

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Dilemas de la Reforma de Salud en América Latina: el caso de Ecuador”

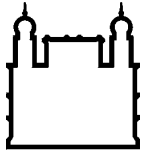
por

Maria Alejandra Guerrero Gavilanes

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro, julho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Dilemas de la Reforma de Salud en América Latina: el caso de Ecuador”

apresentada por

Maria Alejandra Guerrero Gavilanes

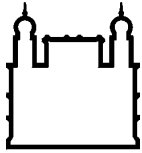
foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 09 de julho de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 09 de julho de 2009.

Maria Alejandra Guerrero Gavilanes

CG/Fa

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

G934 Guerrero Gavilanes, Maria Alejandra
Dilemas de la reforma de salud em América Latina: el caso de Ecuador. / Maria Alejandra Guerrero Gavilanes. --Rio de Janeiro: s.n., 2009.
40 f., tab.

Orientador: Costa, Nilson do Rosário
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Descentralização.
3. Política Social. 4. Acesso Universal a Serviços de Saúde.
5. Sistemas de Saúde-organização e administração. 6. Equador.
I. Título.

CDD - 22.ed. -362.106809866

A Edmundo, por su lucha y su cariño en todo y hacia todos

AGRADECIMIENTOS

Por la paciencia, fuerza e incentivo en todas y cada una de las reuniones a Nilson do Rosario Costa, quien con gran entusiasmo supo orientarme y contagiarme su optimismo y visión crítica.

A Mónica Reis, por su ayuda incondicional ante los pedidos de quien vive lejos. Sin su apoyo, este trabajo no estaría completo.

A mis Padres, quienes incansablemente están siempre presentes. Por ellos y para ellos.

A mis hermanos, que aunque lejos, nos une la complicidad

A Isaac y Benjamin, inspiradores, ya que por ellos es que construimos el presente.

A mis amigos, que siempre me dieron fuerza, apoyo y creyeron en mi.

A mi Tíos Hugo y Gioconda, grandes gestores e incansables luchadores por la salud en ese pequeño gran país.

A Edmundo Granda, luchador, pensador, quien colaboró fervientemente con su gran amor y entusiasmo en la realización de este trabajo, como lo hacía en toda su vida.

A todos los profesores de la ENSP que de una u otra forma me pasaron ese conocimiento que me abrió las puertas de contenidos desconocidos y que influencian e influenciarán en mi proyecto de vida.

A mi compañero de vida y de luchas, del cotidiano y del trabajo, Bruno.

Vim pelo caminho difícil,
a linha que nunca termina,
a linha bate na pedra,
a palavra quebra uma esquina,
mínima linha vazia,
a linha, uma vida inteira,
palavra, palavra minha.

Paulo Leminski

Resumen

El objetivo de este trabajo fue aproximarnos a la coyuntura y actores del Sistema Nacional de Salud en Ecuador para desvendar los dilemas del movimiento de reforma vigente en el sector durante el periodo 2005-2008 bajo la perspectiva de experiencias paradigmáticas en América Latina: el modelo de reforma adoptado por Colombia y por Brasil. Para la elaboración de este estudio, se tomó como referencial teórico el trabajo de Theodoulou y Cahn ¹⁰ sobre los procesos políticos y de Ikenberry ¹¹, acerca del proceso de difusión de las agendas. Se propuso, además, una complementariedad de técnicas que involucraron revisión bibliográfica de las reformas de salud en Ecuador, de indicadores cualitativos de salud y la realización de entrevistas semi-estructuradas, lo que permitió la construcción de algunas categorías analíticas que permitieron establecer los indicadores a ser utilizados en la descripción de los tres sistemas de salud.

Encontramos a lo largo del trabajo que en Ecuador una disputa permanente entre las agendas políticas de los dos modelos de organización de sistema de salud, por un lado la focalización con creación de paquetes básicos y por otra, la universalización descentralizada. Identificamos, además, que en el país, la baja capacidad de inclusión del sistema, así como la débil estructura institucional, por la fuerte presencia del corporativismo, dificultan el establecimiento de marcos referenciales consistentes y legítimos para el sector salud. El dilema de la actual agenda se basa en la búsqueda de negociaciones y consensos sobre los límites políticos, económicos y estructurales del Sistema Nacional de Salud de una forma democrática y participativa que considere las verdaderas demandas del sector.

Palabras clave: Reformas de Sistemas de Salud, focalización, universalización, Ecuador.

Abstract

The present work's aim is an approach to the different scenarios and actors involved with the National Health System in Ecuador. The purpose is to figure out the dilemmas of the current reform movement in the healthcare sector during the 2005-2008 period, under the paradigmatic perspective of other experiences in Latin America, bringing special attention to model reforms adopted by Colombia and Brazil.

As grounds for this investigation, Theodoulou's and Cahn's ¹⁰ theoretical work on political processes were taken under consideration. Ikenberry's ¹¹ work was also taken into account ¹¹. Their proposals addressed the process of agenda dissemination. The present work also proposes complementary techniques involving literature review regarding healthcare reforms in Ecuador, qualitative health indicators and the realization of semi-structured interviews, which enabled the construction of analytical categories, later used as indicators to describe the three systems.

As reviewed throughout this work, a dispute between the political agendas of both models of organizing healthcare system came into evidence in Ecuador, focusing on one hand in the creation of basic packages and a decentralized universal health care system. Moreover, we identified low capacity within the system a weak institutional structure, mainly due to the strong presence of corporatism, and the ongoing obstruction of legitimate and consistent reference frames for the healthcare sector. The main issue of the current agenda is based on negotiations and the search for consensus on political, economic and structural aspects of the healthcare system in a democratic and participatory manner that considers the real demand of the public health sector.

Key words: Health System Reform, focalization, universality, Ecuador.

INDICE

Introducción General.....	7
Metodología.....	11
Introducción al Artículo	13
Las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina: el caso de Colombia y de Brasil	20
El pluralismo estructurado en Colombia.....	20
La universalización descentralizada en Brasil.....	23
Las reformas de salud en Ecuador: una breve revisión.....	28
El proceso político del Aseguramiento Universal de Salud	28
La apuesta en la idea de una reforma sectorial pública unificada.....	30
Conclusiones Generales	34
Referencias Bibliográficas	38

Introducción General

Este trabajo tiene como objetivo describir los dilemas de la reforma sanitaria en Ecuador en los últimos años. Se identifica, en el país, una disputa permanente entre las agendas políticas de dos modelos de organización de sistema de salud que considero paradigmáticos en la manera de enfrentar de acceso de la población excluida o pobre: los modelos brasileño, a partir de la universalización descentralizada, y colombiano a través de la focalización mediante la creación de paquetes básicos de servicios. Este dilema, universalismo versus focalización, ha estado presente en la agenda política del Ecuador a lo largo de las últimas décadas, no obstante, para fines de este artículo se discutirá esta agenda partir del año 2006.

Llevando en consideración el contexto actual del sistema de salud del Ecuador se pretende presentar cómo la baja capacidad de inclusión del sistema, así como las condiciones institucionales, por la fuerte presencia del corporativismo, han impuesto al sector de salud fuertes limitaciones a la difusión de las agendas de reforma de salud. En este sentido, observamos que las estructuras formales de la política influyen en el desempeño y en el resultado de los procesos de reforma, favoreciendo la adopción de ciertos modelos como los incorporados por Brasil y Colombia.

La discusión sobre los procesos de reforma de los sistemas de salud es un tema que abarca la mayor parte de países capitalistas del mundo. Tuvo su inicio a partir del nuevo contexto político-económico en los años 70. Las nuevas condiciones a las que los países centrales se vieron enfrentados en la época los llevaron a adoptar medidas que permitan enfrentar estas nuevas reglas, impulsándolos a reformular sus sistemas de Bienestar Social.

En general, los sistemas de Bienestar social en los países de capitalismo avanzado tuvo su origen a partir de la Gran Depresión en 1929. En este periodo surgieron varios conflictos sociales, políticos y económicos que acentuaron las desigualdades creadas por el capitalismo clásico regente en la época. Junto a ello, el surgimiento de una clase operaria cuyas condiciones laborales precisaron la intervención del Estado para garantizarle seguridad, y el fin de los gobiernos totalitarios junto a una creciente hegemonía de gobiernos socialdemócratas, llevaron a la concretización del Estado de Bienestar en los países con democracias capitalistas. La creación del Estado de Bienestar tuvo como su pilar más importante la coalición entre los sindicatos, la agricultura y elementos del mercado¹, lo que favoreció al mismo tiempo al modelo de

trabajo fordista que prevalecía en la época. Según Esping Andersen ² los Estados de Bienestar surgieron como una forma de reestructuración económica, política y moral pues se abandona el modelo liberal ortodoxo de la época ante la necesidad de ampliar la seguridad de los trabajadores, además de colocar al Estado como regulador de la economía. En este sentido, la creación del Estado de Bienestar reconoce también a la ciudadanía social como un derecho y refuerza la idea de democracia liberal además de resaltar la idea de igualdad y solidaridad.

Esta nueva organización político-económico-social, bajo la óptica Keynesiana es decir amparado en la participación del Estado, estableció a nivel social la creación de un salario monopólico estructurado entre el salario nominal y el costo de vida; instauró prestaciones sociales e instituciones de bienestar que proveían educación, seguro social y subsidio a los bienes, para de esta forma garantizar la fuerza de trabajo y la capacidad de consumo; y por ultimo, estructuró la asistencia social o de políticas sociales para preservar la mano de obra ¹.

