SOCIAL DEL RIESGO

El esquema residual que promulga la caridad a los menos dotados parte de concebir la pobreza como un problema individual que nace en las deficiencias de capacidades personales y no como consecuencia de la estructura social, esto determina que los nuevos beneficiarios de las políticas sociales actuales sean los más pobres, dejando de lado a aquellos que no llegan a la pobreza extrema, las estrategias de focalización no se concentran en el desarrollo de los derechos sociales de los beneficiarios sino más bien en la disminución de la pobreza. (104)

Karl Polanyi (1975) señala que si los individuos no tuvieran acceso a garantías fuera del mercado, su capacidad para ser agentes mercantiles sin restricciones sería nulificada, porque el principio del libre mercado supone que el actor puede retirarse hasta que el precio del producto sea el adecuado lo cual resulta imposible en el caso del mercado del trabajo si no se cuentan con los derechos sociales, Espín Andersen agrega a lo dicho por Polanyi, dos razones por las cuales la familia y el mercado no son suficientes para absorber los riesgos sociales:

**1º Las externalidades** (que ocurren cuando alguien por ejemplo un contaminador impone costos cáncer a otros inocentes quienes debido a la distribución desigual del bienestar por parte del mercado) porque siembran las bases para la intervención residual del Estado a nombre de quienes son discriminados o limitados por el mercado y **2º Las fallas de información** (Asimetría de información) que exigen una intervención social comprensiva y universal por parte del Estado.

Esta orientación hacia los más pobres (RESIDUAL) a determinado la implementación de redes de Protección Social<sup>16</sup> y el desarrollo de programas basados en las transferencias monetarias directas y ayudas en especies (Bono de Desarrollo Humano Ecuador, Progresía México) despertando críticas que han venido desde la perspectiva tanto económica como social.

---

<sup>16</sup> Definidas como “El conjunto de intervenciones compensatorias, que incrementan el ingreso y otros activos mediante transferencias focalizadas, diseñadas específicamente para sostener o aumentar el bienestar de los grupos pobres o vulnerables en periodos de transición (o crisis) económica.

Las críticas que vienen del primer frente se fundamentan en lo siguiente:

- El costo administrativo que representa administrar programas por separado y decidir si cada beneficiario individualmente debería ser considerado como tal.
- La introducción de ineficiencia cuando hay efectos sustitución.<sup>17</sup>
- La producción del efecto renta.<sup>18</sup>
- La reducción de los incentivos para trabajar que crean.
- Los resultados inesperados cuando se combinan los requisitos exigidos.
- El enfoque paternalistas que tienen.
- Las distorsiones que crean cuando la gente intenta reunir los requisitos para quedarse en una categoría. (Los Programas de Asistencia Social y la Distribución de la Renta).

Desde el punto de vista social se argumenta la necesidad de “Otorgar a los pobres los instrumentos para su inmersión en el mercado, antes que garantizarles beneficios que les permitan no participar en él”.<sup>19</sup> Y que solo a través de este tipo de intervención los individuos no acceden a beneficios sociales universales no determinados por el mercado”. (104)

Ante los pobres resultados arrojados por las políticas de protección social que se convirtieron en medidas públicas de respuesta con énfasis en el papel del sector público, en costos y gastos netos, con una orientación muy sectorial de los programas y una escasa orientación estratégica de la superación de la pobreza (62) resultan muy interesantes los avances teóricos denominados **Manejo Social del Riesgo**<sup>20</sup> (MSR). En donde podríamos suscribir a los Micro Seguros Comunitarios de Salud porque tanto el MSR como estos últimos comparten estrategias de intervención como: La prevención al reducir las probabilidades de ocurrencia del siniestro (Atención Preventiva, Promoción de la Salud) la mitigación porque reducen la repercusión en el caso de que el riesgo

---

<sup>17</sup> Cambia la estrategia de consumo.

<sup>18</sup> Afectación de la conducta de los individuos determinada por el poder de compra, el individuo tiene menos renta que gastar, los individuos pueden optar por trabajar más o por a reducir su demanda por alguna mercancía.

<sup>19</sup> JILGUERAS Fernando Globalización Ciudadanía y Política Social en América Latina.

<sup>20</sup> HOLZMAN Robert. MANEJO SOCIAL DEL RIESGO Nuevo Marco Conceptual para la protección social y más allá.

ocurra (Atención curativa con oportunidad de respuesta) y la superación que permita aliviar el impacto una vez producido el siniestro (Manejo del gasto catastrófico)

“El manejo Social del Riesgo, constituye una asistencia pública para ayudar a los individuos hogares y comunidades a manejar mejor el riesgo, Se trata de entregar a los pobres la capacidad de retomar un trabajo lucrativo, invertir en capital humano, proporcionar oportunidades para adoptar actividades más riesgosas pero más lucrativas” planteado en tres niveles de formalidad: sistemas Informales, sistemas de Mercado y Sistemas provistos u ordenados por el sector público.

### **2.3. LOS SISTEMAS DE SALUD COMO ESPACIOS DE EXPRESIÓN DE LOS VALORES DE LA SOCIEDAD**

La definición de SISTEMA DE SALUD dada por la OMS engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos que se consagran a la acción sanitaria, esta acción sanitaria es definida como: “todo esfuerzo, ya sea en el ámbito de la atención sanitaria personal, de los servicios de salud pública o de las iniciativas intersectoriales, cuyo propósito principal es mejorar la salud”

Bruce y White, hablan de Sistema de Salud como, “el personal y el equipo organizado de tal forma que, el conocimiento y las técnicas especializadas puedan ser aplicados a individuos, colectividades o su entorno, con el propósito de promover, proteger o restaurar su salud”.

De la forma en que se estructuren estas “Organizaciones, Instituciones y Recursos”, para cumplir las funciones de Regulación, Financiamiento (aseguramiento como una de las estrategias del financiamiento) y Provisión de los servicios se derivan los diferentes modelos de atención de los que a su vez “dependen los resultados del sector y los indicadores de salud de cada nación o cantón” (33)

Como habíamos mencionado antes el tipo de organización de un sistema de salud refleja en todas sus instancias “los valores (dominantes) de una sociedad (102) su ideología

política, su pasado histórico y su cultura” y no solo los recursos económicos con los que cuenta (a pesar de que esta suele ser la cara más visible y el pretexto más utilizado) por eso, “cada país tiene un producto social diferente, como diferentes son los insumos iniciales y las presiones y tensiones que permiten o bloquean su construcción”. (103)

El hecho de concebir a la salud como una mercancía determina un tipo muy diferente de organización, control, regulación, financiamiento o prestación que aquel derivado de concebir a la salud como un bien social (102) por esto lo “artificial e inadecuado que resulta el hecho de importar un modelo” buscando obstinadamente enclavarlo en un entorno diferente.

