



¿DESAPARECE EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO?

Los efectos de la política de salud y
seguridad social del gobierno de Alianza PAIS

Ninfa León Jiménez

¿DESAPARECE EL **SEGURO SOCIAL** **CAMPESINO?**

Los efectos de la política de salud y
seguridad social del gobierno de Alianza PAIS

Ninfa León Jiménez

2018

¿DESAPARECE EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO?

Los efectos de la política de salud y seguridad social del gobierno de Alianza PAIS

Autora:

Ninfa León Jiménez

Médica graduada en la Universidad Central del Ecuador; Especialista en Investigación, Epidemiología y Administración de Salud de esa misma universidad; Máster en Ciencias Políticas por la FLACSO Ecuador; Master en Salud Pública por el Instituto Príncipe Leopoldo, Amberes, Bélgica; PhD (c) en Ciencias Sociales por FLACSO Ecuador

Edición:

Juan Cuvi

Imprenta:

Arcoiris Producción Gráfica

Quito, 2018

Agradecemos a fundación Heifer por la imágenes publicadas en este documento.

Primera impresión:

500 ejemplares

ISBN: 978-9978-353-96-7

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud

Toledo N24-660 y Coruña. Teléfono: 29 00 318 (Quito)

Tarqui 13-56 y Pío Bravo. Teléfono 28 33 031/28 45 845 (Cuenca)

Web: saludyderechos.fundaciondonum.org

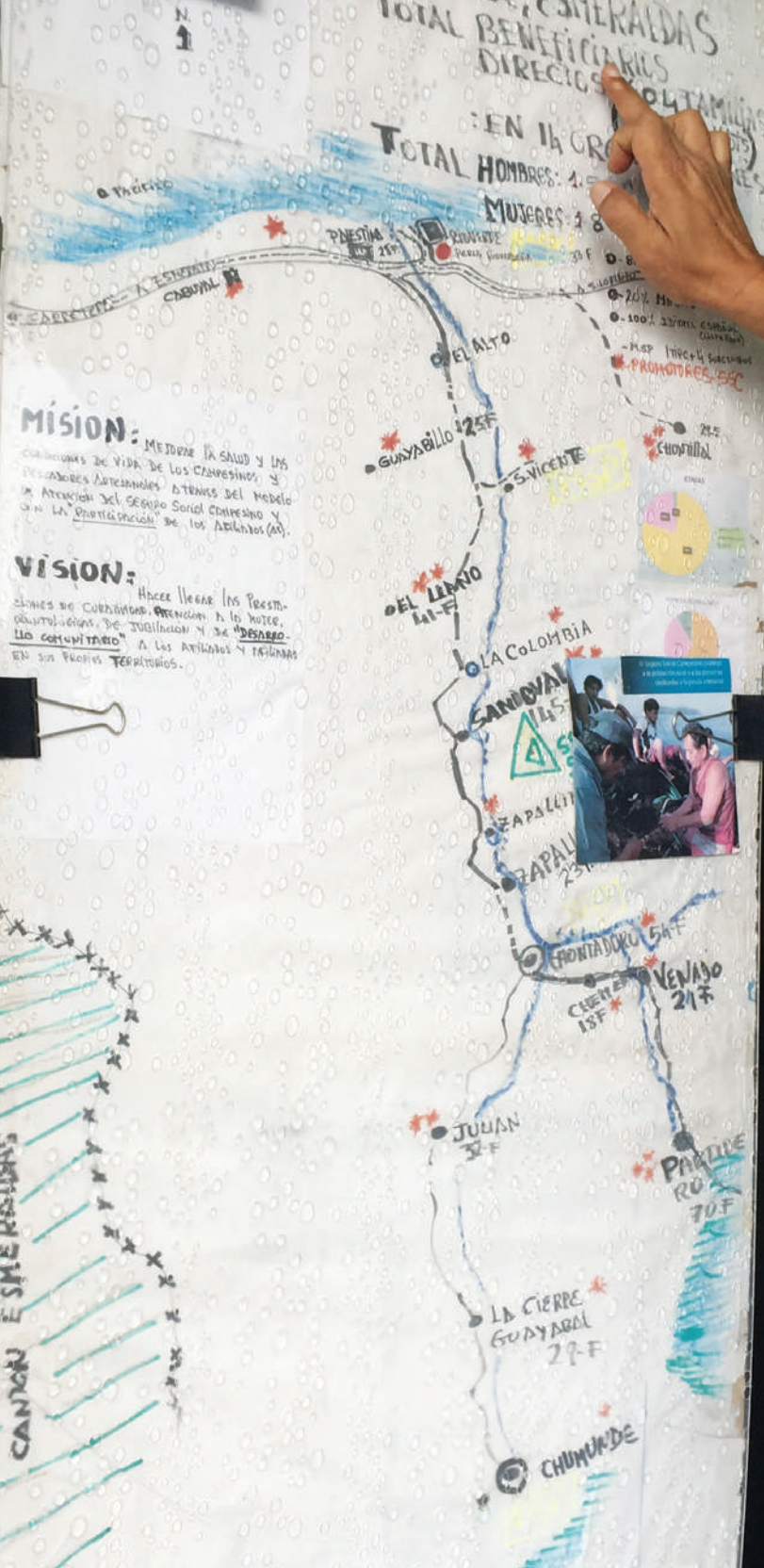
Contenido

Introducción	5
El Seguro Social Campesino: características fundamentales.....	8
La política de salud durante el gobierno de Alianza PAIS: lineamientos básicos.....	13
Primera Fase: Universalización de derechos desde una visión tecnocrática.	14
Segunda fase: Reconocimiento de derechos y fortalecimiento del mercado de la salud.	17
Tercera fase: Universalización de derechos sin sujetos de derechos.	24
El Seguro Social Campesino durante el gobierno de Alianza PAIS.	29
Los cambios en la cobertura.	29
Los cambios en el modelo de atención del SSC.....	35
Las transformaciones de la institucionalidad del SSC.	42
Conclusiones.....	51
Bibliografía.....	57
Lista de entrevistas.....	60