Para Esping Andersen ² conceptualizar al Estado de Bienestar es pensarlo como una política social, conformado por aspectos estructurales e institucionales que incluyen la garantía legal de derechos sociales. En cuanto al aspecto estructural del Estado de Bienestar, el autor elabora el concepto de desmercaderización: idea extraída de la teoría marxista que argumenta que la palabra mercadería expresa las relaciones de producción a través de la presencia o no de propiedad privada. Esta desmercaderización de las relaciones disminuye la dependencia del individuo al mercado de trabajo al retirar del mismo el carácter de mercadería, pues aparta de la relación productiva los bienes sociales para hacerlas políticas de Estado. De acuerdo al grado de independencia de los servicios del Estado de bienestar con respecto al mercado, la calidad de los derechos sociales, la clasificación social y la relación Estado, mercado y familia, Esping-Andersen ² identifica la existencia de tres regimenes de Estado de bienestar: el Liberal, el Corporativista y el Social-demócrata.

En el modelo Liberal, la política social se presta de manera asistencialista, es decir los beneficios sociales están dirigidos hacia determinadas clases, aquellas que comprobadamente necesitan asistencia, mientras que el resto encuentra en el mercado su fuente de servicios sociales.

En el segundo modelo, Corporativista, los beneficios sociales son estatales y dependen de trabajo y empleo como precondiciones para obtenerlos, pues los programas de

seguridad social son prestados por ocupación, acentuando de esta manera diferencias en el acceso a la seguridad social de categorías profesionales. Por lo tanto, el Estado presta diferentes tipos y niveles de beneficios a las diferentes categorías de profesionales. Por fin, en el modelo Social-Demócrata los derechos sociales son universales y de provisión Estatal, promueven la desmercaderización de los derechos sociales hacia las nuevas clases medias buscando de esta forma promover la igualdad.

Es importante anotar que el desarrollo de estos tipos de regimenes es resultado de procesos históricos que llevaron a los países a tomar rumbos diferentes, sean estos caminos orientados hacia el mercado o sean centrados en el Estado. Al mismo tiempo, la existencia de profundas diferencias en la manera como los países prestan y administran los beneficios de la protección social se vieron influenciadas también por el proceso de formación de clases y la fuerza de las coaliciones de estas clases, en cada país ².

Así, la consolidación de los Estados de Bienestar de tipo keynesiano en las democracias capitalistas, principalmente a partir de la Segunda Guerra Mundial, mantuvo un ritmo ascendente hasta los años setenta. A partir de ésta década, una nueva crisis económica, caracterizada por la estagnación del crecimiento económico, produjo a nivel mundial una reestructuración de la economía que se tradujo en una nueva forma de capitalismo caracterizado por la globalización de la economía y la flexibilización del trabajo, que derivó en un mayor poder de las empresas sobre los trabajadores, transformando de esta forma las relaciones laborales. A esto se sumó el cambio radical en la generación de empleos, pues el sector industrial dejó de ser el principal proveedor, cediéndolo para el sector de los servicios. Al mismo tiempo las transformaciones demográficas debido al envejecimiento de la población, las mudanzas en el manejo del hogar y relaciones de género, así como una acumulación de cargas fiscales asociadas a compromisos con políticas sociales produjeron una importante transformación en el contexto bajo el cual se desenvolvían los Estados de Bienestar ³.

Estos nuevos paradigmas levantaron una serie de criticas basadas principalmente en la necesidad de los Estados de Bienestar de adaptarse a estas condiciones económicas, a la exigencia de competitividad y a los cambios en el poder político ⁴, llevando así a la formulación y adopción de una serie de intervenciones y reformas de los sistemas de protección social, principalmente en la década de los 80 y 90.

Según Pierson³ estas reformas, en los países de mayores ingresos económicos no adoptaron un carácter de desmantelamiento de los Estados de Bienestar, sino de reestructuración, basándose en tres elementos: 1) contención de gastos, visando a evitar el incremento de los mismos a futuro; 2) reducción de la protección social a los trabajadores que están fuera del mercado de trabajo, incentivándolos de esta forma a ingresar al mercado laboral, y 3) modificación de programas sociales, de manera que se ajusten al nuevo contexto político-económico a través de: a) la racionalización de los programas sociales originales por medio de la creación de nuevos mecanismos que permitan incrementar la eficiencia, como por ejemplo el establecimiento del sistema de *cuasi-mercados*, que implica cambiar los incentivos hacia los prestadores de servicios y establecer una especie de competencia de mercado, y b) el rediseño de programas sociales ya existentes y que no están cumpliendo con sus objetivos.

Por su parte, en América Latina, a pesar de la dificultad históricamente determinada en establecer un tipo específico de régimen de protección social, como se aplican a los países de capitalismo avanzado, la consolidación de un tipo corporativista de protección social fue predominante en la mayoría de los países de la Región hasta la década de los 80. De esta manera los Estados utilizaban la extensión de los derechos sociales a las categorías profesionales clave como una forma de consolidar el control de la élite⁵. La *ciudadanía regulada*, como denominó Santos⁶ al hecho de que solamente ciertos segmentos corporativistas de la sociedad tenían derecho a los beneficios de la protección social, combinado con el fuerte control social ejercido por regimenes militares⁷ y la frágil sociedad civil todavía poco estructurada en relación al Estado oligárquico, fueron determinantes en el establecimiento de este régimen de protección.

Sin embargo, el nuevo contexto mundial, sentido en la región a partir de la década de los 80, trajo consigo profundas transformaciones a los países de América Latina. Se vieron afectadas las formas de producción por el dominio del capital financiero, en el sistema económico se produjo endeudamiento interno y externo, crecimiento del déficit fiscal, incremento de la inflación, problemas en la balanza de pagos y desempleo⁸. Las consecuencias de estas nuevas situaciones, se vieron reflejadas inicialmente en el desmantelamiento gradual del régimen corporativista de protección social en algunos países de la Región. Esto se produjo debido a que el segmento favorecido por este corporativismo, pertenecientes en su mayoría a los trabajadores de la maquinaria estatal, vio su poder disminuido frente a los nuevos paradigmas económicos y políticos que se

basaban en la descentralización y la reducción del Estado a través de las privatizaciones. Es decir, el nuevo contexto laboral formulado por la reestructuración económica debilitó a los sindicatos, burocracia y trabajadores formales, principales pilares de este tipo de sistema ⁹.

Esta reformulación del modelo económico llevó a la mayoría de los países de la Región a un proceso de reforma de sus sistemas de protección social. Sin embargo, a diferencia de la agenda propuesta para los países centrales, América Latina viene enfrentando históricamente otra realidad y por consiguiente otros desafíos.

Metodología

Situamos la formación de la agenda de reforma del Sistema Nacional de Salud del Ecuador durante el periodo 2006-2008 tomando como referencia los países que poseen diferentes modelos de organización en salud: Brasil y Colombia. Se considera que estos países tienen modelos de sistemas de salud paradigmáticos, y por lo tanto, sirven como referencia para la adopción por elites reformadoras en momentos de mudanza de los sistemas nacionales latinoamericanos. En este trabajo se denomina como paradigma de política a un modelo adoptado por un país que se considera exitoso en enfrentar el problema del bajo acceso de la población excluida a los servicios de salud.

Para la elaboración de este estudio, se tomó como referencial teórico el trabajo de Theodoulou y Cahn ¹⁰ sobre los procesos políticos y de Ikenberry ¹¹, acerca del proceso de difusión de las agendas ¹².

Theodoulou y Cahn ¹⁰ propusieron un instrumento metodológico para el estudio de los procesos políticos. Parten de la comprensión de éstos, como un ciclo dinámico de desarrollo e implementación a través del reconocimiento de los problemas e identificación de los temas prioritarios del sector enfatizando en la construcción de la agenda y de la política, así como los movimientos de adopción e implementación configurando temas que ayudaron en la construcción del análisis empírico de este estudio.

El referencial metodológico propuesto por Ikenberry ¹¹ parte de la premisa que las innovaciones políticas son procesos complejos que responden a un movimiento interno del gobierno asociado a la burocracia pública y al Ejecutivo, y no solamente se limitan a ser respuestas a presiones externas, coerción o intereses de clase. El autor propone que esta difusión se realiza por mecanismos de inducción externa, *policy bandwagoning* o

por aprendizaje social. En el mecanismo de inducción externa, Ikenberry cuestiona la imagen conocida de un actor externo, como las agencias multilaterales, que promueven una política a través de incentivos, sanciones o coerción a un país dependiente. En su lugar, propone una situación más compleja en la cual los propios gobiernos internos utilizan la información y recursos provistos por las agencias multilaterales para elaborar o reforzar coaliciones de reforma dentro del país. Es decir, estas políticas externas fortalecen y ayudan al establecimiento de políticas que el propio gobierno desea y que no ha podido implementar por los obstáculos presentes al interior del país. Estas propuestas actuarían como un facilitador para el establecimiento de un determinado tipo de agenda de reforma que fortalece la tendencia del gobierno de turno.

Por otro lado, el *policy bandwagoning* consiste en la difusión de la agenda a través de la imitación normativa de políticas exitosas o innovaciones, en otros contextos. Según el autor, este comportamiento es responsabilidad de las élites técnicas burocráticas y se justifica por la necesidad de sobrevivencia y competencia en un sistema internacional. Por último, el aprendizaje social consiste en la acumulación de conocimientos e impactos de las políticas a partir de comunidades científicas, y su posterior diseminación. Este análisis empírico de las políticas exitosas en el sistema internacional y su difusión se realiza a través de actores tomadores de decisión o comunidades técnicas de especialistas que actúan como productores de consensos a partir de su autoridad técnico-científica.

Se propuso, en este trabajo, una complementariedad de técnicas que involucraron revisión bibliográfica de las reformas de salud en Ecuador, de indicadores cualitativos de salud y la realización de entrevistas semi-estructuradas realizadas a actores claves involucrados en el escenario de la reforma, lo que permitió elucidar el panorama de las políticas de reforma en el país así como identificar el proceso de difusión de las agendas internacionales en la reforma sectorial. Posibilitó además, la construcción de algunas categorías analíticas que permitieron establecer los indicadores a ser utilizados en la descripción de los tres sistemas de salud: organización del sistema de salud, cobertura, financiamiento, rectoría, tipo de prestaciones, paquete de prestaciones, integración institucional, grado de descentralización, gastos en salud, públicos y privados, así como gastos de bolsillo.