La presión por limitar la provisión pública de servicios médicos puede derivarse de una concepción individualista de la salud como instrumento de un fin posterior que es la utilidad, (que no es lo mismo que el bienestar) en donde el rol del sector público según sus defensores debería restringirse a entregar el dinero respetando la libertad de los interesados de gastarlo en aquello que consideren les reporte una mayor utilidad (Freddman)

La presencia de “Un sector público con alto presupuesto y calidad que permite el acceso a servicios de salud a proporciones grandes de la población de todos los niveles de ingreso, llevara al desarrollo de un sector privado de poca magnitud y gran nivel de complejidad, lo contrario sucede cuando existe la baja calidad del servicio público que permite el surgimiento de un amplio sector privado con bajos niveles diferenciales de calidad adicional” (33)

La diferente concepción política, económica y social que está por detrás de la construcción de los diferentes sistema de salud se hacen evidentes en la creación de los Sistemas de Seguridad Social así; La convicción de la asistencia médica como bien público del que pueda gozar toda persona independiente de los ingresos económicos y desligada de su condición de trabajador, constituye el fundamento del Modelo Beveridgeano de Seguridad Social, en el cual la financiación se hace a través de

impuestos que los gobiernos establecen; ennobleciendo la condición de ciudadano sobre la de trabajador (Individuo Económicamente Activo y productivo ligado al mercado).

Esto se aclara cuando analizamos los Sistemas más importantes de aseguramiento:

**“EL MODELO BEBERIDIGEANO** concibe a la seguridad social como un derecho necesario que complementa otro tipo de derechos como el derecho político (Ciudadanía política) y civil explicitado en el derecho al voto, así los trabajadores se convirtieron en electores cuyo voto debía ser ganado, a través de la oferta de mejoras sociales y protección para todos” (104) **“en este modelo existe primero la influencia obrera a través del establecimiento del derecho a votar adquirido en 1885 y luego por el comité de representación laboral establecido en 1899, siete años después este se transformaría en el partido Laborista”** La ciudadanía social es un añadido indispensable a las ciudadanías política y civil y supone la complementación de los derechos sociales que aseguran niveles de bienestar ampliamente compartidos por la sociedad (MARSHALL 1965).

El Seguro Bismarkiano por el contrario fue promulgado por un estado fuerte que intentaba controlar a la clase trabajadora y a su vez promover la Paz social mediante políticas paternalistas; Este tipo de intervención estatal en el que se intenta conciliar la acumulación del capital fue denominado por James Malloy “statecraf” (término que no logra tener con una traducción satisfactoria al español).

El derecho a pertenecer al Seguro Social en América Latina (modelos que nacieron a la luz del Modelo Bismarkiano); según Mesa Lago (1986) NO dependía del reconocimiento de la ciudadanía social de todos los miembros del estado nación, sino que estuvo mediatizado por la estructura del empleo formal en donde la condición para el acceso fue el status de empleado formal; mientras la Seguridad Social buscaba proteger a la mayoría de la población contra una buena cantidad de riesgos sociales el seguro social como tal limitó su cobertura a los asalariados y algunos de sus dependientes; “Este modelo cambió la elección del beneficiario de los pobres a los trabajadores asalariados”

#### **2.4. LOS SERVICIOS DE SALUD COMO ESPACIOS A TRAVEZ DE LOS CUALES SE EXPRESAN LOS VALORES.**

“El ámbito en el que tiene lugar la satisfacción de las demandas de salud de la población es la prestación de servicios de salud” Los servicios de salud curativa individual constituyen la parte más visible de un complejo conjunto de instituciones y normas que reflejan los valores de la sociedad en la que están inmersos y tienen relación con la rectoría, el financiamiento y/o aseguramiento que a su vez condicionan la provisión. “Esta organización de los sistemas de salud no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella” (25)

La pobre ganancia en salud lograda a pesar de los adelantos tecnológicos, la mejora en las condiciones de vida y el incremento de gastos en la provisión de los servicios curativos determinó que muchos países plantearan la necesidad de implementar reformas<sup>21</sup> en las políticas sanitarias y en los sistemas y servicios de salud concebidos como las instituciones a través de las cuales se ejecutan estas políticas.

Los problemas de exclusión de los servicios de salud afectan especialmente a los países en donde la cobertura del Seguro Social es reducida y la atención pública es deficiente, los sectores de bajos ingresos deben optar por la cobertura de Organismos No gubernamentales (El Tercer Sector) o por el sector privado. Esta exclusión afecta sobre todo al sector rural en donde se concentran la mayor cantidad de pobres y la menor oferta de servicios (39)

La reforma planteada por cada uno refleja (implícitamente) en todas sus instancias los valores (dominantes) de esa sociedad, “Los países Europeos tienen planteamientos de reforma distintos entre sí y en relación a la reforma de los Estados Unidos cuya concepción de Salud como mercancía refleja sus propios valores”(94). La expresión de

---

<sup>21</sup> Definida como los cambios estructurales, intencionales y sostenidos (de largo plazo) orquestados por el gobierno central, seccional o local, cambios que se llevan a cabo en las políticas sanitarias y en las instituciones a través de las cuales se ejecutan estas políticas.

Existe una importante diferenciación entre las reformas estructurales y los cambios incrementales (que no son considerados reformas). Richard B. Saltman y Joseph Figueras.

los valores de la sociedad a través de las distintas modalidades de reforma en la atención “pasan también por la posibilidad económica real que tiene ese país de llevarla a cabo y es, ese respaldo económico el que determinará en cierta medida los alcances de la cobertura y el nivel de cumplimiento de la política sanitaria planteada los procesos de reforma deben responder además a una realidad demográfica, epidemiológica, tecnológica y política que varía de un país a otro e inclusive de una región a otra, las modificaciones locales deben responder a la realidad y a las expectativas de los pacientes y ciudadanos que exigen calidad, libertad de elección, disminución en los tiempos de espera”, a esto se suma las conveniencias políticas que exigen cuadrar los comicios electorales con los procesos de reforma y sobre todo con sus logros”(94)

La inversa asociación entre la educación de la madre y la mortalidad infantil evidencian también la relación que existe entre este atributo y los servicios de salud, porque “la mujer educada toma la decisión de consultar una medicina moderna que puede estar en conflicto con sus creencias tradicionales los valores y pautas de comportamiento” sobre todo aquellas relacionadas con el embarazo, el parto y los cuidados del niño; porque “son estos elementos los que deciden la utilización de un sistema de salud o, de otra fuente alternativa de ayuda” La educación de la madre se relaciona también con el cuidado diario de la salud implícito en las decisiones cotidianas referidas a la forma de utilizar los recursos del hogar o de distribuir los alimentos entre sus miembros.

Los servicios de salud entre los que se incluyen los brindados por El Seguro Social (“Considerada como la política fundamental del estado Benefactor y el programa más grande de transferencia de ingresos”) se encuentran en una profunda crisis no solo en el Ecuador sino en casi todos los países de América Latina y países capitalistas de occidente. “Esta crisis no es sino el síntoma de un problema estructural más profundo surgido en las sociedades capitalistas modernas, llamado crisis fiscal del estado o más específicamente crisis del estado Benefactor”<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> STATECRAFT POLÍTICA Y CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Según el autor Statecraft comprende un complejo proceso por el que el estado trata de controlar la tensión entre las necesidades de acumulación del capital e inversión por una parte y de legitimación del sistema mediante la integración sociopolítica por la otra.

## 2.5. SISTEMA ECUATORIANO.

El Sistema de Salud Ecuatoriano. A pesar de los avances teóricos encaminados a cambiar el modelo intramural centrado en el médico por un modelo extramural comunitario centrado en un equipo multidisciplinario y el cambio en la orientación del gasto desde el tercero al primer nivel de atención, sigue siendo un modelo que enfatiza la atención individual, curativa e intramural centrada en la supremacía del médico como jefe y decisor del equipo de salud.