ABIERTO
 SALA SITUACIONAL
 Sandoval-SSC

ZONA de INTERVENCIÓN
SSC SANDOVAL
 RIOVERDE, ESME RAÍDAS

TOTAL BENEFICIARIOS DIRECTOS: 10.400 FAMILIAS
 EN LA GRAN ZONA
 TOTAL HOMBRES: 4.500
 MUJERES: 3.800



MISION: MEDIR LA SALUD Y LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS CHAVESINOS Y DESARROLLAR ESTRATEGIAS ALTERNAS DEL MODELO DE ATENCION DEL SECTOR SOCIAL CONVENCIONAL Y LA PARTICIPACION DE LOS ASISTIDOS (AS).

VISION: Hacer llegar las Prestaciones de Cobertura, Atencion a la MUJER, Oportunidades de Jubilacion y de "DESARROLLO COMUNITARIO" A los ASISTIDOS Y FAMILIARES EN SUS PROPIOS TERRITORIOS.



Para devolver a la vida sus huertos, nidos y sueños





Introducción

El Seguro Social Campesino (SSC) del Ecuador es un régimen de seguridad social dirigido a la población rural más pobre del país inscrita en la economía campesina y que, por lo mismo, no se encuentra inserta en relaciones formales de dependencia laboral. Esta particularidad pautó el diseño y funcionamiento de esta forma de aseguramiento, que tuvo una gran aceptación y fue altamente valorada por la población beneficiaria. En defensa de este seguro sus afiliados protagonizaron diversos tipos de acción colectiva, especialmente a lo largo de la década de los 90. De este modo lograron su permanencia y fortalecimiento frente a las amenazas que representaron las propuestas de reforma neoliberal de la seguridad social de esa época (León, 2018).

Creado en 1968 como un plan piloto en cuatro comunidades campesinas, el SSC fue ampliado a nuevos grupos de la población rural en forma sostenida hasta 1998. Dos períodos son los más importantes en este proceso: entre 1973 y 1978, cuando la cobertura creció en un 784% al pasar de 8.251 a 72.963 afiliados, y entre 1983 y 1988, cuando esta se incrementó en un 174% al pasar de 189.039 a 517.463 afiliados.

En esos mismos años se dio un proceso de fortalecimiento institucional sostenido. El 4 de abril de 1973, el general Guillermo Rodríguez Lara emitió el Decreto Supremo 507, mediante el cual se dispuso la extensión del plan piloto en función de un plan quinquenal.



Para ese efecto se le asignaron mayores contribuciones del presupuesto general del Estado. Luego, bajo el gobierno de Oswaldo Hurtado Larrea, se aprobó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. Con esta decisión se dispuso la ampliación de la cobertura a nuevos tipos de organizaciones y se le dotó de una estructura administrativa consolidada y de mayor jerarquía que las anteriores. Con este fin se creó la Dirección Nacional del Seguro Social Campesino, responsable de la dirección ejecutiva del programa, y la Comisión Nacional del Seguro Social Campesino, como órgano rector encargado de fijar las políticas, normas y reglamentos y de aprobar los planes y presupuestos anuales (Art. 13 de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino). Por último, en 1998, y después de una larga lucha de los afiliados en contra de la privatización de la seguridad social, que implicaba la desaparición del SSC, se lo incorporó en la Constitución de 1998 como un régimen especial del Seguro General Obligatorio. Adicionalmente, se amplió la cobertura a los pescadores artesanales y se incrementaron sus recursos al disponer que todos los seguros públicos y privados aporten para su financiamiento.

Con base en este marco constitucional, en la Ley de Seguridad Social aprobada en 2001, que se encuentra vigente hasta el presente, se consideró al SSC como una de las cuatro direcciones especializadas encargadas de la aplicación del Seguro General Obligatorio, con la misma jerarquía que las direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar, del Seguro General de Riesgos del Trabajo y del Sistema de Pensiones. Por otro lado, se suprimió la Comisión Nacional del Seguro Social Campesino y se centralizaron las decisiones en la Dirección General del IESS (Art. 21 de la Ley de Seguridad Social).

A lo largo de este proceso se consolidó un modelo de atención de salud que integraba todas las prestaciones de este seguro, y que fue crucial para la gestación de la acción colectiva que protagonizaron los afiliados al SSC en este período (León, 2018). Las interacciones que se dieron entre los afiliados y los prestadores de salud generaron un sentido de pertenencia y propiedad respecto del programa, fomentaron la solidaridad y construyeron un sentido de cuerpo entre los afiliados y los equipos operativos. Para los campesinos, las prestaciones del SSC eran parte de los recursos que permitían su reproducción social. Por lo mismo, tenían derecho a esas prestaciones desde su perspectiva de equidad social. Se trataba de la economía moral de los campesinos, a partir de la cual discriminaban entre lo tolerable y lo no tolerable (Scott, 1976). La amenaza de la pérdida de las prestaciones del SSC eran consideradas intolerables. Por lo mismo, los campesinos se movilizaron en su defensa (León, 2018).

Como producto de esta trayectoria, el SSC llegó al siglo XXI bastante consolidado: se había logrado su fortalecimiento institucional inclusive a nivel constitucional, el modelo de atención estaba en pleno funcionamiento, se había llegado a casi un millón de afiliados y se contaba con un marco legal que reconocía a los pescadores artesanales como elegibles para este tipo de régimen. Por otro lado, las organizaciones de afiliados se habían empoderado y habían constituido organizaciones de segundo y tercer grado, que vigilaban la aplicación del programa y velaban por su fortalecimiento.