La identificación del proceso de disputa entre paradigmas de políticas en el Ecuador está directamente relacionada a la dinámica del sistema político del país. Esta dinámica

se vio reflejada indirectamente en la propuesta de estudio que se había definido inicialmente en este trabajo.

La idea original se inició en 2006, cuando el país atravesaba por un momento político determinado por la salida de un presidente y el establecimiento de un determinado programa de salud en el país, el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Posteriormente en el 2007, época de realización de las entrevistas, el país atravesaba por otro contexto político, delicado, debido a la elección de un nuevo presidente, cuyas tendencias partidarias opuestas a su antecesor reorientaron la agenda política de reforma sectorial, lo que incluyó la política del AUS. En este mismo año, fue establecida una Asamblea Constituyente que redirigió las políticas sociales a través del establecimiento de una nueva constitución en el país.

Es por esta razón que se ha vivido a través de este trabajo, “en carne propia”, el establecimiento y la finalización de procesos de reforma, similar a lo que ha sucedido en el país a lo largo de dos décadas. Esto representó la necesidad de adaptación, a las nuevas situaciones, intentando establecer un camino de investigación que se iba transformando conforme el paso del tiempo y que constantemente nos exigía agregar nuevos instrumentos metodológicos para el análisis de los nuevos contextos que se iban presentando.

Introducción al Artículo

Los servicios de salud de América Latina han sido el eje crítico de una serie de investigaciones en los últimos años debido a los serios desafíos que desde hace más de una década vienen presentando principalmente por las deficiencias que sus sistemas de salud presentan frente a aspectos como cobertura, acceso, equidad y calidad, derivados principalmente de los cambios políticos y socioeconómicos acaecidos en la región. En respuesta a estos desafíos, han surgido varios movimientos que promueven la superación de éstos problemas a partir de la adopción e implementación de reformas en la Región ¹³.

Con respecto a este tema Pierson³ presenta tres elementos a ser tomados en cuenta al analizar las políticas de reforma en América Latina: 1) Si para los países de mayores ingresos económicos la globalización fue un factor importante, no determinante, en el proceso de intervención sobre sus Estados de Bienestar, no dejaría de serlo también para América Latina, pues aparte de las consecuencias económicas, sociales y políticas que

esta reestructuración económica trajo a la Región, también acarreó consigo una fuerte presión para abrir las economías y reformular las políticas sociales. Estas exigencias, ejercidas a través de las instituciones financieras internacionales determinaron y moldearon el direccionamiento de estas reformas; 2) Si bien es cierto que existen presiones externas, existen también presiones internas, domésticas, igualmente importantes y a veces dejadas de lado al pensarse en reformas en América Latina; y 3) en estos países el desafío va mucho más allá de una reestructuración del sistema de Bienestar; éste necesita ser construido, extendido, tomando en cuenta, al mismo tiempo, que los principales actores que defienden esta construcción han sido históricamente débiles y al mismo tiempo carecen de sustento legal en que apoyarse debido la fragilidad institucional vigente.

Esto se hace evidente al identificar las fuertes influencias, tanto por presiones internas como externas que determinan el rumbo de los movimientos de reforma que visan resolver la segmentación, inequidad, falta de cobertura y acceso de los sistemas de salud. Entendemos a estas presiones internas como la dinámica política propia de cada país, caracterizada por la organización política, los procesos políticos, las negociaciones y conflictos entre los grupos de interés domésticos. En algunos países como en Ecuador, la dinámica interna perpetua el modelo corporativo pues mantiene a este modelo como la estructura básica de su sistema de salud al dificultar la adopción de modelos más homogéneos que rompan con la segmentación y fragmentación, favoreciendo de esta forma la permanencia del concepto de *ciudadanía regulada*. Por otro lado, en Brasil esta dinámica interna, representada por una coalición entre los actores políticos, las élites de salud y las reivindicaciones y participaciones de movimientos sociales determinó la adopción de un modelo de salud basado en la universalización descentralizada¹⁴. En este sentido, la experiencia internacional nos demuestra como las reformas de los sistemas de protección universal fueron capitaneadas por los movimientos sindicales y partidos de trabajadores, mientras que en América Latina pocos países presentan experiencias dignas de nota sobre la relación entre el movimiento de los trabajadores y la reforma sectorial de la salud.

Frente a esta ausencia de acciones colectivas de los trabajadores, se ha creado un vasto espacio para la actuación de las Agencias Internacionales en ésta área. Estas presiones externas, como Almeida¹⁵ denomina a la influencia de estas agencias internacionales, están representadas principalmente por el Banco Mundial. El direccionamiento que ésta

institución ha promulgado para las agendas de reformas en los países de la Región, se basan en cambios organizacionales, institucionales y de financiamiento para el sector de salud a través de mecanismos como: la focalización de los recursos priorizando los grupos de menor ingreso, incorporación de intervenciones públicas prioritarias costo-efectivas a través de la elaboración de paquetes básicos, descentralización, separación de funciones, introducción de un mix publico/privado de financiamiento e introducción al sistema de la lógica de competencia de mercado ¹⁶. Para América Latina, estos parámetros fueron representados en un proyecto de reforma denominado Pluralismo Estructurado ¹⁷.

La introducción del modelo denominado Pluralismo Estructurado trajo consigo la discusión de los mecanismos de *cuasimercados* en los sistemas de salud latinoamericanos, y provocó en algunos países de la región una amplia reacción en relación a la introducción de esta agenda de reforma. Algunos de ellos optaron por implementar parcialmente algunas de estas directrices mientras que otros, como Colombia adoptó esta agenda de manera integral.

En este aspecto, los países de América Latina se muestran bastante heterogéneos con respecto al *timing* de implementación de reformas de sus sistemas de protección social, en especial en el tema de salud y pensiones. Encontramos que prácticamente todos los países de América Latina introdujeron reformas en sus sistemas de salud, mientras que solamente 12 lo hicieron en pensiones. Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Perú y Republica Dominicana introdujeron profundas transformaciones en sus sistemas de salud, mientras que solamente Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, México, Perú, Republica Dominicana, reformaron ambos sistemas, tanto el de salud como pensiones. En el resto de países de la Región, como en Ecuador, las reformas han sido más limitadas y puntuales ¹³.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud (SNS) de Ecuador está constituido por tres subsistemas formados por instituciones públicas, privadas con y sin fines de lucro: 1) el subsistema público, representado por el Ministerio de Salud Pública (MSP); 2) la Seguridad Social, que contempla prestaciones de salud y pensiones a los trabajadores formales, campesinos, policía y ejército, representadas institucionalmente por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que financia también al Seguro Social Campesino (SSC); el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISFA) respectivamente; y 3) el

subsector privado, comprendido por instituciones sin fines de lucro, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA)¹, empresas de Medicina pre-pagada, organizaciones no gubernamentales (ONGs), clínicas, hospitales y consultorios particulares.

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento particular, sin que existan mecanismos adecuados de articulación y de coordinación interinstitucional. Sin embargo, esto está siendo trabajado actualmente a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), que tiene por función el propiciar la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, además de asesorar al MSP en políticas de salud ¹⁸.

En este escenario, el Ministerio de Salud Pública, cumple las funciones de rector y proveedor de los servicios de salud y desde el punto de vista de la capacidad instalada de las instituciones públicas tiene el mayor número de unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención en salud del país, sobrepasando en número al total de unidades del IESS, Fuerzas Armadas y Policía Nacional en su conjunto ¹⁹.

Sin embargo, se observa que este tipo de organización sectorial provoca una cobertura diferenciada entre los distintos segmentos de la población, así: los trabajadores formales, que aportan al IESS o al SSC, y sus familiares son atendidos por esta institución, así como los miembros de los gremios militar y policial que son atendidos por sus respectivos seguros, cubriendo en conjunto al 21% de la población ²⁰. Aquellos sin vínculo formal de empleo hacen uso del sistema público, mientras que la clase media tiene una doble cobertura, utilizando el sistema público y programas de medicina pre-pagada o servicios privados de salud. Sin embargo, solamente el 33% de la población ecuatoriana utiliza los servicios del sistema público, mientras que el 39% de la población, hace uso de los servicios privados (Tabla 1). Esta distribución del sistema de salud, deja sin cobertura (cobertura efectiva) a aproximadamente 27% de la población ecuatoriana ²⁰.

¹ La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) son entidades privadas financiadas por un mix público/privado.

Tabla 1. Estructura porcentual de los miembros del hogar que recibieron atención en salud, por áreas, según proveedores de servicios de salud. Ecuador, 2005-2006

Proveedores	Nacional (%)	Urbano (%)	Rural (%)
Proveedores públicos	33	30	39
Hospital público	14	14	12
Centro de Salud	7	7	7
Subcentro de Salud	12	9	20
Proveedores privados	39	42	31
Hospital/clínica particular *	7	8	5
Centro de salud privado	3	4	2
Consultorio particular	29	31	24
Otros proveedores	28	27	30
Botica o farmacia	18	18	18
Casa o domicilio	9	8	11
Otros**	1	1	1

Fuente: INEC. Encuesta condiciones de Vida (ECV2005-2006)

*Incluye hospitales de SOLCA y de la JBG

** Incluye atención en brigadas móviles del Estado de fundaciones u organizaciones religiosas, guardería, aula de clases, tiendas comunitarias, en casa del médico, le recetan por teléfono, en el exterior, grupos de médicos que visitan el recinto

Cabe recalcar que la falta de cobertura del sistema público, los problemas de acceso y la baja calidad de los servicios¹⁹ provoca que la población de menores ingresos económicos, sin seguros y sin acceso al sistema, utilice los servicios privados de salud. Como vemos en la Tabla 2, el 59,2% del quintil más pobre (quintil 1), utiliza los servicios privados² en detrimento del público.