Un estudio realizado por la OIT en coordinación con la OPS y OMS incluye al Ecuador en el grupo de países con baja cobertura (menor del 30% del total de la población) y baja integración por el grado de articulación entre subsistemas respecto del suministro de servicios (36) calificándolo de “segmentado<sup>23</sup> y fragmentado<sup>24</sup>” en un subsector público, un sector privado y el sector de la seguridad social cada uno con un tipo de organización gestión y financiamiento particular sin mecanismos de coordinación entre ellos.

El Sector Público “con amplia capacidad instalada, fuertes restricciones presupuestaria y bajo rendimiento” tiene una organización vertical con pequeñas redes de servicios con delimitación geográfica y poblacional llamadas “áreas de salud”, este subsector integra y concentra las funciones de financiamiento, compra y provisión de los servicios. Esta forma de organización otorga una escasa o nula autonomía a los proveedores directos de los servicios y a los usuarios quienes mantienen un rol pasivo y dependiente; a pesar de que existe una desconcentración técnica la planificación es exclusivamente central, el financiamiento es enteramente público, y los más pobres carecen de voz y voto (15,25,37,42,56,79)

---

<sup>23</sup> Presencia de varios subsistemas.

<sup>24</sup> Existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción en el sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de segmentación más fragmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas dentro del mismo grupo familiar, con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos.(OIT/ OPS / OMS)



El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social creado bajo la influencia del Modelo Bismarkiano de comienzos de siglo cubre a los trabajadores formales urbanos y rurales agrícolas y a veces a sus dependientes, la afiliación es obligatoria, sus prestaciones incluyen atención de enfermedades, programas maternos infantiles, accidentes del trabajo y asignaciones familiares, tiene una organización administrativa dividida en 9 regiones que también concentran las funciones de provisión, financiamiento y prestación de los servicios, está financiado por los trabajadores % y las empresas %; la participación de los usuarios es de tipo representativo y el poder recae sobre el Consejo Superior formado por representantes de... varias organizaciones y gremios entre los que se encuentran también los representantes del gobierno respectivo lo que impide su autonomía y disminuye el peso de los votos de los afiliados (15,25,37,42,56,79).

La Sanidad de las Fuerzas Armadas funciona como un Sistema de Aseguramiento Integrando, de provisión, rectoría, financiamiento y aseguramiento. Está destinado a proteger a los miembros de las Fuerzas Armadas y sus familiares.

La Junta de Beneficencia y SOLCA así como los servicios Médicos Municipales prestan servicios muy puntuales en ellos se mantiene un fuerte principio de filantropía privada.

A esto se suma el Subsector Privado con fines de lucro, (y un escaso número de privados sin fines de lucro) que está formado por una red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de salud que atraen una demanda con capacidad de pago disgregada y variable, no existe coordinación entre si ni con los otros subsectores, los proveedores son autónomos y actúan directamente con los distintos tipos de usuarios dependiendo de su capacidad de pago, en este subsector existe exclusión de los más pobres. (15, 25, 37, 42, 56,79)

Para Juan Luis Londoño, los dos modelos “Monopolio Público” y el; “Márcado Salvaje”<sup>2</sup> tienen mucho en común y adolecen del mismo mal, si se los mira desde el punto de vista de la organización sistémica y de su oportunidad para el cambio; ambos constituyen modalidades de una organización vertical que tiende a privilegiar la

situación monopólico de los proveedores y a minimizar el rol y poder de decisión de los usuarios.

En los últimos años se han dado también iniciativas municipales que apoyadas en la Ley de descentralización han impulsado modelos participativos con un gran componente de promoción y prevención.

## **2.6. LOS SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD COMO HERRAMIENTAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS**

En este entorno se plantea actualmente un proceso de descentralización que es una transferencia del **poder** al nivel local, “Una vía alternativa es realizar un By Pass de las autoridades locales a formas organizacionales propias de la comunidad” como pueden ser los Micro seguros Comunitarios de salud, en donde no existe participación del estado central lo que se busca, no solo es “descentralizar sino también democratizar las relaciones básica con la sociedad” porque si no es así, dice Fernando Filgueras en su análisis sobre la reforma social en América Latina este tipo de iniciativas solo permitiría regresar a la fase de filantropía privada con eje en organizaciones religiosas del siglo XVII y XVIII en donde se desarrollaron instituciones de caridad como estrategia para hacer frente a la pobreza urbana desarrollada por el capitalismo; instituciones Filantrópicas que le permite a un conjunto de personas inmiscuirse y ejercer poder sobre la vida de otras en diversos aspectos como la salud, la educación, la higiene la alimentación y la vivienda (104).

El Ecuador busca la transferencia de ese poder sobre todo en lo que a salud se refiere, mediante la creación de los “Sistemas descentralizados de salud” muchos de ellos con “lógica de seguros” Estos sistemas, aspiran a tener un carácter “universal y solidario” y se enmarcan en la ejecución de la Ley de Descentralización (emitida en el mes de Septiembre de 1997) que promueve la transferencia de autoridad y recursos a los municipios.

Sin desconocer el rol protagónico del estado<sup>25</sup> (que trasciende el de un gobierno) lo que se busca con la formación de los Micro seguros Comunitarios de Salud es, el compromiso de otros actores que compartan el riesgo como los propios individuos, las comunidades, las instituciones financieras, los gobiernos locales y la sociedad en su conjunto en referencia a la afirmación anterior de que “la construcción de la política social es un asunto fundamentalmente público pero no exclusivamente público” (8)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) la Organización Mundial y Panamericana de la salud (OMS / OPS) encuentran que los Micro seguros Comunitarios de Salud “no son simplemente otra forma de seguro de financiación de la asistencia médica, sino una organización social de asistencia médica, basada en los principios de solidaridad y de agrupación de los riesgos, que implica la participación activa de sus miembros” en ellos grupos pequeños de personas hacen agregación de riesgos, estas organizaciones predominan en los lugares donde los esquemas formales de aseguramiento no han llegado o no han sido eficaces y, están orientados a quienes sufren exclusión.

En el Ecuador hay una gran cantidad de población que se encuentra excluida, principalmente los pobres del campo y de las ciudades, los grupos indígenas y afroecuatorianos, las mujeres, sobre todo las mujeres pobres, los niños y niñas, los adolescentes y adultos mayores, todos ellos encuentran restricciones al ejercicio de sus derechos como seres humanos (67) esta exclusión es considerada un estado en el cual el individuo no puede acceder a condiciones de vida que le permitan satisfacer sus necesidades esenciales como la salud y a la vez participar en el desarrollo de la sociedad en que vive (36).