Sin embargo, la profunda crisis económica de los primeros años del presente siglo impactó en el funcionamiento de todos los servicios del IESS, incluido los del SSC, que experi-

mentaron, entre otros problemas, el desabastecimiento de insumos y medicamentos. El aumento de la cobertura se estancó y en su lugar se dio una disminución del número de afiliados entre 2000 y 2005 (Barreiro, 2004; González, 2005).

Esta situación se transformó con el advenimiento del gobierno de Alianza PAIS, que abrió un período de diez años de estabilidad y crecimiento económico. Se fortaleció el Estado desde una perspectiva centralizadora y modernizadora. Bajo el paradigma del Buen Vivir, instituido en la Constitución de 2008, se apoyó en un inicio las políticas sociales, aunque en un segundo momento se privilegió el cambio de la matriz productiva. En ese contexto se incrementó sin precedentes el presupuesto para la salud y se fortaleció al Ministerio de Salud Pública (MSP) como prestador y rector de la salud.

Uno de los ejes de la política de salud de este período fue la conformación de la Red Pública de Prestadores de Salud. Por su parte, la seguridad social aumentó la cobertura del Seguro General Obligatorio, se restituyeron los préstamos hipotecarios, se creó el Banco del Afiliado y se amplió la red de prestadores de salud por medio de la compra de servicios al sector privado.

A partir de estos antecedentes, el objetivo del presente trabajo es analizar lo que sucedió con el SSC durante ese período, en el marco de las políticas de salud que se aplicaron. Las dimensiones que se analizarán, a fin de tener una visión integral de la orientación de los cambios instaurados, serán: coberturas de aseguramiento, modelo de atención y desarrollo institucional.

Este trabajo es de tipo introductorio. Para su realización se hicieron revisiones documentales de fuentes primarias y secundarias y entrevistas a informantes clave. Se parte de una descripción general del SSC para luego revisar la política de salud aplicada, a fin de contar con un contexto general a partir del cual se analizarán cada una de las dimensiones mencionadas. Se pretende identificar las particularidades de la política aplicada durante el gobierno de Alianza PAIS en relación con el SSC y sus implicaciones para el desarrollo de este régimen de seguridad social. En la última sección se ensayan algunas conclusiones.





El Seguro Social Campesino: características fundamentales.

El SSC es un régimen especial del Seguro General Obligatorio encargado de la protección de la población rural y de las personas dedicadas a la pesca artesanal¹. Ofrece prestaciones de salud y cubre las contingencias de enfermedad, invalidez, discapacidad, vejez y muerte (Art. 373, Constitución de la República del Ecuador, 2008). En su inicio estuvo dirigido a “campesinos autónomos que viven en comunas campesinas y que se dedican a faenas agropecuarias para autoconsumo y pequeño comercio” (Cuvi, 1975:41).

Posteriormente, la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino, promulgada en 1981, amplió la posibilidad de pertenecer a este seguro al incluir, a más de los miembros de las comunas, a los de otros tipos de organizaciones como las “cooperativas, asociaciones o cualquier otra forma de organización popular campesina”; incluso permitió el involucramiento de “familias que sin pertenecer a ninguna forma de organización popular manifiesten la voluntad de afiliarse al Seguro Social Campesino” (Art. 1, Ley de Extensión del Seguro Social Campesino).

En los dos marcos normativos citados la condición para ser beneficiario del SSC era ser campesino sin relación de dependencia y preferentemente miembro de una organización social de cualquier tipo. La Ley de Seguridad Social, aprobada en 2001 y que rige hasta el presente, eliminó este último requisito al decir solamente que “son beneficiarios del Seguro Social Campesino el jefe de familia, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos y familiares que viven bajo su dependencia, acreditados al momento de la afiliación o en algún otro momento anterior a la solicitud de prestación con una antelación no menor a tres meses” (Art. 128, Ley de Seguridad Social). A pesar de ello, y según los procedimientos de afiliación, la pertenencia a una organización social sigue siendo un requisito obligatorio.

La población beneficiaria del SSC es la más pobre del área rural. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de 1995, más del 60% de toda la población cubierta por el SSC pertenecía al quintil uno y dos de ingreso per cápita de los hogares. Para el año 2013 era aproximadamente el 60%, lo que sugiere que el SSC se mantiene como un régimen de afiliación dirigido a esa población. Sin ser un programa focalizado, que parte de la identificación de los beneficiarios (como lo plantean las propuestas de política social neoliberales), logra orientarse en forma casi natural hacia los sectores campesinos-indígenas del país, que son los más pobres. Esto es posible gracias a las características que se derivan de la forma de organización social de estos sectores.

1 La inclusión de los pescadores artesanales como beneficiarios del SSC se dio a partir de la Constitución de 1998.

El SSC es un seguro voluntario cuyo sujeto de afiliación es la organización social². Cada organización debe suscribir un convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) para ser incorporada a este régimen de aseguramiento. A través de este instrumento legal se compromete a donar un terreno para la construcción de la unidad de salud, a aportar con mano de obra y materiales locales para su construcción y a colaborar con el mantenimiento de la infraestructura en forma permanente. Además, debe responsabilizarse de la recolección de los aportes y de su depósito en las instancias correspondientes, así como del control de los ingresos y egresos de los afiliados. También participa activamente en los procesos de planificación, seguimiento y control de la provisión de las prestaciones.

La organización social juega un papel activo a lo largo de todo el proceso de aseguramiento. Esto tiene efectos no solo en su fortalecimiento, sino también en el desarrollo de un sentido de pertenencia de los afiliados y hasta de propiedad respecto del SSC (León, 2018). Se trata de un modelo de política pública participativa por medio de la cual el Estado reconoce a las organizaciones de afiliados como sujetos de la política. Al hacerlo contribuye a su constitución como actores deliberantes, aspecto central para el ejercicio y exigibilidad de los derechos a la salud y la seguridad social y para la profundización de la democracia.