Tabla 2. Aporte porcentual de las personas que recibieron atención en salud, por quintiles de Ingreso, según proveedor de servicios de salud. Ecuador, 2005-2006

Proveedores	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Proveedores Públicos	32,7%	40,7%	38,1%	31,8%	34,6%	21,4%
Proveedores privados	39,0%	21,5%	29,3%	36,3%	43,4%	58,8%
Otros proveedores	28,3%	37,7%	32,6%	31,8%	22,0%	19,8%

Fuente: INEC. Encuesta condiciones de Vida (ECV2005-2006)

² En este caso tomamos en cuenta como servicio privado también a Otros proveedores, que incluyen boticas y farmacias

Este patrón de utilización de los servicios se ve reflejado en un alto gasto de bolsillo, que para el 2005 representaba el 85% del total del gasto privado en salud ²¹. A pesar de que en el país, el gasto total con salud para el 2006 representó el 5,4% del PIB ²², con un incremento del 1,2% desde el año 2000, el gasto de bolsillo se ha mantenido casi inalterado en los últimos 6 años mientras que el gasto público con la seguridad social se ha incrementado 13,4% en este mismo periodo de tiempo. El gasto privado en salud también ha permanecido elevado durante este mismo periodo (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de los gastos en Salud. Ecuador, 2000-2006

Gastos en salud	2000	2006	Variación porcentual
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4,2	5,4	+1,2
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	6,4	7,3	+0,9
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	85,3	85,6	+0,30
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	49,0	130,0	+81
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	157	297	+140
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	68,8	56,4	-12,4
Planes privados de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	4,8	5,7	+0,9
Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto del gobierno general en salud	28,0	41,4	+13,4
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	4,1	0,7	-3,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

Como consecuencia, el sistema se presenta: 1) Con una pobre cobertura, atención y acceso en salud de salud, 2) Segmentado, cada subsistema con sus respectivas modalidades de financiamiento y provisión, 3) fragmentado por la desarticulación de las redes de servicios de salud, y 4) con un alto gasto de bolsillo por parte la población más pobre que no accede a los servicios públicos de salud.

Por lo tanto, la gran concentración de gastos de bolsillo, especialmente por parte de la población de menores ingresos económicos, el bajo gasto del gobierno con salud, así como el incremento del gasto público por la seguridad social, coloca al sistema de

salud de Ecuador entre uno de los más regresivos de la región y crea un ambiente propicio para reformar.

Así, la presión por resolver estos problemas llevó al Ecuador, así como a casi todos los países de América Latina, a atravesar por una serie de procesos puntuales de reformas del sistema de salud desde la década de 1990 y que pretenden obtener mejoras en cuestión de cobertura, equidad, eficiencia, calidad y eficacia. En este sentido surgieron en la Región varias estrategias para alcanzar estos objetivos, entre ellas, el caso paradigmático de la reforma colombiana, que implementó una agenda basada en modelo que combina el seguro social, con la separación de funciones e introducción de mecanismos competitivos. De la misma manera México ha creado un seguro para los pobres, para cumplir con la meta de mejorar el acceso a salud ²³. Esta misma agenda, en Ecuador, ha estado siempre presente en la agenda de la élite política del país, al mismo tiempo que ha inducido fuertemente a los proyectos de reforma sectorial y

Sin embargo, es importante destacar que el trayecto de estas reformas en el país han sido afectados por una gran inestabilidad política presente en los últimos años. En este sentido, observamos que desde 1996 el Ecuador ha tenido 9 presidentes, de los cuales 3 fueron destituidos como resultado de movilizaciones populares ²⁴. El último episodio ocurrió en el 2005, año en el cual el presidente Gutiérrez, fue destituido del cargo y reemplazado por el entonces vicepresidente, Alfredo Palacios. Esto llevó, en el 2006, a nuevas elecciones presidenciales, a partir de las cuales, en enero del 2007, asume el poder un nuevo gobierno.

Las tendencias políticas socialistas del actual gobierno, han mudado el contexto en el cual se venían discutiendo las reformas sectoriales en el país. La implantación de una agenda con el formato del Pluralismo Estructurado, como presenta Colombia, se ha tornado prácticamente improbable, pues en su lugar ha optado por la idea de la universalización de la cobertura, tomando como referencia el modelo del sistema de salud brasileño.

Se puede afirmar de esta manera, que el escenario político y de reformas antagónicas inspiradas en los modelos de salud de Colombia y Brasil, han constituido coyunturas significativas en las discusiones sobre las transformaciones del sistema salud en Ecuador.

A partir de lo expuesto, discuto en este trabajo la configuración de estos modelos que polarizan la agenda de reforma de Ecuador, describiendo los dilemas y opciones que éstos han ofrecido a los ciudadanos de ambos países. Para ello, colocaré en evidencia las agendas de reforma de Colombia, con énfasis en el tema de aseguramiento universal con focalización, y de Brasil basada en la universalización sin barreras formales de cobertura. Enseguida presentaré los principales puntos de la agenda de reforma propuesta para Ecuador en el periodo 2005-2008 y señalaré los principales dilemas presentes en el país, frente a las características de las actuales propuestas de reforma y de los actores que actúan en la modificación del *estatus quo* a través de las mismas.

Las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina: el caso de Colombia y de Brasil

El pluralismo estructurado en Colombia

En los años 90 Colombia inicia una reforma de su sistema de salud catalogada por la OMS como un ejemplo a seguir por los demás países de la Región por se tratar del modelo que cumple con las directrices establecidas por el Banco Mundial ²⁵ ya que posibilitaría la ampliación de la cobertura con equidad y calidad, principalmente para la población carente ²⁶. El primer paso en la reforma fue el establecimiento de un Sistema General de Seguridad Social, cuyo parámetro de partida se basa en el aseguramiento obligatorio de la población a través de dos regímenes establecidos según la capacidad de pago del contribuyente. En el *régimen contributivo*, aquellos trabajadores formales e independientes con capacidad de pago, se afilian a una Entidad promotora de Salud (EPS), pública o privada, de su elección, mediante el pago del 12% de sus ingresos. En el *régimen subsidiado*, orientado hacia que aquellos que no tienen capacidad para contribuir, los usuarios se afilian a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y sus gastos se cubren con recursos del Fondo de Solidaridad, formado por los subsidios del Estado junto con la contribución del 1% de la prima paga por los afiliados al régimen contributivo. La provisión del Sistema General de Seguridad Social está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas o privadas, que compiten entre ellas para acceder a contratos de prestación con las EPS o ARS. Las IPS además, tienen la obligación de ofrecer un Plan Obligatorio de Salud a los beneficiarios del régimen contributivo (POS-C) y subsidiado (POS-S). El POS-S posee 70% o menos de servicios que el POS contributivo²⁵. Por su parte, la regulación del sistema de salud se lleva a cabo a través del Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional

de Salud y el Consejo Nacional de Salud, en la que cada uno se encarga de vigilar y regular el sistema ²⁷.

Según Hernández ²⁵ básicamente el nuevo sistema de salud parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, como vacunación, vigilancia epidemiológica, prevención y promoción de salud, a cargo del Estado. Según este mismo autor, lo que hace este sistema innovador es la introducción de competencia regulada a través de mecanismos de: 1) aseguramiento obligatorio, 2) creación de un fondo único, Fondo de Solidaridad y Garantía, al que confluyen todos los recursos, y de 3) elaboración de un mecanismo de pago de los aseguradores per capita ajustados por riesgos y promulgación de un paquete básico de prestaciones.

Se entiende que este modelo pretende superar los principales problemas de los sistemas de salud de América Latina a través de un diseño que contempla la presencia, tanto de lo público como de lo privado (pluralismo) con una regulación pública (estructurado) ¹⁶. Para esto, se plantea la configuración, de cuatro funciones básicas separadas: 1) regulación, 2) financiamiento, 3) articulación y 4) prestación de servicios con la finalidad de conseguir una distribución balanceada del poder entre los prestadores, aseguradores y consumidores. Este modelo conserva la focalización hacia los pobres, identificándolos a través de prueba de medios ²⁸ y la reorganización de las prestaciones públicas costo-efectivas de servicios básicos y de bajo costo, creando los llamados paquetes básicos de prestaciones, la focalización de recursos, la descentralización y la creación de mecanismos de competencia entre público y privado. Como consecuencia, el Estado garantiza la provisión de aquellos procedimientos de poca tecnología, a través del refinanciamiento del gasto hacia estos servicios, mientras que el resto de intervenciones, esto es, las de mayor complejidad, son adquiridas, por el usuario, del sector privado de acuerdo su ingreso y preferencia. Según Maciera ¹⁶ estas propuestas provocan la fijación de prioridades en las intervenciones públicas costo-efectivas, menos complejas y prioritarias.

Los resultados actuales de la reforma colombiana han mostrado avances significativos, como en la expansión de la cobertura de aseguramiento ²⁷ donde 62% de la población está asegurada y en la disminución del gasto de bolsillo en medicamentos ²⁹, mientras que el gasto total en salud se ha incrementado progresivamente en los últimos años ²⁷. Según Barón ³⁰ dentro de la composición del gasto total en salud se destaca el

incremento significativo de la participación del gasto total en seguridad social (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de los gastos en salud. Colombia 2000-2006

Gastos en salud	2000	2006	Variación porcentual
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7,7	7,3	-0,4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	16,4	17	+0,6
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	59	43,9	-15,1
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	393	534	+141
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	485	626	+141
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	19,1	14,6	-4,5
Planes privados de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	41	56,1	+15,1
Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto del gobierno general en salud	60,2	72,3	+12,1
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,3	0,0	-0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

Existe, además, una marcada dificultad en la regulación y control del sistema, que se refleja en la evasión de un 49% de los contribuyentes al Fondo de Solidaridad y Garantía y en las dificultades en la identificación y clasificación de aquellos que declaran ser pobres, pues para el 2005, 31% de los clasificados como tales, no lo eran.

