

SOCIALIZACION DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR

I I I.— FINANCIAMIENTO

Drs. MARIO PIÑEIRO, MERCEDES SARAVIA
y Lcdo. HECTOR OLMEDO

Sociedad de Salubristas, Quito

En el Ecuador es absolutamente difícil cuantificar lo que realmente se está invirtiendo en el campo Salud, por la cantidad de Instituciones, Organismos e individuos que realizan acciones de salud. Desde luego, al hecho se complica aún más, por cuanto no se ha establecido con precisión los límites del sector y ésta la razón inclusive para la duplicación de esfuerzos en determinadas áreas y la no menos frecuente invasión de actividades de una Institución en las de otra.

Intentando el más amplio concepto en este campo, podríamos decir que en nuestro país, al sector Salud corresponden "TODAS LAS ACCIONES DESARROLLADAS POR EL EQUIPO DE SALUD, EN SU AFAN DE PREVENIR LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES, TRATAR ENFER-

MOS, REHABILITAR MINUSVALIDOS Y OTRAS ACTIVIDADES COMO: ALIMENTACION SUPLEMENTARIA, PLANIFICACION FAMILIAR, INSPECCION SANITARIA, SEGURIDAD, CONTAMINACION, Y SANEAMIENTO AMBIENTAL".

Cierto que la vivienda, vestido y nutrición guardan estrecha relación con la Salud Pública; mas, en nuestro país existen ya Ministerios e Instituciones poderosas y bien organizadas que pueden abordar el problema y de hecho, aunque lentamente se encuentran en franco desarrollo.

Hasta el momento las mayores inversiones en salud se han destinado al campo de la medicina curativa, en tanto que las inversiones en preventiva han sido mínimas. Se explica el fenómeno en función de prioridad y dispo-

nibilidad económicas; mas, si creemos que se ha exagerado un tanto y que estamos en el momento preciso de introducir los cambios necesarios. Tampoco debe perderse de vista un hecho innegable y que se ha demostrado ampliamente en el mundo; mientras mayor es el ingreso de la gente, más invierte en educación y salud, liberando al Estado de un significativo egreso por estos conceptos.

“En los países en desarrollo, el sector salud está muchas veces en una situación desventajosa en su proceso de búsqueda de mayores recursos financieros, debido a la opinión ampliamente generalizada de que la atención en salud es básicamente un bien de consumo y no de inversión. Si bien es criticable la **INSENSIBILIDAD ETICA** (1) de este punto de vista, la situación prevalecerá en muchas decisiones sobre asignación de recursos, a menos que lo permita efectivamente la capacidad productiva de la economía”.

En nuestro país se cumple desgraciadamente la afirmación precedente y es que quizá no hemos “valorizado” lo que es y significa la medicina en la elevación de la producción nacional y quizá no lo hemos hecho porque a nuestra manera de ver, el asunto es tan obvio que no necesita ni siquiera ser mencionado. De ahí que esta omisión debemos aceptarla básicamente los salubristas y dedicar tiempo a un estudio lo más real posible, capaz de convencer a quienes aún son escépticos.

Si lo que se gasta en salud de hecho es una inversión, dentro de ellas, es mucho más productiva, la que se hace en saneamiento ambiental y más servicios preventivos.

“No hay duda que el estado de salud y el ingreso afectan la demanda de atención en salud tanto de individuos como de grupos y de la sociedad, expresada en última instancia mediante la asignación de parte de sus respectivos ingresos para la adquisición de este bien. Un determinante adicional, sin embargo, es la educación. Mientras más educada es la gente, menor su probabilidad de enfermarse; no obstante, personas educadas tienden a demandar mayor cantidad de servicios de salud” (1).

Por otro lado y ya lo hemos anotado anteriormente, otro determinante que incide en la demanda de servicios es la accesibilidad y descontada ésta, la calidad y cantidad de servicios ofrecidos.

Revisadas estas determinantes, tanto las dependientes del usuario como las del servicio, debemos preguntarnos cuánto debe gastar nuestro país en salud y cómo financiarlo.