El SSC es un seguro que cubre a todos los miembros de la familia campesina: el padre, la madre, los hijos e hijas y todos los que viven bajo el mismo techo. De esta forma, asume la perspectiva de los afiliados y se ancla y fortalece la solidaridad familiar. Se articula en forma natural al funcionamiento de la economía campesina, donde “la granja campesina es la unidad básica de la propiedad de producción, consumo y vida social de los campesinos. El individuo, la familia y la granja aparecen como un todo indivisible” (Shanin, 1979: 217).

El SSC protege contra las contingencias de enfermedad, maternidad, vejez, discapacidad y muerte. Todos los miembros de la familia campesina acceden a las prestaciones de salud y maternidad, las cuales incluyen actividades de promoción y prevención de la salud, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, atención odontológica preventiva y de recuperación, atención del embarazo, parto y puerperio. La pensión de jubilación por vejez y por invalidez se entrega exclusivamente al jefe de familia. Existe además un auxilio pecuniario para funerales (IESS, 2015).

2 En la Ley del Seguro Social Obligatorio, vigente hasta 2001, al abordar el campo de aplicación decía que “la protección del Seguro Social Campesino comprende a todos los miembros de comunas, cooperativas, comités o cualesquiera otras formas de organización popular campesina de carácter permanente con sus respectivas familias. Igualmente, al campesino que, sin pertenecer a aquellas, manifieste la voluntad de afiliarse a este sistema.” (Art. 106). La Ley de Seguridad Social aprobada el 13 de noviembre de 2001, y vigente hasta el presente, cambió el sentido respecto del sujeto de afiliación al referirse a los beneficiarios en los siguientes términos: “Son beneficiarios de las prestaciones del Seguro Social Campesino el jefe de familia, su cónyuge o conviviente con derecho y sus hijos y familiares que viven bajo su dependencia, acreditados al momento de la afiliación o en algún otro momento anterior a la solicitud de prestación con una antelación no menor a 3 meses” (Art 128). A pesar de ello, la reglamentación se mantuvo como al inicio, asumiendo como sujeto de afiliación a la organización social.



Las prestaciones se nuclean en torno a la atención de salud y maternidad a través de un modelo de atención integral, integrado y participativo. Es integral porque incluye actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud. Esta perspectiva inserta a los equipos operativos del SSC en la gestión de una amplia gama de actividades relacionadas no solo con la curación de la enfermedad, sino también con los determinantes y condicionantes de la salud. Es decir, les involucra en la problemática del desarrollo local.

El modelo es integrado porque, para garantizar la resolución de los problemas de salud, permite referir desde los dispensarios de salud comunitarios, que son la puerta de entrada al sistema, a la red de servicios de mayor complejidad del IESS³. También es participativo porque en todo el ciclo de gestión del modelo de atención participan los afiliados a través de su organización social.

Dos condiciones han permitido que las características mencionadas puedan darse: la continuidad de la atención, y la adscripción de una población específica y cerrada a cada dispensario de salud. Lo primero se refiere a una continuidad de la atención de salud a lo largo de uno o de diversos episodios de una misma enfermedad o de distintas patologías. Esto ha sido posible gracias a la permanencia del personal de salud. Las auxiliares de enfermería son asignadas a una sola unidad de salud; hasta 1998 tenían la obligación de vivir en la comunidad. Los médicos y odontólogos, si bien han sido itinerantes durante muchos años, es decir que cubrían varios dispensarios, han estado asignados a los mismos lugares por largos períodos de tiempo. Lo segundo se refiere a que cada dispensario médico tiene una población adscrita a esa unidad en forma permanente y exclusiva.

Los dos aspectos mencionados creaban las condiciones para que se desarrolle un conocimiento mutuo entre el personal de salud y la población beneficiaria. Nexos de diverso tipo, más allá de los puramente laborales, se establecían a lo largo del tiempo, generando un espíritu de cuerpo entre prestadores y afiliados que trascendía la separación entre el Estado y la sociedad civil. Este aspecto fue muy importante no solo para mejorar la calidad de la atención de salud, sino también en la creación de los sentidos, afectos y motivaciones que en un momento dado fueron la base de la movilización social de los afiliados en defensa del SSC y en contra de la privatización de la seguridad social (León, 2018).

Un aspecto adicional –y no menos importante que los anteriores, que debe ser señalado– es el enfoque familiar de la atención de salud. Las actividades de promoción, prevención y recuperación tienen como unidad de intervención a la familia campesina, en cuyo contexto se analiza la situación de salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. Las familias están integradas a organizaciones de primer grado, que son los sujetos de afiliación. De esta forma, el individuo es abordado en su contexto familiar y comunitario, lo que permite comprender y acceder al conocimiento de una serie de condicionantes de la salud-enfermedad que operan en cada uno de los niveles mencionados, contribuyendo al diagnós-

3 A partir del gobierno de Alianza PAIS la referencia a prestadores de salud de mayor complejidad ya no se circunscribía solamente a la red de servicios del IESS, sino que se amplió a otros prestadores públicos y privados.

tico y al tratamiento de las dolencias. En congruencia con este enfoque, el sistema de información de salud del SSC ha contemplado desde sus inicios la ficha familiar a nivel de los dispensarios comunitarios.

El financiamiento del SSC proviene de varias fuentes:

1. De las contribuciones de las familias aseguradas, cuyo valor ha variado desde el inicio. Según la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino de 1981, el aporte de la familia asegurada era del 1% del salario mínimo vital. Según la normativa vigente, el aporte mensual de cada familia es del 2,5% de la Base Referencial de Aportaciones y Prestaciones que corresponde al 22,5% del salario básico unificado mínimo (IESS, 2015).
2. Del 0,35% de la materia gravada que aportan los afiliados al Seguro General Obligatorio (SGO) con relación de dependencia y los voluntarios.
3. Del 0,35% de la materia gravada que aportan los empleadores al Seguro General Obligatorio.
4. De la contribución obligatoria del Estado, correspondiente al 0,30% de la materia gravada de todos los afiliados al SGO.
5. De la contribución obligatoria del 0,5% de las primas netas de los seguros directos y de las cuotas de afiliación de las compañías de seguros y de las empresas de medicina prepagada.
6. De una contribución obligatoria del Estado que definirá la Función Ejecutiva en el Presupuesto General del Estado.
7. De una contribución anual equivalente a 288.000 dólares que acredita el Banco Central del Ecuador en una cuenta del Seguro Social Campesino, en función de lo dispuesto por la Ley de Seguridad Social (IESS, 2014).