Así, el estancamiento de la afiliación en el régimen contributivo incide sobre el sistema financiero, pues ante la falta de estos recursos el Estado tiene que intervenir para poder compensar esta falta, que, junto con la crisis y la falta de crecimiento económico, han provocado el incremento en los gastos en salud.

Por último, la población asegurada bajo régimen subsidiado recibe un paquete de servicios equivalente a un quinto del paquete del régimen contributivo²⁷. En este sentido era esperado un incremento progresivo en las prestaciones contempladas dentro del POS-S, objetivo que no se ha logrado alcanzar, y que provoca grandes inequidades dentro del sistema²⁷.

Como se observa, la reforma de salud colombiana representa un paradigma dentro del marco de reformas al adoptar integralmente una agenda que utiliza estrategias de ampliación de la cobertura por medio de la creación de un seguro nacional de salud y la reorientación de la oferta a través de paquetes básicos de prestaciones; la equidad se alcanza a través de la focalización de recursos hacia los más pobres utilizando el financiamiento público. Para aumentar la eficiencia se establece la competencia entre aseguradoras y proveedoras y la instauración mecanismos de cuasi-mercados, disminuyendo al mismo tiempo el monopolio y promoviendo la recuperación de costos. Por fin, este modelo permite que la reorientación de la oferta pública a la prestación de servicios básicos y de bajo costo, permita mayor cobertura y eficacia.

Los resultados de este modelo se ven reflejados claramente en la disminución del gasto privado y de bolsillo y el consecuente incremento del gasto público (Cuadro 2). Sin embargo, uno de los aspectos más preocupantes del modelo colombiano lo constituyen los paquetes de prestaciones, porque a largo plazo éstos generan barreras de acceso a la población.

La universalización descentralizada en Brasil

En el caso de Brasil el proceso de Reforma Sanitaria, como fue catalogada la reforma del Sistema de Salud a finales de la década de 1980 e inicios de los 90, surgió en este país como una reivindicación por la deuda social y de la seguridad social dejada por la dictadura militar en un periodo de crisis económica y reestablecimiento de la participación democrática favoreciendo la construcción de una nueva constitución.

En este proceso, la profunda crisis financiera de la Previdencia Social (Seguridad Social) generada, en parte, por altos gastos en la compra de servicios, establecimiento de convenios y financiamiento de hospitales con empresas privadas, fue enérgicamente cuestionado por diversos sectores de la sociedad. En un contexto de choque *desenvolvimentista*, abertura e intensa participación social en el que el país se desenvolvía, la participación de grupos sociales, profesionales de salud, educación y seguridad social fue importante al consolidarse posteriormente en lo que denominaron Movimiento Sanitario Brasileño, convirtiéndolo en el actor principal de la reforma política y de salud de este país. El movimiento sanitario brasileño se caracterizó como uno de los frentes de pensamiento y acción popular, cuyos pilares ideológicos marxistas, buscaban la manera de reorientar la organización corporativista e elitista del modelo político-económico y de seguridad social vigente, caracterizado por la atención,

según la importancia da clientela para o status quo político, y orientación para la acumulación de capital en el área privada con un escaso o nulo reflejo en las mejoras de las condiciones de vida de los brasileños ³¹.

Bajo estos precedentes en 1988 en la Constitución Federal, se establece la conformación del Sistema Único de Salud (SUS), construido sobre los pilares del momento político-social y liderado por el movimiento *sanitarista* brasileño bajo las siguientes directrices de 1) universalización y equidad en el acceso a los servicios de salud, 2) integralidad de los cuidados, 3) reorganización institucional, 4) descentralización político-administrativa y de recursos a través de la implementación de distritos sanitarios, y 5) creación de instituciones colegiadas y participativas ³². Se partió del reconocimiento de la salud como un derecho de ciudadanía y se estableció la integración de la Seguridad social al Ministerio de Salud, lo que trajo consigo la reformulación del concepto de ciudadanía a través de la negación de su regulación por el trabajo formal.

De forma complementar al sistema público, se conservó el sistema privado de servicios de salud. Esto le confiere una característica particular al sistema de Salud brasileño pues el sistema público garantiza subsidios para la compra de servicios y productos al sector privado cuando es necesario, funcionando como un sistema de financiación y de provisión mixta ³³. Su proceso de descentralización se ejecutó a partir de la división de tres niveles de gobierno -Unión, Estados y Municipios- cada uno con su propia autonomía, una función específica y articulados entre si. En este organigrama la Unión, debido a la conformación política Federativa, a través del Ministerio de Salud, se encarga de la coordinación y control del SUS a nivel nacional, así como la regulación del sector privado.

Los Estados son encargados de la coordinación y control de la esfera estadual de salud, mientras que los Municipios se encargan de la gestión, coordinación, organización y desarrollo del sistema municipal de salud que contempla el conjunto de acciones que caracterizan a la atención básica ³⁴.

El sistema el financiamiento del SUS se establece, por lo tanto de forma *tripartita*, descentralizado, con recursos de la Unión, Estados y Municipios, de transferencias de la Unión hacia Estados y municipios, establecidas por 5 bloques de financiamiento: 1) Bloque de Atención básica, 2) Bloque de media y alta complejidad ambulatoria y Hospitalaria, 3) Bloque de Vigilancia en Salud, 4) Bloque de Asistencia Farmacéutica y, 5) Bloque de Gestión. Estas transferencias se dirigen a una cuenta única, en cada Estado

y municipio, a excepción del Bloque de Asistencia Farmacéutica que sigue otras reglas³³. Con esto, en el año 2000 se instituyó una enmienda Constitucional (EC-29) en la cual se establece una participación mínima obligatoria de la Unión (Estado), los Estados, municipios y Distrito Federal en el financiamiento de las acciones y servicios públicos de salud. Además, establece para la formulación del presupuesto del año siguiente el incremento del presupuesto establecido para las transferencias de recursos del Gobierno³².

Entendemos de esta forma, que el SUS constituye una política de Estado representado por un sistema de salud de carácter universal y descentralizado, gracias en parte a su organización política y que dispone de una compleja red de financiamiento estructurada a partir de la constitución de 1988 y de la ley orgánica de salud de 1990³⁵. El SUS ha ido experimentando algunos ajustes y orientaciones a partir de las normas de operaciones básicas (NOBS)³³ de acuerdo a las necesidades que han surgido en el camino, pero conservando básicamente los principios preconizados en la constitución de 1988.

Según el Perfil de sistemas de salud³³ el mayor avance de este sistema es la conquista del acceso a servicios de salud por el 75% de la población que antes era excluida de los programas. Según esta misma fuente, el 25% de esta población utiliza también el sistema privado de seguros de salud. De esta forma, este sector de la población se beneficia de las acciones preventivas, de regulación, vigilancia de la salud que el sistema público provee, y al mismo tiempo de los servicios de mayor costo y complejidad.

Esto no lleva a comprender porque Favaret³⁶ catalogó al SUS como un sistema residual pues la expansión del sector privado, complementar al sistema público, provoca una redistribución de los usuarios dentro del sistema ya que aquellos que pertenecen a los sectores medios se limitan a utilizarlo cuando requieren alta resolutivez, mientras que los más pobres acceden al sistema público a todo nivel. A esto se suma la salida del sistema de los estratos con mayor poder adquisitivo debido a la insatisfacción con los servicios públicos provocada por problemas de calidad de servicio, acceso y eficacia, pues su oferta no crece concomitantemente con la demanda³⁶. En este sentido Bahía³⁷, afirma que la presencia de un sistema público y privado de prestación y organización de redes de servicios genera tensiones entre los diferentes sectores que disputan el predominio del componente público o privado en la salud.

De esta manera, se observa en el cuadro 3 que a pesar de que el gasto público en salud se ha visto incrementado, los gastos de bolsillo también han aumentado, mientras que el gasto privado en salud, a pesar de haber disminuido, continúa alto, lo que refleja la alta segmentación del modelo³⁷.

Cuadro 3. Distribución de los gastos en salud. Brasil 2000-2006

Gastos en salud	2000	2006	Variación porcentual
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7,2	7,5	+0,3
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	5,5	7,2	+1,7
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	62,7	64	+1,3
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	229	367	+138
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	572	765	+193
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	60	52,1	-7,9
Planes privados de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	33,9	33,9	0,0
Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto del gobierno general en salud	0,0	0,0	0,0
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,5	0,1	-0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

Por otro lado, persisten además desigualdades en la oferta y acceso a los servicios de media y alta complejidad, así como en la cobertura de áreas rurales y poblaciones de la región Norte³³. Con respecto a la calidad del sistema, un estudio realizado en el 2003 por el Ministerio de Salud demuestra que el tiempo de espera para exámenes y cirugías son las quejas más frecuentes de los usuarios³³. Sin embargo, vale resaltar que el SUS es un sistema legitimado por la población brasileña, pues el 90% de la población tiene algún tipo de contacto con el sistema³⁶.

Según Bahia y Costa³⁸, existen también otros aspectos que necesitan ser fortalecidos en este modelo, de los cuales podemos resumir algunos de los más representativos, así: a) La necesidad del fortalecimiento de un sistema de protección social integrado e integral orientado hacia la realidad socioeconómica y política de los brasileños, pues sin él no puede existir un sistema universal en salud; b) El fortalecimiento la función rectora del

Ministerio de Salud, que según los autores no ha podido cumplir cabalmente con su papel, debido a la sobre-especialización de sus componentes, como es el caso de la creación de la Agencia Reguladora de Medicina Complementar encargada de la rectoría de la Medicina suplementar que provoca fragmentación del papel regulador y por consiguiente debilitamiento de la base de autoridad coordinadora del Ministerio de Salud; c) En la implementación, debido a la creación de un programa con incentivo a la demanda y copagos por parte de los municipios, el denominado programa de Farmacia Popular.