Para el efecto analizaremos lo que actualmente existe y cómo se financia. Haremos un esfuerzo por registrar la mayoría de servicios y su fuente de financiamiento.

(1) El subrayado es nuestro.

(2) Dieter K. Zschock, Ph. Dr.: “FINANCIAMIENTO DE SALUD EN EL TERCER MUNDO”.

(1) Dieter Zschock Ph. Dr. op. cit.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Indudablemente es el Organismo llamado a atender a la mayor parte del pueblo ecuatoriano en lo que se relaciona con medicina curativa y de rehabilitación, y prácticamente al 100% cuando hablamos de medicina preventiva y saneamiento ambiental.

Se financia prácticamente en su totalidad con FONDOS DEL ESTADO y en pequeña proporción con tasas y pequeñas contribuciones de los que reciben el Servicio, siempre y cuando a criterio de Trabajo Social estén en capacidad de pagar.

FUERZAS ARMADAS

Atiende a un pequeño porcentaje de población que corresponde a militares en servicio activo y una pequeña proporción de familiares y particulares, que desde luego pagan por la atención. Se financia en su totalidad con FONDOS DEL ESTADO y la cotización de sus derechohabientes.

POLICIA

Funciona de manera similar a los servicios militares y tienen igual financiamiento. Atiende así mismo a una pequeña proporción de ecuatorianos.

JUNTA DE BENEFICIENCIA

Trabaja exclusivamente en la provincia del Guayas, atiende más o me-

nos al 60% de la población de la región y se financia básicamente con lo que produce el juego de la Lotería a nivel nacional.

I.E.S.S.

Con su "seguro de enfermedad" da atención médica al 7% de la población ecuatoriana y se financia con el 3.41% del APORTE PATRONAL (Seguro General).

SOLCA

Institución dedicada a la atención especializada. Se financia con FONDOS DEL ESTADO.

INSTITUCIONES PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO

Atienden más o menos a un 2% de la población. Administradas o regentadas principalmente por misiones de carácter religioso, se financia básicamente con FONDOS DEL ESTADO, y parcialmente con aportes comunitarios y pequeñas contribuciones por servicios.

INSTITUCIONES PRIVADAS CON FINES DE LUCRO

Atienden a una población superior al 10% y se financian exclusivamente con el pago directo de los usuarios.

Si analizamos en orden de importancia las Fuentes de Financiamiento de la Salud, tendremos:

- 1 La fuente principal, primera y mayoritaria corresponde al sector estatal o PÚBLICO: Servicios Médicos del Ministerio de Salud, SOLCA, Servicios Médicos del Ministerio de Defensa, Servicios Médicos del Ministerio de Gobierno.
- 2 Sigue en importancia, a no dudarlo el financiamiento SEMI-PÚBLICO. Departamento Médico del Seguro Social y Servicios Médicos de la Junta de Beneficencia.
- 3 Fuente muy importante y porcentualmente significativa es la cotización directa de los usuarios: Fuerzas Armadas, Policía Nacional limitadamente en los servicios del Ministerio de Salud, Solca y Junta de Beneficencia.
- 4 Caridad y ayuda internacional: Institución religiosa y Organizaciones Internacionales de Ayuda.

Ahora bien, el PRESUPUESTO DEL ESTADO, se está financiando a su vez gracias a los Impuestos Generales, Impuesto a la Renta y en los últimos años con ingresos provenientes del Petróleo. En la última década se ha acudido en forma muy marcada al financiamiento deficitario tan oneroso para el país, y en forma limitada a préstamos de ayuda externa para salud. En uno u otro caso, deben ser pagados por el Estado con los fondos propios de su presupuesto, llegando a constituirse en agobiante carga durante muchos años posteriores a la inversión primaria. El Seguro Social se financia con el aporte de los patro-

nos que pagan porcentualmente en función de las planillas de trabajadores y empleados. La Junta de Beneficencia está usufructuando a nivel nacional un derecho propio del Estado, que se paga mediante la participación voluntaria de un grupo de ciudadanos.