En consecuencia, se puede calificar al financiamiento del SSC como contributivo, solidario y subsidiado por el Estado.

El diseño del SSC, tanto desde el punto de vista de su financiamiento como del carácter integrado del modelo de atención, logra articular la solidaridad local, dada por la cobertura familiar y la contribución de los afiliados, con la solidaridad nacional que se concreta en las contribuciones al SSC de los afiliados y empleadores del SGO. Igualmente, se manifestaba en el acceso que tenían los afiliados del SSC a la red de servicios de salud de mayor complejidad del IESS, sin ningún pago adicional. Este último tramo de la solidaridad se eliminó con la aplicación de lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social de 2001, que establece la separación entre los distintos tipos de seguro dentro del IESS (separación de negocios) y el pago por los servicios prestados entre ellos.

CONSULTORIO
MÉDICO

Para afianzar
La MISION



SEGURO SOCIAL CAMPESINO
MEDICINA INTERCULTURAL

Dr. Víctor Bravo O.



La política de salud durante el gobierno de Alianza PAIS: lineamientos básicos.

La política de salud que orientó la gestión del gobierno de Alianza PAIS se perfiló a lo largo de tres períodos.

- El primero se ubica cronológicamente desde el inicio del gobierno hasta antes de la aprobación de la Constitución de 2008, y tiene como referentes al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y al primer documento elaborado por el MSP, denominado *Hacia una garantía de derechos en salud para todos* (MSP, 2008).
- El segundo va desde la aprobación de la Constitución de 2008 hasta 2013, y tiene como referentes a la Carta Magna, al Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 y a la segunda versión del documento elaborado por el equipo de Transformación Sectorial de Salud del MSP (MSP, 2009).
- El tercero se inicia en 2014 y va hasta el final del último mandato del presidente Correa, y se enmarcó en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 y en los planteamientos para la reforma sectorial de salud realizados por el MSP en el período anterior.



A lo largo de estas fases se consolidaron ciertas políticas que marcaron el quehacer del MSP e incidieron en la trayectoria del SSC.

Primera Fase:

Universalización de derechos desde una visión tecnocrática.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010, elaborado antes de la aprobación de la Constitución de 2008, y que fue el referente del documento *Hacia una garantía del derecho a la salud: transformación sectorial de salud del Ecuador*, se abordan por separado los ámbitos de la seguridad social y la salud. El primero se encuentra en el Objetivo 1, que se denomina protección social, y que establece: “Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial”. Entre las políticas que se proponen dentro de este objetivo se encuentra la 1.7, que busca “fortalecer el sistema de protección social, su calidad y efectividad” y plantea a nivel de las estrategias la necesidad de promover una “reforma profunda del sistema de seguridad social”.

También se abordan los cambios a introducirse en el Bono de Desarrollo Humano y en los programas de protección a grupos vulnerables. Se menciona la necesidad de ir hacia una universalización de los servicios de salud y educación, aunque esos puntos no se los aborda en esta sección. Como sugiere este enfoque, se concibe a la seguridad social como el ámbito relacionado con las prestaciones económicas y los programas de protección social a grupos vulnerables.

El segundo ámbito, el de la salud, consta en el Objetivo 3, que dice: “Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”. Para su cumplimiento se proponen diversas políticas, entre las que consta la 3.1: “Promover el desarrollo sectorial, la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud”. Ahí destacan estrategias que promueven la construcción del Sistema Nacional de Salud y la articulación de los subsistemas asistencial público y de aseguramiento en salud (SENPLADES, 2007:133). Esta posición tiene relación con la política 3.4: “Asegurar la cobertura universal de salud” (SENPLADES, 2007:136), puesto que la finalidad central de la conformación del Sistema Nacional de Salud es garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad (SENPLADES, 2007).

Se plantean algunas estrategias para aplicar esta política: fortalecimiento del licenciamiento de las unidades de salud del sector, ampliación de la cobertura con servicios gratuitos, fortalecimiento del modelo de salud integral, familiar, comunitario e intercultural con base en la atención primaria de salud, fortalecimiento de la red plural de prestadores con la aplicación efectiva del sistema de referencia y contrarreferencia (SENPLADES, 2007:135). Como puede verse, la conformación del Sistema Nacional de Salud tiene como eje central la articulación de las redes de servicios públicos, es decir del MSP con la seguridad social, siendo el IESS el más importante de ellos. (SENPLADES, 2007: 133).

Se habla además de la conformación de una red de proveedores de salud plurales y no exclusivamente públicos. De ese modo, se deja abierta la posibilidad de incorporar a los servicios de salud privados. Esto se puede lograr a través del fortalecimiento de la autoridad sanitaria ejercida por el MSP y mediante instrumentos de política como el mejoramiento del licenciamiento de las unidades de salud y la implementación de un solo modelo de atención a nivel de los proveedores de servicios del sector salud. Este enfoque tecnocrático, basado en el poder legal y normativo del Estado, fue el que prevaleció en la formulación de la política de salud en este período. Se buscaba ordenar el quehacer público estatal separando los ámbitos de salud de los de seguridad social y asignándolos a entes diferentes. No se tomaron en cuenta los procesos sociales, políticos e históricos que subyacen a la génesis y desarrollo de los diversos actores del sector, en particular de los diversos regímenes de seguro social que implementa el IESS.