---

<sup>25</sup> El estado no es una estructura estática y momificada, compacta o única sino una estructura dinámica y cambiante formada por 4 subsistemas: Gobierno, Legislación, Instituciones Burocracia y Población.  
**Catalina Eibenschutz H.**

## CAPÍTULO III

### 3. EXCLUSIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

La exclusión social es un concepto amplio, que según la OIT puede ser analizado bajo dos ejes: **a)** la forma, relacionada con situaciones físicas, económicas o políticas y **b)** los actores que en sus acciones e interacciones originan exclusión. Se considera que, la organización de la sociedad y de las instituciones desempeña un papel decisivo en la generación de fenómenos de exclusión (37)

Pueden presentarse varios tipos de exclusión social, dependiendo del nivel general de desarrollo de una sociedad:

- Exclusión de bienes y servicios<sup>26</sup>
- Exclusión del mercado laboral que tiene aspectos materiales y no materiales.
- Exclusión de la tierra.
- Exclusión de la seguridad material y física.
- Exclusión de los derechos humanos<sup>27</sup>

Manejo Social del Riesgo

Fuente: Badelt 1999

Existen factores que NO son modificables a corto plazo y que son los causantes de la desigualdad y la exclusión en cualquiera de sus tipos, según Rolando Franco los más importantes son: **a)** la distribución del patrimonio, **b)** las condiciones Demográficas (Los hogares de menores ingresos tienen más miembros), **c)** la concentración del capital educativo y **d)** la densidad ocupacional (la cantidad de ocupados en relación con el total de miembros del hogar) pero a estas se suman: la falta de igualdad ante la ley, la igualdad de oportunidades y la igualdad de posibilidades de expresión y de pensamiento

---

<sup>26</sup> Esto significa no tener acceso a ciertos mercados de productos donde se ofrece los bienes de consumo típicos de una determinada sociedad, también puede significar la exclusión de tener derecho a un sustento básico. ( Fuente Badelt 1999)

<sup>27</sup> Lo que significa el acceso real al sistema legal, y a los derechos políticos. y sociales. Badelt. 1999

La mayoría de veces la exclusión hace referencia únicamente al mercado y al manejo de la economía coexiste independientemente o como consecuencia del mismo una desigualdad basada en conceptos de clase, género, raza y etnicidad, “estas desigualdades se sustentan en variados sistemas y mecanismos de dominación, a través de los cuales se impide el acceso equitativo de grandes grupos humanos al disfrute de derechos y bienes simbólicos y materiales” (100), “la sociedad ecuatoriana se caracteriza por un complejo de practicas culturales, sociales, económicas, y políticas que dan lugar a la distribución desigual de los beneficios y costos del desarrollo económico y social”<sup>28</sup>

El conjunto de derechos cívicos, políticos, sociales, laborales e ideológicos para ser ejecutados requieren “de la remoción de las conexiones que existen entre las posibilidades de bienestar y características personales inalterables que no pueden ser modificables como la etnia, el género, o ciertos atributos determinados por el nivel social o la casta” (99). Existen además mecanismos social y culturalmente creados por la sociedad para justificar la exclusión (100) haciendo que el origen étnico o racial influya en la posición que ocupan las personas en la estructura social.

“Estos mecanismos determinan las oportunidades de vida de la generación actual, y si no se modifican definirán el ejercicio de los derechos de las generaciones siguientes”<sup>29</sup>

El Sistema de las Naciones Unidas en su evaluación común del ECUADOR encuentra tres mecanismos de exclusión que se refuerzan entre si y forman un circulo de reproducción: El modelo de desarrollo y las políticas públicas, el sistema político y la débil gobernabilidad democrática y, las practicas sociales y culturales que apoya la transmisión de las desigualdades “Estos mecanismos determinan las oportunidades de vida de la generación actual, y si no se modifican definirán el ejercicio de los derechos de las generaciones siguientes”<sup>30</sup> multicausalidad de la exclusión sino la dificultad que representa encararla.

---

<sup>28</sup> evaluación común de País ECUADOR Visión del sistema de Naciones Unidas sobre la situación del Ecuador Pág. 49.

<sup>29</sup> evaluación común de País Ecuador Visión del Sistema de las Naciones Unidas Pág. 49.

<sup>30</sup> evaluación común de País Ecuador Visión del Sistema de las Naciones Unidas Pág. 49.

Una larga vida, exenta de enfermedades y discapacidades tiene un valor en sí misma para la sociedad y trasciende una consideración ligada solo al crecimiento, “la inversión en salud contribuye significativamente al desarrollo económico en su concepción más tradicional” los estudios comparativos entre países realizados por Barro en 1997 sugieren una relación positiva entre buen desempeño económico, la productividad y los indicadores de salud.

Tanto la capacidad para trabajar como el buen estado de salud son elementos básicos para todos los seres humanos, pero especialmente para quienes carecen de activos materiales y productivos, (Letonia 1998; Senegal 1995), la exclusión en estos aspectos no sólo constituye una injusticia, sino que representa un obstáculo para el desarrollo económico y social de los países (36) la pérdida un adulto productivo “por enfermedad o por muerte reduce drásticamente la capacidad de un hogar para superar las conmociones externas y es una de las causas de la miseria” (Benin 1994)

Si quien sostiene la familia se enferma o muere, los demás miembros de esa familia pueden sustentar la pérdida por un tiempo, reduciendo el consumo o incrementando la carga de trabajo; pero ambos ajustes pueden dañar el bienestar presente y futuro de todo el grupo familiar si no hay protección financiera para estos hechos catastróficos (Banco Mundial, 1997 y 2001).

“Adicionalmente la pobreza puede determinar la adopción de ajustes y estrategias para enfrentarla como cambios en el patrón de consumo sobre todo en la alimentación, deserción escolar, incremento de la participación femenina, aumento de la jornada laboral o realización de actividades complementarias, migración, retiro de ahorros, venta de activos y bienes durables, postergación en los tratamientos médicos, cambios en la decisión de producción y estímulo de las transacciones ilegales”. (León y Troya 1999) Pero, también puede estimular la formación de redes de solidaridad comunitaria (98)

“Los retos que según, Begoña Álvarez tiene la Argentina se aplican perfectamente al caso ecuatoriano, para el existen dos mundos diferentes, el del sector poblacional que

tiene acceso a practicas médicas de alta complejidad sean o no necesarias y el sector excluido que carece de atención médica básica para garantizar un mínimo derecho a la salud.

La asamblea Nacional Constituyente de 1998 que consigné la reforma a la Constitución Política de la República del Ecuador, en su sección cuarta artículo 42 correspondiente a la salud dice lo siguiente “El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaría, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

De manera que la constitución hace un reconociendo explícito de la protección de la salud como un derecho humano social básico, este mismo reconocimiento explícito lo hacen “Argentina (1994), Bolivia (1994), Brasil (1996), Colombia (1997), Chile (1997), Cuba (1992), El Salvador (1982), Guatemala (1993), Guyana (1996), Haití (1987), Honduras (1982), México (1998), Nicaragua (1995), Panamá (1994), Paraguay (1992), Perú (1993), República Dominicana (1994), Uruguay (1997), Venezuela (1983)”<sup>31</sup> (37)

La constitución que representa una norma de jerarquía mayor reconoce además su carácter de universal derivado de la condición de individuo y no de su condición de trabajador, la fecha de inicio de la cobertura legal universal de cada sistema<sup>32</sup> de salud corresponde al momento a partir del cual el Estado queda obligado a garantizar el derecho al acceso a la salud de toda la población, “ya que es el momento a partir del cual ese derecho es exigible, mediante la habilitación de mecanismos para garantizar su ejercicio a favor de toda la población”

---

<sup>31</sup> Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe OIT/OMS

<sup>32</sup>Sistema entendido como el conjunto de subsectores que integran el sector salud de cada país y no como sistema nacional de salud

### 3.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN EN SALUD.

La Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de OPS propone tres criterios de análisis para la exclusión en salud que permite una clara aproximación al problema:

**1. La exclusión de la cobertura.** Determinada por el límite en el alcance de la cobertura brindada por los sistemas de protección social en la que se consideró únicamente la brindada por la seguridad social.<sup>33</sup>

**2. Exclusión por problemas de Accesibilidad,** planteando barreras de 4 tipos: financieras, geográficas, laborales y culturales.