La reforma sectorial brasileña constituye, al igual que la colombiana, un paradigma de política, pues las estrategias para resolver los problemas de inequidad, fragmentación, segmentación, falta de eficiencia, cobertura, acceso, eficacia y calidad se concretizaron a través de un modelo de universalización sin barreras formales de cobertura. La premisa básica de la que parte esta reforma es la separación de las prestaciones de salud de la seguridad social (pensiones) y su redirección para la creación un sistema público integrado e integral. El sistema se sustenta en el reconocimiento de la salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado, el acceso universal a los servicios y la descentralización tanto de la gestión como del financiamiento, pilares fundamentales del SUS.

Es importante anotar la presencia, en el sistema, de un financiamiento mixto, público/privado, establecido a partir de la presencia del subsistema de salud suplementar, que también hace las veces de prestador del sistema público y por lo cual recibe subsidios e incentivos fiscales. Todo esto bajo la regulación del Ministerio de Salud.

Como vemos, en general las agendas de reformas surgen como respuesta ante las necesidades y desafíos que los sistemas de salud de América Latina presentan. Sin embargo es importante llevar en consideración, al analizar cualquier agenda, que históricamente los contextos políticos y sociales, propios de cada país, han influenciado de manera definitiva en la adopción de uno u otro tipo de Agenda. En el caso de Ecuador, por ejemplo, estos contextos han llevado al país por un conturbado camino de idas y vueltas en torno a diferentes tendencias reformistas, enfrentando los dilemas institucionales característicos de la organización de los sistemas latinoamericanos como veremos a continuación.

Las reformas de salud en Ecuador: una breve revisión

El proceso de reforma del sistema en Ecuador comienza prácticamente en los años 90 siguiendo la tendencia de los países de América Latina. A partir de esta década podemos identificar, marcadas directrices inspiradas en los parámetros del Pluralismo Estructurado. Esta afirmación se muestra clara cuando en el 2005 se introduce, en el país, el proyecto de reforma al Aseguramiento Universal en Salud (AUS) cuyos principios y directrices se basaron en un sistema de racionalidad pública³⁹. Los objetivos de este programa eran incrementar la cobertura de salud a través de implementación gradual de un seguro universal, que contemplaba el establecimiento de un paquete de prestaciones básicas ofrecidas a través de esquemas de aseguramiento públicos y privados, y la separación de funciones. El acceso a los servicios y cobertura se garantizaría mediante la coordinación y la ampliación de todos los seguros existentes a través de la extensión de la cobertura del IESS a la familia y trabajadores independientes; la ampliación de seguros privados; y, la creación de un quinto seguro, focalizado hacia los pobres, denominado PROAUS³⁹. La separación de funciones estipulaba el establecimiento de proveedores públicos y privados, el fortalecimiento del papel regulador del MSP, la creación de una institución articuladora y la conformación de un Fondo de Nacional de Aseguramiento en Salud (FONAUS) compuesto por fondos provenientes de fuentes públicas, privadas y externas.

Bajo estos preceptos se construiría en el país un nuevo sistema de salud, llamado Aseguramiento Universal en Salud (AUS) cuyo proceso de construcción veremos a continuación.

El proceso político del Aseguramiento Universal de Salud

Para el 2003 el país elige un nuevo presidente, cuyo binomio utilizó como parte de su campaña electoral la propuesta de implantación de un Aseguramiento Universal de Salud (AUS), entendida como la estrategia de la reforma de salud basada en la universalización de la cobertura a partir del aseguramiento en salud, tendencia que llevaba las directrices preconizadas por el modelo del pluralismo estructurado. Sin embargo, al asumir el poder, se produjo dentro del propio Gobierno una pugna de intereses en relación a las estrategias de reforma del sector de salud. Por un lado el vicepresidente, que había sido ya Ministro de Salud, veía con urgencia la necesidad de implementar el programa de Aseguramiento Universal y para esto solicitó directamente al Banco Mundial la reprogramación de los fondos que el Banco daba al proyecto

Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) (entrevista a informantes clave realizada en diciembre de 2007). Una vez aprobado, en diciembre del mismo año, el Consorcio Hopkins-Care es asignado para realizar los estudios de diseño del modelo de AUS.

En este contexto, a inicios del 2005, el presidente fue derrocado como consecuencia de una movilización popular que culminó con su salida del poder. Su reemplazo por el entonces vicepresidente, principal *mentor* del programa del AUS (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007) facilitó el proceso del establecimiento del programa, que pasó a ser prioritario en la agenda de reforma del sistema de salud del país.

Como primer paso, ese mismo año se creó la Comisión Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (CONAUS). Al mismo tiempo, el Consorcio Hopkins-Care, contratado con fondos del proyecto del Banco Mundial, entregó los resultados de su estudios y en el proyecto final quedó definida, la gradualidad del proceso, en lo que se refería a población asegurada y paquetes de cobertura, financiamiento, cruce de cuentas entre aseguradoras y proveedores, red de informática nacional, coordinación y acreditación de las unidades de salud^{39, 40}

Para llevar a cabo esta serie de tareas se creó, por decreto ejecutivo, una Institución pública dependiente de la Presidencia de la República, paralela al MSP, denominada Secretaría de los Objetivos del Milenio (SODEM), donde se desarrollarían los procesos de implementación de la política³⁹. Además, el propio presidente determinó que sería esta Institución la que establecería las políticas de salud del país. Esto provocó una serie de conflictos entre el MSP, encargado de la rectoría del sistema de Salud hasta entonces y la nueva SODEM con sus facultades atribuidas por decreto Ejecutivo (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007). Como resultado de este impase, el presidente decide revocar la parte del decreto que permite a la SODEM la formulación de políticas de salud, devolviéndole al MSP esta función. A pesar de ello, varios obstáculos se fueron presentando a medida que el proceso avanzaba, especialmente por la falta de apoyo político partidario al interior de las Instituciones de salud (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007). Sin embargo, y pese a este ambiente adverso, el proceso de implementación se inicia, de manera paralela al MSP, a través del establecimiento de convenios junto con la entrega de recursos, financiados por el Banco Mundial, para las tres principales ciudades del país, Quito, Guayaquil y

Cuenca. Es en este momento en el cual se hace evidente la participación privada dentro del sistema, lo que conllevó a una mayor fragmentación institucional entre MSP y la SODEM pues se entendió a este proceso, como una iniciativa privatizadora (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007). En un segundo momento de la implementación del AUS, se legitima la política del Aseguramiento Universal a través de una consulta popular realizada en diciembre de 2006.

Con todo, este programa se vio estancado cuando el nuevo Gobierno, instaurado en enero del 2007 y de base política socialista, veta la propuesta de Ley del Aseguramiento universal y decide suspender todas las actividades del AUS, por ciertos compromisos asumidos con determinados actores del MSP en su campaña hacia la presidencia (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007), y al mismo tiempo entendiendo que la introducción del AUS significaría la privatización del sistema de salud. Se inicia entonces un nuevo proceso de reforma basado en el fortalecimiento del sector público, orientado hacia una universalización de la cobertura a partir de una alianza entre la Seguridad Social y el MSP.

La apuesta en la idea de una reforma sectorial pública unificada

La tendencia socialista del nuevo gobierno y su mayoría partidaria dio un nuevo rumbo a la reforma del sistema de salud. En primer lugar se dismanteló la maquinaria institucional montada por el gobierno anterior, dando continuidad a los convenios establecidos con las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, siendo el MSP responsable por la entrega y vigilancia de estos recursos, con excepción de Guayaquil, cuyas prestaciones continúan siendo privadas bajo la regulación del propio Municipio de la ciudad (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007). Al mismo tiempo el Gobierno Nacional suspendió todos los convenios con el Banco Mundial y se retiraron a sus técnicos del país.

El nuevo gobierno inició sus actividades en enero del 2007 dando énfasis a una política de extensión de la protección social, que significa establecer una red pública de servicios de salud iniciado a través de un programa de cobertura a familias en situación de riesgo y con enfermedades catastróficas y junto con ello declaró a la salud en emergencia, para lo cual contrató médicos de manera temporaria, hasta nuevo decreto.

Debemos anotar que estas acciones se llevaron a cabo en un contexto político potencialmente abierto a transformaciones, en medio de una Asamblea Constituyente que formularía la nueva Constitución del Ecuador. Al término de este proceso, la nueva

carta magna, aprobada por consulta popular en septiembre del 2008, establece a la Salud como un derecho, garantizado por el Estado, así como la conformación de un Sistema Nacional de salud con base en la atención primaria y comunitaria integrada con los diferentes niveles del sistema, basado en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ⁴¹. Al mismo tiempo, promueve la participación ciudadana y el control social. En cuanto al financiamiento del sistema, se ratifica, su provisión Estatal. Para la prestación de servicios se establece una red pública, que será parte del sistema, conformada y articulada por establecimientos estatales, de la Seguridad Social y otros complementarios, incluyendo el sector de mercado ⁴¹, sin dejar en claro como se llevará a cabo esta prestación. La atención será realizada a través de entidades estatales públicas y gratuitas manteniendo las entidades privadas y autónomas ⁴¹. Se establece la permanencia del IESS como responsable de la creación y prestación de un seguro universal obligatorio para sus afiliados. Según este artículo, el seguro se extenderá a toda la población, con independencia de la situación laboral, sin embargo, las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud. Se mantiene, de forma antagónica, la seguridad social de la policía y fuerzas armadas, estipulando que sus entidades formarán parte de la red integral de salud y del sistema de seguridad social.