En último término: impuestos, tasas, Loterías, Aportes al IESS y las aportaciones particulares, salen de diferentes grupos poblacionales y en definitiva son pagados por todo el pueblo ecuatoriano, al momento de pagar por bienes y servicios, aunque en la generalidad no paga específicamente para servicios de salud.

Obviamente, si hablamos de socialización, deberá necesariamente aumentar el "esfuerzo de impuestos" y ya no hablando en términos generales, sino en forma específica para Salud Pública. Sólo esta decisión implicaría un movimiento real hacia la socialización del sector salud. Complementariamente y aceptado como sustituto del impuesto no pagado por quienes realmente no pueden hacerlo, particularmente los acciones de salud. Desde luego, el hecho se complica aún más, por cuanto fondos porvenientes del petróleo, en tanto en cuanto estos sean suficientes y necesarios, toda vez que debe tenderse primariamente a elevar el nivel económico de toda la población, a fin de que todos absolutamente estén en capacidad y participen directamente en el financiamiento de la salud.

Desde luego, conscientes de que la realidad actual y la de un inmediato

futuro no nos permitirá un financiamiento total, no puede ni debe desestimarse la auto ayuda comunal y la participación de ayudas internacionales.

SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

Como se ha visto existen en el país una gran variedad de Instituciones creadas con un mismo objetivo y que a la final en un 99% se financian directa o indirectamente con el aporte de los usuarios, lo que en las condiciones actuales se refleja como insuficiente.

Todas las Instituciones de Salud en el país tienen serias limitaciones de cobertura, calidad y oportunidad de servicios y esto obviamente es el reflejo de sus presupuestos y de la carencia de un plan que racionalice el uso adecuado de los recursos disponibles.

Esta multiplicidad de organismos creados por necesidades históricas-geográficas, por presión de grupos o políticas, responden en tanto en cuanto persistan las circunstancias que obligaron a crearlas, pero que de ninguna manera son el reflejo de las reales necesidades del país, de ahí la duplicidad de acciones que se traduce en un bajo rendimiento, subutilización y encarecimiento de sus ya caras acciones. En vez de aunar esfuerzos se encuentran en franca competencia con proliferación de servicios incompletos que limitan la capacidad del médico para poder brindar una mejor calidad

de medicina en forma adecuada, oportuna y eficiente. Citemos por ejemplo la proliferación de laboratorios de diagnóstico, todos pequeños, limitados e incompetentes, catastróficos desde el punto de vista económico y desalentadores desde el punto de vista económico y desalentadores desde el punto de vista técnico-médico, y sin embargo, el País carece de un laboratorio de investigación de enfermedades tropicales, de virosis, de determinaciones hormonales o de inmunología, pruebas que se requieren cada día en mayor número, en forma oportuna y sin embargo, es necesario realizarlas en el exterior a un altísimo costo.

Si analizamos la situación de lo que se viene llamando medicina del campesinado, lo que surgió como extensión de cobertura mediante servicios de atención primaria en el Ministerio de Salud, luego con criterios poco técnicos pero con finalidad política, se lo implementa en el IESS, se crea un programa similar en el Ministerio de Agricultura y se crea FODERUMA en el Banco Central. No es raro que un servicio funcione prácticamente frente al otro y que se establezca una verdadera competencia. Ciertamente que en algo se ha tratado de racionalizarlo; mas, existen normas únicas a nivel nacional?

Aquí la falta de coordinación y un adecuado sistema de financiamiento y uso racional de los recursos humanos de la atención médica. Para dar atención médica satisfactoria y dentro de lo posible "uniforme" a 8 millones de

ecuatorianos, es necesario contar con una cantidad tal de dinero que de ninguna manera el Estado por sí sólo estaría en condiciones de afrontarlo. Ni en los países de régimen socialista y que cuentan con grandes recursos financieros la medicina es gratuita, por lo tanto para financiar el sistema TODOS los ciudadanos deben cotizar ya sea mediante aportaciones individuales o colectivas periódicas (anual, mensual, semanal) o mediante el pago directo por los servicios de salud que recibe, de acuerdo con una escala de precios previamente establecidos y uniformes en todo el país.