3. Exclusión por restricciones en el uso de los servicios, puestas de manifiesto por variables vinculadas con: **a)** La estructura: (Déficit oferta servicios médicos totales, déficit servicios médicos ajustados, déficit oferta de camas) y **b)** Cobertura (Los Procesos partos no atendidos) por personal capacitado, Porcentaje de deserción entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura y Población sin acceso a servicios de agua potable y/o alcantarillado.

Los Organismos de Cooperación Internacional, han impulsado programas para reducir la exclusión de la cobertura; estos programas se han centrado en ampliar los sistemas oficiales de seguridad social y la protección de los trabajadores, en la salud y seguridad en el trabajo.

### 3.2. LA EXCLUSIÓN POR COBERTURA

El Ecuador como casi todos los países de América Latina, está compuesto por tres subsistemas de salud anotados anteriormente: **a)** La Seguridad Social, **b)** El sistema Público y, **c)** el Privado.

---

<sup>33</sup> No por considerarlo como el único subsistema sino por problemas relacionados con la información.



i

La cobertura de atención por proveedor en el país está dada por el Ministerio de Salud Pública (35%), El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (16,4 %) desglosado en: Seguro general y Seguro Social Campesino Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía (1,90) Municipios 1% Junta de Beneficencia y SOLCA 4% otros calificados como públicos 0,9% esto da un total para el sector público 59,2% las prestaciones Privadas con fines de lucro 21%, Privadas sin fines de lucro 0,5%, Medicina Tradicional 1,3, el total del sector privado es del 22,8% (59) pero las mayores inequidades quedan al descubierto cuando se enfoca la realidad por quintiles, en el quintil más pobre de la población el 82,1% no dispone de ningún sistema de aseguramiento, (Encuesta de Condiciones de vida 1998).

El Seguro Social General, por estar focalizado en la población económicamente Activa de los sectores urbanos favorece al 46% del quintil más rico de la población y al 5% del quintil más pobre, en el caso del Seguro Social campesino sus prestaciones favorecen al 26% de la población perteneciente al quintil más pobre y al 5% de quintil más rico (63).

Mesa Lago hace una diferenciación entre *cobertura legal* que es aquella prescrita por ley, pero que no siempre está en vigor, *cobertura estadística* que proviene de las estimaciones de población protegida (más aproximada a la realidad pero no siempre es fidedigna) las dos forman parte de la *cobertura teórica*, En cambio la *cobertura real* representa la diferencia entre la cobertura teórica que se ofrece a la población (medida desde la oferta), y la proporción de población con problemas de acceso de diversa índole (desde medida la demanda).

Si nos ajustamos a criterios de “COBERTURA EFECTIVA”, que tenemos en el caso ecuatoriano lo constituyen en el IESS; la Sanidad de Fuerzas Armadas y la Policía. Sin embargo este corte no significa necesariamente la falta de cobertura del sistema de salud en su conjunto, porque solo se ha tomado uno de los subsistemas Pero “es sabido que, si bien el subsistema público funciona como el principal proveedor (35%) “mientras se financie la oferta y no las necesidades de la demanda, existe un gran riesgo de no estar en condiciones de brindar una cobertura real adecuada (36)

Daniel Maceira, afirma que aquellos países con mayor coordinación en la oferta de servicios (ya sea desde el interior del sector público como a partir de contratos entre públicos-privados y sistema de seguridad social) alcanzan porcentajes de cobertura significativos, incluso con niveles de gasto menores, ventajas que van disminuyendo a medida que la segmentación se agudiza.

Desde la perspectiva de esta aproximación existen 1.150.387 afiliados al seguro general y 911.906 afiliados al Seguro campesino, 56.477 afiliados a la Sanidad de las Fuerzas Armadas (militares en servicio activo y pasivo), 33.747 afiliados a la sanidad de la Policía (Perfil de Exclusión Social en Salud) y un número muy reducido de afiliados a los sistemas de seguros privados que pertenecen a las clases medias altas y altas.

La encuesta de condiciones de vida realizada en 1998 revela que la cobertura de la Seguridad Social alcanza al 18,2% de la población total (cobertura Real) pero si considera únicamente al área urbana esta cobertura disminuye al 14,2%. El gasto para la población asegurada representa el 24,8% del gasto total en salud, y el gasto per cápita promedio anual (1997) en el que incurre este sector fue de 25 dólares en relación con la población no asegurada en donde el gasto para el mismo período fue de 19 dólares".(79)

Esta primera aproximación sugiere que todo aquel que no está afiliado al IESS o a cualquier régimen formal de seguridad social está excluido de la protección social, sin embargo, no podemos dejar de lado a las prestaciones brindadas por el subsector público, que en el Ecuador es el proveedor más importante, dirigido a la mayor parte de la población más pobre que, sólo pueden recurrir a sus servicios. El gasto en Salud de este subsector representa el 25,8% del total del gasto en salud; ligeramente por arriba del IESS (Cuentas Nacionales en Salud 1997)

Los servicios de salud brindados por el Ministerio de Salud Pública son considerados "Progresivos si se comparan con el consumo privado y Equidistributivos con respecto a la línea de Equidistribucion"<sup>34</sup> y, favorecen al 19% de la población perteneciente al quintil más pobre y al 11% al quintil más rico.

---

<sup>34</sup> ¿Quien se beneficia del gasto social en el Ecuador? INEC –ECV 1999

En resumen los servicios de salud públicos (Incluidos los brindados por el MSP, El IESS y el Seguro Campesino) favorecen al 50% de la población más pobre del país y al 62% de la población perteneciente al quintil más rico. (63)

La inclusión o la exclusión no se define entonces en función de la pertenencia o no a un Sistema de Salud formal, sino del cumplimiento o no de los objetivos de protección social en salud sea cual sea el régimen adoptado, por lo tanto lo esencial es concordar en los objetivos de la protección social en salud.

### **3.3. CONSIDERACIONES CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LA EXCLUSIÓN Y LA POBREZA**

Al igual que en la cobertura existen dos prismas a través de los cuales puede ser vista la Pobreza: desde el lado de quien la estudia con toda la carga de supuestos y prejuicios acerca de las cosas que son importantes para los pobres buscando compactarla a cifras, y el otro enfoque, dado por quien sufre cotidianamente todas sus expresiones: falta de alimentación, de servicios de salud, de vivienda, de educación, de vestido a lo que se suma la gama de sentimientos y frustraciones que eso genera, por lo tanto antes de abordar la pobreza como un ejercicio académico de exclusión es importante concebirla como un drama humano que va más allá de las cifras.

Según la publicación del Banco Mundial “la voz de los pobres” uno de los aspectos bajo los cuales los pobres caracterizan a la pobreza está estrechamente relacionado con el temor a sufrir las enfermedades, los pobres centran su atención en los activos más que en los ingresos, y consideran que la carencia de activos físicos, humanos, sociales y ecológicos está vinculada a la vulnerabilidad y susceptibilidad frente a los riesgos. “Una buena renta favorece a la salud y la vida prolongada”, esta es una relación de doble vía porque una vida prolongada y saludable determina a su vez una buena renta.

Los estudios de pobreza con la participación de los afectados (EPPA) ponen en evidencia el temor que sienten los pobres a que alguien de la familia se enferme gravemente, por la inestabilidad económica que esto genera en todo el grupo familiar, si

la familia carece de otros activos depende del trabajo físico para ganarse la vida, los efectos devastadores de la enfermedad en la economía de un hogar pueden llegar a ser tan duraderos que comprometen los ingresos familiares de varios meses o años impidiendo la inversión en educación (cuando se ven obligados a sacar a los hijos de la escuela para pagar los gastos médicos), y otros recursos humanos.