Otro aspecto que vale la pena resaltar en este Plan de Desarrollo es que el objetivo 1, ya mencionado, da importancia explícita al apoyo a la economía social y solidaria, de la cual es parte fundamental la población afiliada al SSC. Pero a pesar de que para los afiliados al SSC el acceso a este tipo de aseguramiento constituye uno de los recursos con el que cuentan para su reproducción social, en el marco de la economía familiar campesina, en ninguna política específica de este objetivo se plantea el fortalecimiento del SSC. Las estrategias que se proponen para apoyar esta forma de producción se enmarcan exclusivamente en el ámbito económico y financiero, haciendo abstracción de que para su fortalecimiento hay que tomar en cuenta la integración de otros recursos que se potencian y confluyen en su reproducción social.

En consonancia con estas directrices, el documento *Hacia una garantía del derecho a la salud: transformación sectorial de salud del Ecuador* plantea los siguientes ejes de cambio:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria, ejercida por el MSP.
2. Administración y gestión del Sistema Nacional de Salud.
3. Desarrollo de la red integrada de proveedores.
4. Clara definición de roles y funciones entre distintos actores del sector y niveles de gobierno.
5. Financiamiento basado en necesidades de la población y uso de los recursos.
6. Participación y control social (MSP, 2008).

Más adelante se detallan cada uno de los ejes mencionados. En cuanto al primero, se parte de que la autoridad sanitaria asume la función del Sistema Nacional de Salud, que implica la conducción, normatización, coordinación, regulación y control de las actividades de salud. Para ello, el MSP, ente responsable de esta función, debe cumplir, entre otros con los siguientes objetivos:



- Crear, implantar y administrar el sistema integrado de información de salud.
- Control y vigilancia de la salud pública.
- Definir estándares, protocolos y normas técnicas del sector.
- Definir parámetros de certificación y recertificación en el marco de un sistema nacional de garantía de la calidad.
- Establecer el modelo de atención familiar y comunitario.
- Definir el conjunto garantizado y universal de prestaciones de salud.
- Evaluar las tecnologías en salud previo a su incorporación al Sistema Nacional de Salud.

Para el cumplimiento de estos objetivos se registran las competencias que el MSP debe asumir. Entre estas consta la facultad de armonizar la provisión de servicios de salud, lo cual implica definir los lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral, continua y de calidad. Esto requiere del desarrollo y ejercicio de una serie de herramientas y potestades, por medio de las cuales el MSP puede incidir en el desarrollo de los servicios de las otras entidades del sector, como el IESS y particularmente el SSC, que es el tema que nos interesa.

En cuanto al segundo eje de transformación se contempla el desarrollo de un tarifario común y de modelos de pago como parte de la administración financiera del sector. Este es un elemento que se articula con las actividades planteadas para el tercer eje, que se refiere a la construcción de la red de proveedores de salud. Se reitera la necesidad de implantar un solo modelo de atención y gestión de la salud, la integración y articulación de redes, la elaboración de protocolos, el establecimiento de un conjunto de prestaciones y la definición de un sistema de referencia y contrarreferencia.

En el quinto eje, que se relaciona con el financiamiento del sistema, se explicita que “el presente gobierno ha definido la conveniencia de que el sistema nacional en su vertiente pública se financie mediante impuestos fiscales, en base al modelo de financiamiento tipo 1” (MSP, 2008:49). Esta modalidad nos remite a una tipología desarrollada por la CEPAL, según la cual el Sistema Nacional de Salud es financiado exclusivamente con impuestos generales (CEPAL, 2006). En ese sentido, se plantea tácitamente la intención de eliminar el financiamiento contributivo de la seguridad social, específicamente a través del SGO, ratificando la intención de que el IESS no se haga cargo de la contingencia de enfermedad y maternidad. Así, el MSP queda como el responsable de garantizar la atención de salud de toda la población a través de un sistema público financiado con impuestos.

Debido a que el SSC es un régimen del SGO que tiene como una de sus principales fuentes de financiamiento un porcentaje de las contribuciones de los empleadores y afiliados al

SGO, esta política implica una amenaza a la existencia del SSC y, muy probablemente, su desaparición en el mediano plazo.

En este contexto, los afiliados al SSC, a través de sus organizaciones y en conjunto con las autoridades y funcionarios del SSC, organizaron una movilización a la ciudad de Montecristi, donde se discutía la nueva Constitución, para exigir que se respete la permanencia del SSC y la autonomía del IESS y que se descarte cualquier propuesta privatizadora. Entre las pancartas expuestas se leía *No al MSP y Respeto autonomía del IESS* (Seguro Social Campesino, 2008).

La movilización tuvo una buena acogida por parte del presidente de la Asamblea Constituyente, Alberto Acosta, y por las autoridades del IESS, que comprometieron su apoyo al fortalecimiento del SSC a través de la ampliación de la cobertura y la dotación de más personal técnico, insumos y medicamentos (Seguro Social Campesino, 2008). La presión ejercida con la movilización, sumada a las gestiones realizadas por las autoridades y los equipos técnicos del IESS y del SSC ante los asambleístas, lograron que en la nueva Constitución prevalezca su posición sobre la del equipo técnico de Transformación Sectorial de Salud del MSP. Este objetivo, no obstante, no fue logrado en su totalidad, pues tanto en el articulado sobre el Sistema Nacional de Salud como en el de la seguridad social se contempla que la entrega de los servicios de atención se realizará a través de la red pública integral de salud.

Segunda fase: Reconocimiento de derechos y fortalecimiento del mercado de la salud.

El segundo período de la política de salud estuvo condicionado por la Constitución de 2008, la misma que reconoce a la salud como un derecho en los siguientes términos:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Art. 32).

También reconoce el derecho a la seguridad social, como elemento necesario para el ejercicio del derecho a la salud, en los siguientes términos:



El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación para la atención de las necesidades individuales y colectivas (Art. 34).