Con base en la nueva constitución, la actual propuesta de reforma sectorial se basa en el establecimiento de una red de prestadores públicos de salud, integrada por el MSP, los seguros de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y el IESS con el fin de establecer un modelo basado en la integración institucional que implicaría, principalmente, una alianza entre las dos mayores instituciones prestadoras de salud: el MSP y el IESS. Se estima que el proceso de transición planificada durará 6 años, de manera que no se afecten las prestaciones que reciben los afiliados a los sistemas de seguridad social ¹⁹. El resto de la población, la mayoría del país, no afiliada al IESS, irá incrementando progresivamente las garantías explícitas hasta alcanzar equidad con los que hoy tienen más beneficios (entrevista realizada a informantes clave en diciembre de 2007). Además se conserva el sistema de salud complementario, regulado por la autoridad sanitaria y constituido por instituciones de prestación privadas, ONGs y con aquellas entidades que reciben fondos del Estado, se establecerán convenios de prestación de servicios por lo que recibirán prestaciones compensatorias.

Para alcanzar los objetivos de este programa, se parte de una primera fase de fortalecimiento del sistema público, imprescindible ante el progresivo desmantelamiento que ha experimentado en las últimas décadas, a partir del cual se integrarán a éste los seguros de la Policía y Fuerzas Armadas, en ese orden, en un periodo de aproximadamente 4 años. La última fase del proceso de implementación contempla la integración del IESS al sistema hasta alcanzar la meta de un sistema Integral al final de 6 años ¹⁹.

Este último punto, ha causado una serie de debates dentro del país debido a que la implementación de este modelo involucra la separación de las prestaciones de salud de la seguridad social. Es decir, la infraestructura sanitaria del IESS pasaría a formar parte del sistema público y sus afiliados a ser cubiertos por la red pública de salud fortalecida regida por el MSP, mientras que el IESS se encargaría del resto de prestaciones como pensiones, préstamos, seguros de desempleo ¹⁹. Para entender este debate parto de la premisa que el IESS constituye la mayor institución de seguridad social del país, con la segunda mayor infraestructura en salud y, como había anotado anteriormente, subsidia de forma solidaria al Seguro Social Campesino (SSC) que cubre, entre otros beneficios, las prestaciones de salud de los trabajadores de las áreas rurales sin necesidad de vínculo formal de trabajo, aproximadamente 20% de la población ecuatoriana. Esto consolida al IESS como una institución fuerte dentro del sistema de Seguridad Social del país, y una de las pocas que garantiza efectivamente las prestaciones de salud a sus afiliados.

Este contexto ha llevado a una discusión que gira en torno al tema de la integración del IESS al sistema público de salud. Los argumentos presentados se basan en que tal integración constituye un retroceso para los afiliados al IESS, pues la propuesta exige de ellos hacer parte de un sistema público de salud que no ofrece las condiciones necesarias para prestar una cobertura universal. En este sentido, Jaime Breilh ⁴² argumentó que el proceso de integración del IESS al MSP constituye un revés para aquellos afiliados al Seguro Social, pues para él establece una estrategia de igualar hacia abajo.

Esto invita a discusión más profunda del dilema que constituye la adopción de un modelo de salud que se basa en la integración institucional, y que involucraría una reforma también del sistema de pensiones.

Para comprender la situación de los tres casos considerados paradigmáticos en este estudio, Colombia y Brasil, a continuación presento el cuadro 3 con la estructura organizacional de sus modelos de salud en perspectiva con el actual y el “futuro” modelo de salud ecuatoriano. A partir de esta colocación discutiré los dilemas de la actual reforma de salud del Ecuador.

Cuadro 3. Organización de los modelos de salud de Brasil, Colombia y Ecuador

Componentes	Brasil	Colombia	Ecuador.	
			Sistema Actual	Proyección para 2014
Organización	Sistema Único de Salud	Sistema Nacional de Seguridad Social	Sistema Nacional de Salud.	Sistema Nacional de Salud
Paquete de prestaciones	No posee.	Limitado	No posee.	No posee
Cobertura	Universal	Aseguramiento focalizado	Pública, corporativa, privada	Universal
Financiamiento	Público (impuestos) y privado	Público	Público, seguridad social, privado (<i>out of pocket</i> , prepagas)	Público
Rectoría	Ministerio Salud	Ministerio Salud	Ministerio Salud	Ministerio de Salud
Prestación	Pública y privada	Seguridad Social Competencia regulada entre aseguradores y prestadores públicos y privados	Pública, mixta (instituciones privadas con subsidios estatales) seguridad social, privada, <i>out of pocket</i>	Pública y privada
Integración Institucional	Si	No	No	Si
Descentralización	Alta	Alta	Baja	Sin mención
Gasto total en salud como % del PIB*	7,5%	7,3%	5,4%	4,14% del PIB de este año.
Gastos de bolsillo como % del gasto privado en salud *	64,0%	43,9%	85,6%	Sin proyección
Gastos privados en salud como % del gasto total en salud*	52,1%	14,6%	56,4%	Sin proyección
Gastos Seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud*	0,0%	72,3%	41,4%	Sin proyección

Fuente: 1. Elaboración propia y <http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp>

*Datos del 2006

Conclusiones Generales

El Ecuador históricamente hereda una concepción de organización en salud que, partiendo de su realidad política, social, y económica, se ve enfrentando a la fragmentación y segmentación del sistema, a las deficiencias en acceso y participación pleno de su población. Su alto gasto de bolsillo y modelo de ciudadanía regulada precisan la construcción de medidas que superen las limitaciones inherentes del sistema, a saber, resolver mínimamente los problemas de salud de los ecuatorianos y adecuar el sistema a su propuesta de organización y desarrollo de Estado.

Ante esto, tanto los modelos de reforma brasileño como colombiano surgen como paradigmas en la idea de superar los principales problemas que presenta el sistema de salud del Ecuador: segmentación, fragmentación, baja cobertura y acceso de la población pobre, así como eficiencia y calidad. La divergencia entre estas dos propuestas está en las estrategias utilizadas para superar estos desafíos.

Por un lado tenemos aquella que parte de la premisa del establecimiento de políticas focalizadas y la idea de competencia regulada, como preconiza el pluralismo estructurado y por otro tenemos aquella que universaliza la cobertura pública y promueve la integración institucional a partir de la disolución de las prestaciones de salud por parte de la seguridad social junto con un alto grado de descentralización en la gestión así como en su financiamiento.

Para Ecuador el dilema gira en torno al hecho de que la adopción de un sistema que introduce un modelo focalizado, de *cuasimercado*, que limita la provisión de servicios de salud a través de la creación de paquetes de prestaciones, como el colombiano, exige ciertas pre-condiciones institucionales a un país cuya organización institucional y financiera es muy limitada, con una baja, o casi nula capacidad implementación y regulación y que por sobre todo está a merced de ciclos económicos e inestabilidad política.

Por otro lado, modelo no pone en conflicto a la Seguridad Social, pues esta agenda nunca amenazó las prestaciones de la Seguridad Social ni sus afiliados, lo que parece “facilitar” de alguna manera su implementación, pues no crea conflictos con el sistema establecido.

El otro dilema presente, el de unificar el sistema público, implica altos costos de inversión y transacción, que requiere de una maquinaria institucional fuerte, en Ecuador históricamente debilitada. Pero por sobre todo requiere de consensos entre los individuos, desafío importante que debe ser tomado en cuenta en este proceso. Recordar que este tipo de sistema exige una cuota de sacrificio de algunos de los integrantes de la sociedad, lleva a pensar en los pactos que necesitarán ser establecidos en una sociedad en un escenario determinado¹⁵. Frente a las limitaciones internas en un país como Ecuador, y las dificultades que el mismo sistema político ofrece, resta establecer la cuota de sacrificios que será necesaria. Se pregunta entonces, ¿cuánto están dispuestos los 20% de trabajadores y sus familias, cubiertos por el IESS, a dejar de ser atendidos por esta institución y pasar a hacer parte un sistema público, cuya imagen está totalmente desgastada?

La nueva propuesta de salud, inspirada en el modelo brasileño, que trae implícita esta pregunta, genera un conflicto que supone la pérdida de poder de los trabajadores frente a un derecho conquistado, premisa que finalmente pesa a la hora de crear consenso entre los actores institucionales. En este sentido la discusión de los costos que el sistema brasileño tuvo al disolver las prestaciones de salud de la previdencia, se hace necesaria. En Brasil, la salida de los trabajadores formales, que formaban parte de la previdencia, hacia un sistema público que no tenía la capacidad de garantizarles una cobertura universal, fue uno de los tantos factores que contribuyó a la adopción de un sistema complementar de salud, que cumple con la función de cubrir a aquella población que por diversas razones no entró al sistema público. A la larga, la presencia de un sistema de salud complementar han convertido al SUS en un sistema híbrido, con componentes públicos y privados que generan constantes tensiones en cuanto al futuro del modelo.

Es por esto que la discusión de una agenda universalista no puede dejar de lado la cuota que los actores institucionales y sus propios intereses deberán pagar para romper el *estatus quo*. Por esto, tomar en cuenta la arena política en la cual se desarrolla el debate es de vital importancia a la hora de discutir las propuestas, pues serán los valores de los actores tomadores de decisión de las élites burocráticas dentro de este contexto social lo que permitirá una discusión más abierta. Al mismo tiempo, es importante llevar en consideración lo que Esping-Andersen concluía al referirse a los contextos políticos que operan en América Latina. Para el autor, los mecanismos políticos e institucionales de representación de interés y de construcción de consenso político interfieren en la

conducción de objetivos de bienestar, y apunta que uno de los mayores desafíos en países con instituciones débiles, como el Ecuador, es la capacidad de negociación de acuerdos entre intereses conflictivos ⁴³. Esto lleva entonces a que la propia organización institucional, sin poder, y fragmentada resuelva sus conflictos y realice negociaciones por medio de *lobbies* de grupos de interés, en busca de acuerdos puntuales, mecanismo que no cabe frente a las necesidades de reforma del sistema. Como resultado de esta organización, son muy pocos los favorecidos con estas medidas, llevando al malestar general y exponiendo al mismo tiempo la falta de gobernabilidad interna, pues ni los propios *policy makers* han logrado crear a un contexto en el cual los gobiernos respondan a las necesidades de la población en general.