Las siguientes son expresiones recogidas en países lejanos, pero son igualmente válidas para el nuestro, “Consideremos por ejemplo la muerte de este niño pequeño que esta mañana murió de sarampión; todos sabemos que podría haberse curado en el hospital pero sus padres no tenían dinero y el niño sufrió una muerte lenta y dolorosa, causada no por el sarampión sino por la pobreza” (Un hombre de Ghana 1995)

“En mi familia si alguien se enferma gravemente, sabemos que lo perderemos, porque como ni siquiera tenemos bastante dinero para comprar alimentos, nos es imposible adquirir medicinas”. (Vietnam 1999).

“Los enfermos no tienen derecho a vivir” Un dicho popular reciente de los residentes de Javakheti Georgia 1997.

### **3.4. LA EXCLUSIÓN POR BARRERAS DE ACCESO**

#### **Financiera, geográfica, laboral y cultural**

Un estudio realizado por la CEPAL, en 12 países de América en el cual se evidenció que en el último lustro solo en 4 países tuvieron una leve mejoría en la distribución de ingreso, uno se mantuvo igual y 7 empeoraron su situación, además en 8 países aumentó la participación del 10% más rico en el ingreso total, El número de personas que viven bajo de la línea de pobreza en Latinoamérica al finalizar el siglo XX alcanzó los 205 millones. Lo que permite concluir que “Las brechas en términos de equidad entre grupos sociales al interior de los países americanos han tendido a ampliarse”, a esta conclusión llegó.

Como se anotó en el informe de País llevado a cabo por la ONU estos resultados se atribuyen al nuevo modelo de desarrollo y a los programas de ajuste estructural, y aunque las condiciones de salud de la población consideradas globalmente han venido mejorando, se han ampliado las diferencias del estado de salud y enfermedad tanto entre países como entre grupos poblacionales definidos por ubicación geográfica, género, ingreso, educación o etnia.(3)

### **3.5. ECUADOR Contexto Macroeconómico de la pobreza.**

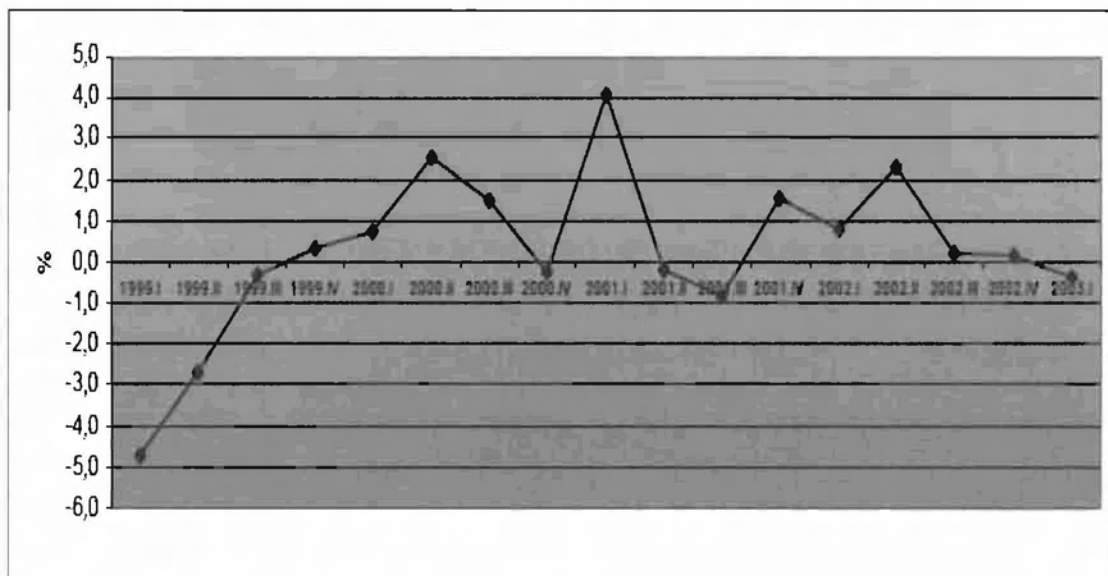
Existe interrelación entre la evolución de las condiciones macroeconómicas de un país y las circunstancias sociales en las que vive su población, Penushi, et.al, planteo 6 mecanismo (principales) de transmisión de las crisis a la población: **a)** Los cambios en los precios relativos que implica la disminución de los salarios reales porque la disminución del poder de compra de los bienes y servicios que producen los ocupados determina un incremento del desempleo que a su vez deviene en una disminución de los ingresos de los informales. **b)** Los cambios en la demanda laboral porque incrementa el desempleo, el subempleo y de las condiciones de trabajo de los empleados. **c)** Los cambios en el rendimiento de los activos fijos y del capital porque la inflación afecta el poder de compra que tiene el dinero en efectivo que tienen en su mayoría los pobres y la disminución del gasto público no solo por disminución en la oferta de servicios sino por el incremento en la conflictividad laboral que genera el retraso de los pagos a maestros y profesores **e)** El efecto sobre el entorno comunitario porque el incremento de la pobreza y la crisis pueden a su vez incrementar la violencia intrafamiliar y social, la inseguridad, la ilegalidad en la vida cotidiana y la estigmatización de los más pobres. (98)

El Producto Interno Bruto para el Ecuador era de 161.350.379 sucres, con un tipo de cambio que vario entre 9,25 sucres por dólar para la compra en febrero a 20,24 sucres por dólar para la venta en diciembre del mismo año 1999, esto evidencia la grave crisis financiera por la que atravesó el país meses anteriores a la dolarización cuando la paridad cambiaria se fijo en 25.000 sucres por dólar.

En ese año la inflación subió al 53,5%, lo que determinó una repentina elevación del costo de la vida, ahondó la inequidad social e impulsó una estricta disciplina fiscal, la tasa de crecimiento económico de ese año estuvo en -7,3%, bajo el parámetro de suces de 1975, (Banco Central del Ecuador, Sistema Integrado de Indicadores Sociales, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Estadística y Censos Banco Central del Ecuador BP, CEPAL)

Después de la crisis del año 99, la economía ecuatoriana vivió un importante crecimiento sin embargo, después del primer trimestre del 2001 se presentó una desaceleración económica que se hizo más evidente en los primeros meses del 2003, cuando el PIB cayó 0,34% en relación con el trimestre anterior (Banco Central del Ecuador)

**Gráfico No. 1. Crecimiento el PIB en relación al trimestre anterior**



Fuente: Banco central del Ecuador.

Cálculos: Corporación Colombia Internacional - SIM.