El ejercicio de estos derechos se garantiza a través del

sistema nacional de inclusión y equidad social [que] es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo (Art. 340).

La protección integral de los individuos se hará efectiva a través de “sistemas especializados, de acuerdo a la ley” (Art. 341). En este contexto, la Constitución establece, entre otros, dos sistemas especializados: el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Seguridad Social.

El Sistema Nacional de Salud

comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (Art. 359).

Para el cumplimiento de este mandato el Sistema Nacional de Salud se basará en la atención primaria de salud, articulará los distintos niveles de atención y promoverá la complementariedad de las medicinas ancestral y comunitaria (Art. 360). Se establece que la

red pública integral de salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Art. 360).

La rectoría del Sistema Nacional de Salud recae en la autoridad sanitaria, la cual será “responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector” (Art. 361). Se dispone que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos y que el Estado tiene la obligación, entre otras, de “universalizar la atención, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura” (Art. 363).

Por otro lado, se establece el Sistema de Seguridad Social como

público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales. El sistema se guiará por los principios del sistema nacional de inclusión y equidad social y por los de obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiaridad (Art. 367).

Está conformado por las entidades públicas, normas, políticas, recursos, servicios y prestaciones de seguridad social (Art. 368). El Seguro General Obligatorio cubrirá las contingencias de “enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley” (Art. 369). Deberá extenderse a toda la población urbana y rural “con independencia de su situación laboral” (Art. 369). Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud (Art. 369).

De esta forma se establece un nexo entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social, pues ambos comparten la red pública integral de salud. Es decir, sus respectivas redes de servicios tendrán que integrarse y lo harán bajo la dirección y control del MSP. Este punto fue introducido en el texto constitucional por el equipo de Transformación Sectorial de Salud. De esa forma quedó abierta la vía normativa para la injerencia del Ministerio de Salud en la red de servicios de salud del IESS y, específicamente, del SSC.

La Constitución reconoce la autonomía del IESS y su responsabilidad de entregar las prestaciones de las contingencias que cubre el Seguro General Obligatorio, dentro de las cuales se encuentran las de enfermedad y maternidad (Art. 370). Al hacerlo pone una limitación a la autoridad sanitaria respecto del IESS, lo que se refuerza cuando se dice que este es un ente público cuyos recursos son distintos a los del fisco (Ar. 372). Al mismo tiempo, deja intocada la potestad del IESS respecto a la prestación de salud. En tales condiciones, el Sistema Nacional de Salud ya no puede financiarse solamente con impuestos sino también a través de contribuciones al seguro social.

De esta forma, la Constitución de 2008 plantea un sistema de salud mixto que complementa dos modelos de protección social, remitiéndose a la tipología propuesta por Sonia Fleury y Assis Mafort Ouverney (s/d): el modelo de seguro social propuesto por Bismarck, contributivo, y el modelo de seguridad social propuesto por Beveridge para Inglaterra, financiado mediante impuestos generales. De hecho, la Constitución también reconoce la existencia del sector privado, que se financia a través del mercado, y donde el gasto de bolsillo es la fuente de financiamiento más importante.

Respecto del Seguro Social Campesino se establece lo siguiente:

El seguro social campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte. Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Art. 373).



Este artículo quedó igual que en la Constitución de 1998, donde llegó a constar como resultado de la lucha de los afiliados al SSC por casi una década. En esta vez, su permanencia también fue fruto de la movilización social, así como de la capacidad de negociación política con el gobierno de Alianza PAIS. Que el SSC se mantenga en el IESS garantiza su existencia, pues se trata de un seguro financiado en un importante grado por la solidaridad de los empleados y empleadores del Seguro General Obligatorio. Esta solidaridad también se expresa en el derecho de los afiliados al SSC de ser transferidos a los servicios de salud de mayor complejidad del IESS, sin pago de por medio. Este último renglón quedó amenazado con los textos constitucionales citados, pues ese derecho podría ser modificado en función de las reglas de referencia y contrarreferencia que disponga el MSP al organizar los flujos en la red pública de proveedores de salud.

El Plan de Nacional del Buen Vivir 2009-2013 se elaboró a la luz de la nueva Constitución, teniendo como eje el Buen Vivir. En el Objetivo 1: “Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorio en la diversidad” (SENPLADES: 2009:137), se propone hacer un abordaje integral del Buen Vivir a través de la garantía de los derechos reconocidos en la Constitución. Se contemplan el de la salud y la seguridad social, así como medidas de reducción de la pobreza y de apoyo a la economía social y solidaria, que incluye a la economía familiar campesina.

Este enfoque se manifiesta en lineamientos orientados a lograr el acceso universal a servicios de salud, educación, agua segura, alimentación sana y vivienda saludable (Política 1.1). En este marco, la Política 1.2 está orientada a “impulsar la protección social integral y seguridad social solidaria”. Como parte de ello establece: “Ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social (...) y la cobertura del Seguro Social Campesino hacia sectores de la pesca artesanal” (Política 1.2 b, c). En el Objetivo 3 consta: “Mejorar la calidad de vida de la población” (SENPLADES, 2009:189). Además, se establece como una de sus políticas la de “garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad”. Como parte de esta última se establecen los siguientes lineamientos:

- Articular los diferentes servicios de la red pública de salud en un sistema único, coordinado e integrado y por niveles de atención.
- Fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria sobre la red complementaria de atención, incluyendo la privada, social y comunitaria (SENPLADES, 2009:203)

Como puede verse, el Plan Nacional del Buen Vivir contempla la importancia de ampliar la cobertura del SSC como parte de las políticas de fortalecimiento de la economía social y solidaria. También propone, como objetivo central para ampliar la cobertura de atención de salud, la construcción de la red pública de proveedores, que implica la articulación de las redes de prestadores del MSP y de la seguridad social bajo los lineamientos del primero. Aunque en apariencia no existe contraposición en estos planteamientos, esta puede darse dependiendo de la forma de articulación de los proveedores en la red plural de servicios de salud, particularmente del SSC.