EL PRESUPUESTO debe ser suficiente y en estricto orden de prioridades para que no sucedan lo que vemos actualmente con las enfermedades diarreicas que a pesar de ser la primera causa de mortalidad en el país y que los niños menores de 4 años son sus principales víctimas, se dedica más atención y dinero a implementar la infraestructura y tratamiento del cáncer, por lo que en una sola ciudad existen cinco bombas de cobalto, todas subutilizadas, con un costo de operación tan elevado que precisamente las personas de medianos recursos económicos y las de bajo ingreso no puedan beneficiarse de estos avances tecnológicos de la medicina a pesar de ser quienes más los necesitan.

El sistema único de Salud evitaría con su normatización el desperdicio de los recursos y la duplicidad de acciones de las diferentes Instituciones

existentes, haciendo más trascendente su labor y efectivas sus acciones; en otras palabras, se reacionalizaría la utilización de los recursos humanos, materiales y de infraestructura actuales y se crearía tan sólo lo indispensable para una buena prestación de salud.

Como la calidad de la atención médica depende en gran parte de los medios con que se cuenta tanto en infraestructura como en equipos y materiales hace que el desarrollo de las aptitudes del médico estén directamente relacionadas con el grado de desarrollo que éstas instituciones tengan; de ahí que el prestigio profesional se lo adquiere en Instituciones mejor equipadas y se lo mide por los ingresos, esto sucede actualmente con médicos del IESS y de las Fuerzas Armadas que son instituciones que cuentan con mejores medios para que el médico alcance un mayor desarrollo profesional, tanto institucional como particular, estas "élites" de médicos obviamente por su mejor preparación exigen mayor cotización por la prestación de sus servicios particulares; para regular estas gradaciones profesionales es necesario que exista un escalafón médico, técnicamente elaborado y que sea lo más equitativo posible, desde luego esto no constituye la solución radical del problema, pero sí corregiría en gran parte las tremendas desigualdades existentes.

Finalmente como al socializar una rama o sector de la producción en este caso la medicina los demás sectores no socializados dan lugar a la apari-

ción de diferentes estratos socio-económicos que reclamarán mejores servicios médicos que aquellos que se encuentran disponibles en forma general; es obvio que para captar esta demanda de grupos económicos solventes aparecerá necesariamente la práctica médica privada fundamentalmente la institucionalizada en centros de diagnóstico, de tratamientos y de especialidades, desvirtuando el propósito y objetivo de la medicina socializada, ya que nuevamente se estaría creando la competencia de instituciones y de capacidades individuales.

Por lo tanto no creemos que socializado exclusivamente una rama de acción dentro del desarrollo nacional, estemos cumpliendo con el objetivo primordial de mejorar las condiciones socio-económicas de los individuos y el bienestar del país en general, en cuanto no mejoren substancialmente los sistemas de financiamiento para que estas acciones se cumplan, y estas desde luego competen a todos los sectores de la producción involucrados en el desarrollo económico social y cultural del país.

No olvidemos que el ejercicio de la democracia pluralista y el libre paso de los partidos políticos exigen un nivel cultural y económico que todavía no hemos alcanzado y que la concentración del poder y medios de producción en el estado nació con el deseo de superar rápidamente el subdesarrollo, en la mayor parte de los casos se ha visto que la realidad viene a contradecir esta afirmación porque el crecimiento socio-económico tiende fre-

cuentemente a seguir una curva inversa a la del refuerzo del poder político. (De la Democracia Un Lujo": Ed. Salvat").

**

CONCEPTO DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

La cobertura es el resultado de una ofesta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud, que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcionen en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable por la misma y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud. En el contexto del desarrollo unificado, el concepto de cobertura de salud traspasa los límites tradicionales de una simple proporción numérica que expresa los servicios prestados en relación con la población.

* IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Washington 26 y 27 de septiembre de 1977.