Cuadro No. 3 Deuda externa pública por acreedor –II Trimestre 2003- miles de dólares

Rubros	Miles de dólares
Total préstamos externos	10.970.764
Organismos internacionales	3.997.884
Gobiernos	2.627.307
Bancos	4.306.402
Proveedores	39.171
Total financiamiento de la balanza de pagos	255.498
<b>Deuda externa total</b>	<b>11.226.262</b>

Fuente: Banco central de Ecuador

Cálculos: Corporación Colombia Internacional - SIM.

adeshaMontalvo

Fuentes:

POBREZA Y DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO			
Indicador	Año	Valor	Fuente
% hogares urbanos bajo la línea de pobreza	1997	50	PS * CEPAL 1998
Coefficiente GINI de distribución del ingreso	1994	46,6	WDR * WB 1999/2000
% hogares urbanos bajo la línea de indigencia	1997	19	PS * CEPAL 1998
Índice de Pobreza Humana, %	1997	16,8	IDH * PNUD 1999
% de participación en el ingreso correspondiente al 20% más alto	1994	52,6	WDR * WB 1999/2000
% de participación en el ingreso correspondiente al 20% más bajo	1994	5,4	WDR * WB 1999/2000
% de la población que vive con menos de US\$1 diario. Línea internacional de pobreza	1994	30,4	WDR * WB 1999/2000

ECONOMÍA Y DESARROLLO HUMANO			
Indicador	Año	Valor	Fuente
PNB per. cápita (dólares)	1998	1530	WDR * WB 1999/2000
PNB en paridad de poder adquisitivo. Dólares per. cápita	1998	4630	WDR * WB 1999/2000
Flujos de AOD en millones de dólares	1997	172	SOWC * UNICEF 2000
AOD per. cápita, en \$	1997	15	WDR * WB 1999/2000
Flujos de AOD en % PNB país receptor	1997	0,9	WDR * WB 1999/2000
Tasa anual de inflación	1999	53,5	BP * CEPAL 1999
Índice de Desarrollo Humano	1997	0,747	IDH * PNUD 1999
Tasa media anual de crecimiento PNB per. Cápita (%)	1997-98	0,2	WDR * WB 1999/2000
Deuda externa total per. cápita	1995	1215	WDR * WB 1997
Deuda externa total como % del PNB	1997	72	WDR * WB 1999/2000
Deuda externa total por niño < 5 años	1998	11004	UPS UNICEF * TACRO
Deuda externa total, en millones de dólares	1998	16100	BP * CEPAL 1998
% Gasto gobierno central asignado a salud	1994	11	SOWC * UNICEF 1997
% Gasto gobierno central asignado a educación	1994	18	SOWC * UNICEF 1997
Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	1997	29	SOWC * UNICEF 2000



“La pobreza es, especialmente un problema rural, a esta conclusión llegan los estudios de pobreza realizados, en 1999, cerca de 8 de cada 10 ecuatorianos/as que residía en áreas rurales (77%) vivían en la pobreza, y 4 (38%) vivían en la extrema pobreza”. (50), “En las áreas urbanas, el porcentaje de personas que vive en hogares pobres subió de 19% en 1995 a 42% en 1999; en las áreas rurales el incremento fue relativamente menor y pasó de 56% a 77% de la población en el mismo período, asimismo, si bien la indigencia es mucho mayor en el campo que en las ciudades, en las ciudades el número de personas indigentes se duplicó en los últimos cuatro años dando un salto del 4% al 9%”.

Actualmente la pobreza afecta por igual a todas las regiones del país; aunque en 1995 la pobreza era mayor en la Sierra que en la Costa el fenómeno de El Niño contribuyó al deterioro de las condiciones de vida de las provincias del litoral, la incidencia de la pobreza subió de 29% en 1995 a 56% en 1999, en 1995 el número de pobres era similar en Quito (14%) y en Guayaquil (15%) pero en 1999 fue mucho más alto en el puerto (46%) que en la capital (28%) (50)

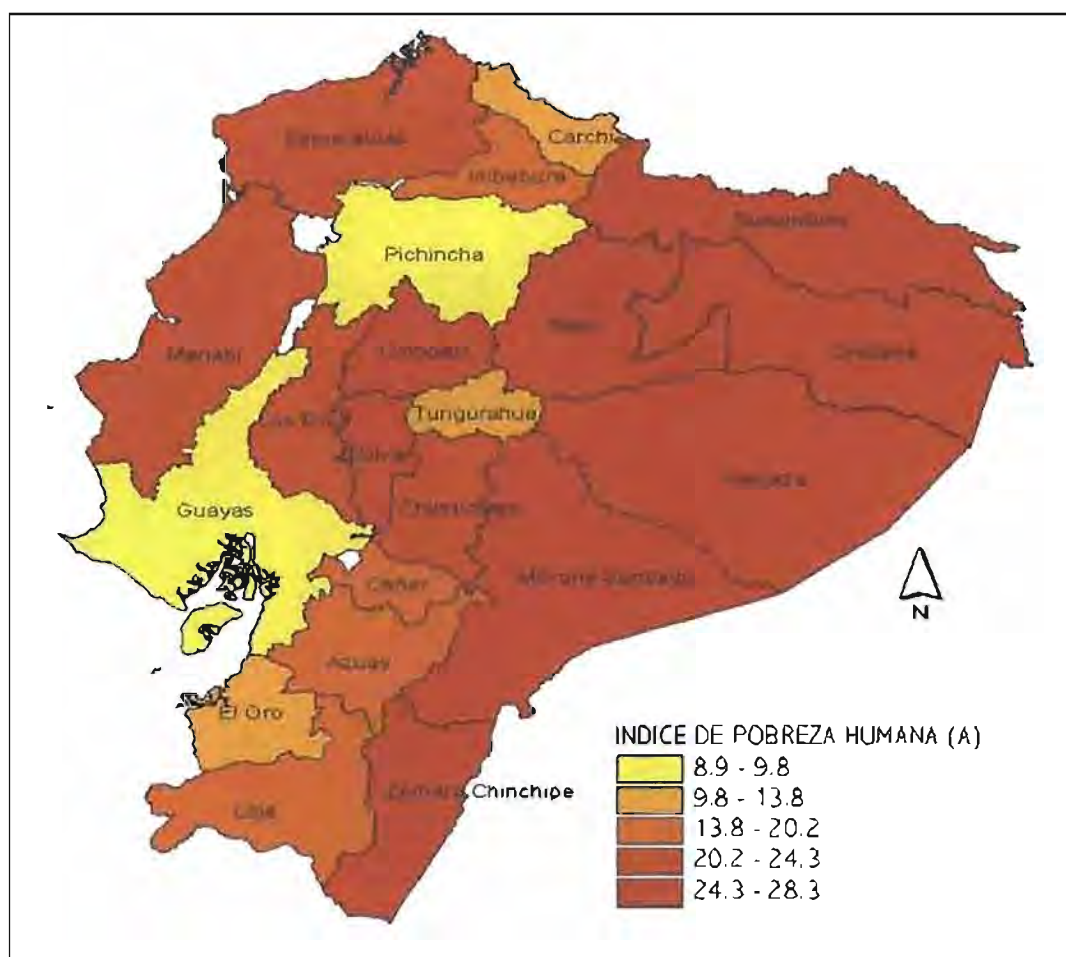
	IPH a <sup>35</sup>	IPH b
Bolívar	28.3	22.8
Chimborazo	27.6	22.6
Amazonía	26.5	23.3
Cotopaxi	24.3	18.8
Esmeraldas	24.3	17.9
Los Ríos	22.4	21.6
Manabí	21.7	18.0
Loja	20.2	16.0
Cañar	18.8	17.3
Imbabura	17.0	14.5
Azuay	14.9	14.3
Tungurahua	13.8	13.3
Carchi	13.5	11.9
El Oro	11.0	10.5
Pichincha	9.8	9.4
Guayas	8.9	8.9
Nacional	15.7	13.8

### Índice de pobreza humana por provincias 1999

Fuente: PNUD (2001b)

Las provincias con mayor pobreza humana son Bolívar, Chimborazo, las provincias amazónicas, Cotopaxi y Esmeraldas.