Si la propia democracia permite este tipo de esquema político, es decir la formación de coaliciones y alianzas con intereses únicos que tiran para su propio lado, una salida a este esquema sería el fortalecimiento de aquellas instituciones participativas que incentiven la intervención de la población en aquellos asuntos que les son de interés.

A pesar de que la formulación de políticas en Ecuador, se encuentra todavía en las élites del poder y en salud específicamente en las élites técnicas y burocráticas, hace falta difundir las propuestas a la población, crear espacios de discusión, alianzas, a todos los niveles de acción donde se establezcan las prioridades y se promulguen las acciones. Esto comienza a partir del fortalecimiento de la institución reglamentaria, el MSP. Establecer instituciones fuertes que puedan resistir a los constantes cambios políticos que el país presenta, constituye un objetivo a corto plazo. Mejorar la imagen del sistema público a través del establecimiento de una fuerte infraestructura, y recursos humanos capacitados puede llevar a la consecución de pactos entre los actores de las instituciones en divergencia frente a la actual propuesta. La creación de consensos y una coalición entre los tomadores de decisión, salubristas, estimulando la participación social de todos los sectores del país en la discusión de las propuestas va a generar acuerdos, creando una gobernabilidad interna parece ser el comienzo de cualquier fin.

Además, es importante tomar en cuenta, los instrumentos legales promulgados en la nueva constitución del Ecuador para la consecución de una reforma del sistema de salud. En este aspecto, faltan herramientas que permitan definir el origen de los recursos y financiamiento, factores importantes a la hora de diseñar el sistema, esto puede provocar un retraso en la decisiones que tienen que ser tomadas en la construcción del modelo. Y ya que los vientos de estabilidad política rondan el país, pues una nueva

elección presidencial realizada en abril de 2009 legitimó la continuidad del actual régimen y por lo tanto la vigencia del movimiento de reforma, se hace prioritario el establecimiento de condiciones institucionales que permitan la legitimación de este programa pues cualquier ruptura del actual proceso, como sucedió con el AUS, condenará al sistema de salud del país a la reformulación de su agenda, entrando en un círculo vicioso que no ofrece ninguna solución a la urgente necesidad de reforma del Sistema de Salud del Ecuador.

En resumen, a lo largo del trabajo se ha puesto en evidencia la complejidad de los modelos de salud tomados en consideración para el diseño de la nueva agenda de reforma del Ecuador. Si por un lado, el modelo colombiano está presentando resultados importantes al disminuir el gasto privado y de bolsillo, con incremento de la cobertura, por otro su sistema de paquetes de prestación preocupa, pues a largo plazo, la falta de ampliación de los mismos constituirá una barrera de acceso a la población y está provocando ya problemas de equidad a los servicios.

El sistema brasileño por su parte presenta una dualidad entre lo que está escrito y la práctica, pues su sistema universal permanece híbrido y segmentado en su financiamiento, lo que ha provocado la permanencia de un alto gasto de bolsillo y gasto privado en salud, contrariando así los objetivos del modelo de salud promulgado en este país.

Por todo esto, es necesario que cada país busque un consenso propio, considerando su contexto social, cultural, histórico y económico, para establecer un modelo de salud que permita en un primer momento la ampliación de la cobertura. Los modelos de reforma pre-determinados traen consigo aspectos que no llevan en cuenta el contexto específico de cada país, lo que genera divergencias en su interior y retrasa aún más la adopción de medidas que permitan implementar modelos de sistemas de salud más abarcadores y equitativos.

Referencias Bibliográficas

1. Camejo R, Armando J. Crisis del modelo fordista o Estado de Bienestar en Venezuela. Reforma de la Ley Orgánica del Trabajo 1989-2004. Gaceta Laboral. [online]. Mayo 2005;11(2):230-252.
2. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova. 1991; 24: 86-116
3. Pierson P. Retrenchment and restructuring in an age of austerity: what (if anything) can be learned from the affluent democracies? Cad. De Saúde Pública.2002;18 (suplemento): 7-11.
4. Pierson P. The New Politics of the Welfare State: The welfare state at Century's End, Oxford University Press
5. Mesa-Lago C. Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press;1978
6. Santos, W.G.. Cidadania e Justiça. A Política Social na Ordem Brasileira. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Campus;1987.
7. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública. 2002; 18(4): 905-925.
8. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma, Cad. Saúde Pública. 2000;16(1):95-105.
9. Roberts B. A dimensão social da Cidadania. Rev Brasileira de Ciências Sociais. 1997;33 (12)
10. Theodoulou S, Cahn M. Making public policy. In: Public Policy: The essential readings. New Jersey: Prentice Hall, California State University; 1995. p. 87-96
11. Ikenberry J. The International spread of privatization policies: Inducements, learning, and "policy bandwagoning. In: Suleiman E, Waterbury, J. The political Economy of public sector reform and privatization. Boulder: Westview Press; 1990. p. 88-110
12. Melo M, Costa N. A difusão das reformas neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: Reis E, De Almeida M H, Fry P org.. Pluralismo, espaço social e pesquisa. São Paulo: Editora Hucitec;1995. p.153-173.
13. CEPAL. Las reformas de Salud y la modificación de los principios de seguridad social In: Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social; 2005. p. 29-38.
14. Levcovitz E, Noronha J. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito á saúde. In: Guimarães R, Tavares R. org. Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco/ IMS/Uerj. p. 73-111.
15. Almeida C. Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas, In: Bienestar y Política social. 2006; 2(1):135-175

16. Maciera D. (Banco Interamericano de Desarrollo). Actores y reformas en salud en América Latina. Marzo 2007. Nota Técnica de Saúde No. 1/2007
17. Londoño, JL; Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America In: Health Policy. 1997 Jul; 41(1): 1-36.
18. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador, 2da. Ed, noviembre 2001. Disponible en: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddeecuador-ES.pdf>
19. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (CONASA). Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. Quito: 2008.
20. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas, 2007. Vol I-Regional. Washington DC. 2007. Capítulo 4, las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud; p. 315-405.
21. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas. Quito: 2007. 453p.
22. WHOSIS: WHO Statistical Information System [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2009- [Tabla]; [citado en 2008 Dic 16]. Disponible en: <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>
23. Frenk J, Gonzalez E, Gomez O, et al. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Documento de trabajo para la conferencia Internacional Evidencias para la Reforma de los sistemas de Salud. Octubre, 2006. Mexico.
24. Political database of the Americas [Internet]. Georgetown University. 2007- (accesado 13-03-2009). Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Executive/Ecuador/pres.html>
25. Hernandez M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia, Cad de Saúde Pública. 2002;18(4):991-1001
26. Almeida C. Equidade e reforma setorial na America Latina: um debate necessário, Cad de Saúde Pública. 2002; 18(supl): 23-36
27. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam de Salud Pública. 2005 Mar;17(3): 212-220
28. Bitrán R, Muñoz C (Iniciativa Regional de Reforma de sistemas de salud LACRSS). Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de experiencias. United States Agency for International Development [USAID]:2000. 29p. Contrato no. HRN-C-00-95-00024, financiado por USAID bajo el contrato no. HRN-5974-C-00-5024-00.
29. Zambrano A, Ramírez M. ¿Qué muestran las *Encuestas de Calidad de Vida* sobre el sistema de salud en Colombia?, Cad. De Saúde Pública. 2008; 24(1): 122-130
30. Baron L. G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. Rev. Saúde Pública. Jun 2007; 9 (2):167- 79.
31. Oliveira, J, Teixeira, S. Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973). In: Oliveira J, Fleury M, org. (Im) Previdência Social Brasileira. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes; 1986. p. 201-234.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas, Brasília, 2000.

33. Organização Panamericana de Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança. Washington, D.C.: 2008. 58p.
34. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília: 2003.
35. Brasil. Presidência da República. <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>
36. Faveret, Oliveira J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados Rev Ciências Sociais* 1990;33(2):257-283.
37. Bahia, L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. *Saúde e Sociedade*, 14(2) 2005: 9-30.
38. Bahia L, Costa N, Van Stralen C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup.) 2007: 1791-1818.
39. Ecuador. Presidencia de la República Del Ecuador. Programa de Aseguramiento Universal en salud (AUS). Primera Edición. Quito: Itapoa; 2006. 130p.
40. Vicepresidencia de la República del Ecuador (Consortio CARE Ecuador y Universidad Johns Hopkins). Estudio sobre la identificación del universo de población descubierta y potenciales beneficiarios del AUS. Quito: 2004 dic 23. p.30. Reporte No. MSP/MODERSA/CS/201/04.
41. Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Quito; 2008 <http://www.presidencia.gov.ec/> (accesado en noviembre de 2008)
42. Breilh J. ¿Qué se busca con el IESS?. *El Telégrafo* [Internet]. 2008 Jun 11 [citado 2009 Mayo 19]; Opinión [una columna]. Disponible en: http://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnista/archive/opinion/columnistas/2008/06/11/BF00_Qu_E900_-se-busca-con-el-IESS_3F00_.aspx. Tomada de la edición impresa del 11 de junio del 2008.
43. Esping- Andersen G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial, *Lua nova* 35, 1995: 74-111.