<sup>35</sup> Por solicitud de la representación del PNUD en el Ecuador, el SIISE coordinó la construcción de los índices de pobreza humana (IPH) construida a partir de información correspondiente al año 1999. La principal fuente primaria utilizada en la elaboración del IPH fue la Encuesta Demográfica y de Salud Materno e Infantil, ENDEMAIN.

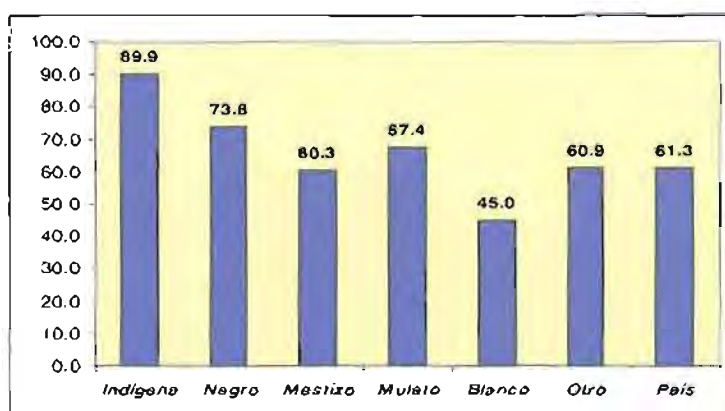


Fuente: PNUD (2001b). Elaboración del mapa: SIISE

Los datos indican la existencia de importantes diferencias regionales y geográficas en términos de pobreza en el Ecuador, las provincias amazónicas y de la sierra centro aparecen como las de mayor pobreza humana, en cambio, las provincias de Guayas y Pichincha, en donde se concentra la mayor parte de la actividad industrial y comercial del país son las de menor pobreza humana.

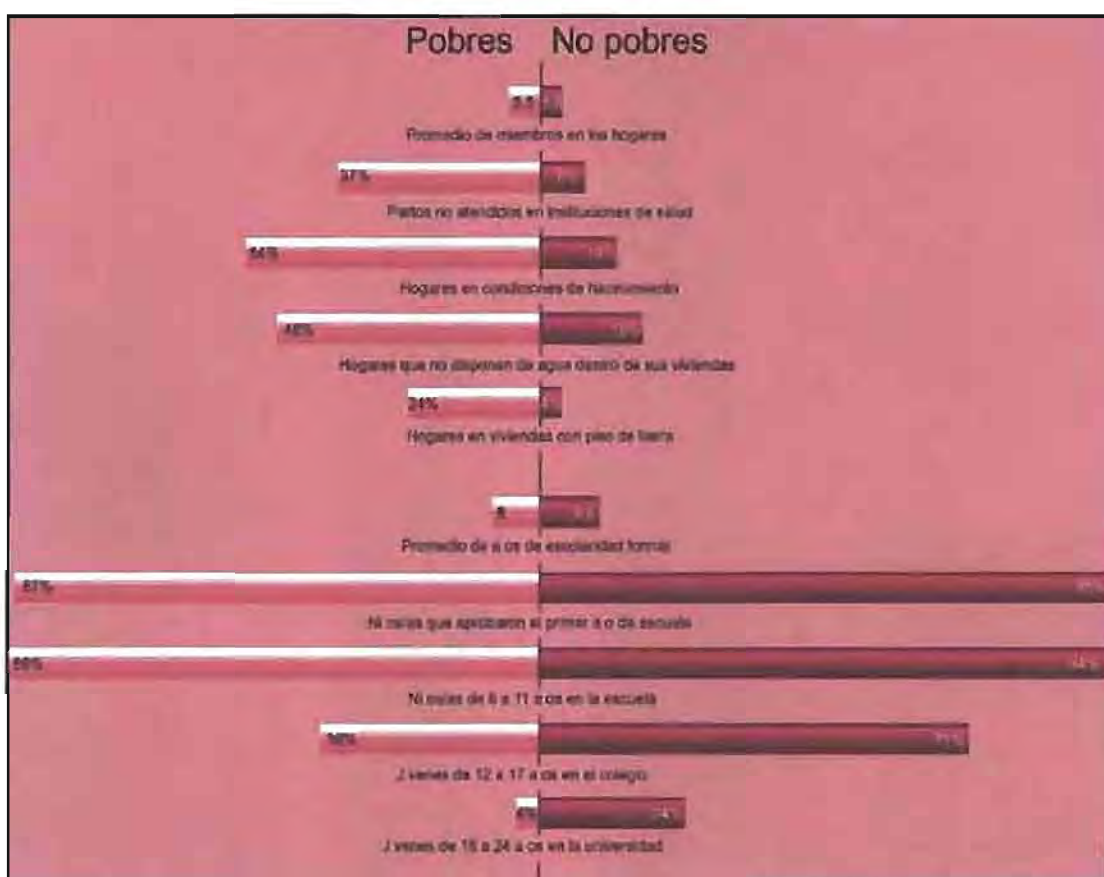
Según el último censo de población y vivienda del 2001 y de acuerdo a la definición de necesidades básicas insatisfechas sugerida por la Comunidad Andina el porcentaje de población pobre en el país es 61.3%. "Sin embargo, este promedio nacional esconde diferencias al interior así, nueve de cada diez personas autodefinidas como indígenas y siete de cada diez personas autodefinidas como negras son pobres, la incidencia de la pobreza en estos grupos es claramente superior al promedio nacional, el único grupo

étnico con una incidencia de la pobreza inferior al promedio del país es el conformado por quienes se autodefinieron como blancos un poco menos de cinco de cada diez personas autodefinidas como blancas es pobre según el método de NBI (45%).”



Fuente: INEC, VI Censo de Población y V de Vivienda 2001

Elaboración: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador-SIISE



MAPA DE CARACTERÍSTICAS DE LOS POBRES

Fuente: Índice, Secretaría Técnica del Frente Social

Este panorama que muestra la complejidad de la exclusión y el incremento del número de personas excluidas de la atención de salud en cualquiera de sus formas “acceso”, “financiamiento” y “dignidad” ha obligado a los estados, a los organismos de cooperación internacional y a la sociedad en su conjunto a plantear un conjunto de intervenciones públicas destinadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a una atención a la salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos personales adversos (38).

Según la OIT LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD se “Constituyen una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud” a través del desarrollo de las siguientes estrategias:

- Mejorar la productividad y la calidad de los servicios mediante la implementación de Paquetes básicos o servicios básicos
- Aumentar la participación local, adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales: mediante el refuerzo de Sistemas locales de salud y la Participación comunitaria como parte de un proceso de descentralización
- Reducir la exclusión financiera mediante la Introducción de Modelos básicos de aseguramiento
- Reducir la exclusión cultural con el fortalecimiento de programas focalizados de prevención y control de enfermedades
- Ampliación de cobertura a zonas rurales con Programas de protección social para grupos de baja renta (Adaptado de “Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en Salud”)

SEGÚN SEN “lo que está implícito en la mayoría de los argumentos a favor de las políticas redistributivas es la igualdad, no del consumo de bienes que cubren necesidades básicas sino de las funciones básicas a las que están destinados estos consumos; Se las denomina capacidades básicas por lo tanto el objetivo debería ser igualar determinadas capacidades básicas como la capacidad de satisfacer los requisitos nutritivos, la de desplazarse, la de cobijarse o la de participar en la vida comunitaria, el fin entonces no es equiparar los cuidados médicos sino las capacidades de quien los recibe” (96)