El fortalecimiento del rol rector del MSP se encuentra enmarcado en el Objetivo 12 del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, que establece: “Construir un Estado democrático para el Buen Vivir”. La primera dimensión de este proceso implica “la recuperación y fortalecimiento de [las] capacidades de planificación, regulación, control y redistribución (...)”. La reforma institucional persigue construir un Estado inteligente, dinámico y estratégico e implica romper con el referente minimalista de su acción” (SENPLADES, 2009:353).

La tercera dimensión propone construir un Estado democrático desconcentrado y descentralizado, ordenado y eficiente, que articule a los diversos niveles de gobierno y que trabaje en función de resultados. Con este fin se establece una tipología de las carteras de Estado, según la cual el MSP se encuentra en la categoría de entidades de alta desconcentración y baja descentralización (SENPLADES, 2009:359). En este proceso de fortalecimiento se produce una reificación del Estado: se lo asume como un actor con lógica propia, racional, “inteligente” y fuera de las relaciones sociales que lo constituyen. Es una visión tecnocrática que busca ordenar la sociedad desde una sola racionalidad y que excluye las perspectivas de los diversos actores sociales, sobre las cuales pretende imponer su única verdad técnica, aparentemente neutra. Paradójicamente, esta propuesta se la hace con el objetivo de “democratizar” el Estado.

En este nuevo contexto, el MSP elaboró el documento *Alcances de la Propuesta de Transformación Sectorial a partir de la Nueva Constitución, del IV Congreso por la Salud y la Vida y del nuevo modelo de gestión del MS* ⁴. En ese documento se pautó la política de salud en los siguientes años del gobierno de Alianza PAIS.

Ahí se redefinen los ejes de la transformación sectorial propuestos en el primer documento sobre la Transformación Sectorial de Salud del Ecuador. El primer eje sigue siendo el fortalecimiento de la autoridad sanitaria. En este sentido, se define el rol del MSP como el “Núcleo del pensamiento estratégico del Sistema Nacional de Salud, que genera política pública, mecanismos de regulación, planificación, control, provisión y conducción de la red de servicios y todas las actividades relacionadas con la salud” (MSP, 2009:7). El segundo eje se refiere a la administración y gestión del Sistema Nacional de Salud, que incluye el desarrollo del sistema de gestión de la información en salud. Se mantiene la necesidad de desarrollar un tarifario común. En el tercer eje se mantiene la construcción de la red pública de prestadores de salud y se articula a este proceso la implantación del modelo de atención integral de salud. En el cuarto eje se mantiene el monitoreo y control del sistema. En el quinto eje se mantienen los procesos de participación ciudadana y control social.

En función del nuevo marco constitucional, en esta propuesta desaparece el planteamiento de que el Sistema Nacional de Salud se financiará por la vía de los impuestos generales exclusivamente. Ante las disposiciones constitucionales sobre la seguridad social, que establecen que el Seguro General Obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad y maternidad, se mantiene el financiamiento contributivo para la salud.

4 El IV Congreso por la Salud y la Vida se realizó en la ciudad de Loja, en marzo de 2009.



Con el fin de implementar la propuesta de transformación sectorial en salud, se plantea una “hoja de ruta” según la cual un primer gran objetivo para la construcción del Sistema Nacional de Salud es la “articulación de la red integral de salud”. Con este fin se proponen los siguientes pasos:

1. Definición de un tarifario común que permita el cruce de cuentas con el pago por servicios prestados entre las entidades públicas.
2. Definición de un conjunto garantizado de prestaciones.
3. Difusión de la propuesta de transformación sectorial.
4. Formación de personal del MSP y de la red de prestadores en Economía de la Salud, Políticas y Gestión de Salud y Atención Primaria de Salud.
5. Fortalecimiento de la capacidad instalada de la red pública.

El segundo objetivo es desarrollar un marco jurídico que viabilice esta transformación. Para ello se propone impulsar una reforma de la Ley del Sistema Nacional de Salud y la aprobación de un nuevo Código de la Salud. El tercer objetivo es desarrollar el sistema de información de salud del Sistema Nacional de Salud. Un cuarto objetivo es la reorganización del MSP en función de su nuevo rol como autoridad sanitaria del Sistema Nacional de Salud (MSP, 2009:82). Llama la atención que en esta hoja de ruta no aparezca el desarrollo de un modelo de atención integral de salud como elemento para la construcción de la red de prestadores de salud.

Al analizar los retos y dificultades que tiene que enfrentar la propuesta de reforma del sector salud, el documento de Transformación Sectorial de Salud (2009) plantea que la “articulación con el IESS es uno de los principales desafíos que tiene la TSSE” (MSP, 2009:83). Dice explícitamente que la autonomía del IESS, en particular el “mantenimiento de las prestaciones de las contingencias de enfermedad y maternidad en dicha institución (Constitución 2008, Art. 369 y 370) dificultan una mayor integración del Sistema Nacional de Salud” (MSP, 2009:83). Sin embargo, el documento reconoce que existe una oportunidad para la integración del IESS a la red pública de salud. En ese sentido, el Art. 369 establece que las prestaciones enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud, que se articulará a una red complementaria que incluye –a pesar de que no se lo diga explícitamente– a los prestadores privados (MSP, 2009:83-84).

Esta “hoja de ruta” tiene muchos paralelismos con la agenda neoliberal de reforma de la salud promovida por los organismos de crédito multilaterales en la década de los 90⁵. Crea las condiciones para la introducción del mercado en el Sistema Nacional de Salud, objetivo central de este tipo de reformas. Para ello se propone construir una red de proveedores

5 Al respecto ver The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank (1993). *Investing in Health*.

públicos abierta a la complementariedad con la red privada de servicios de salud, dentro de la cual se asignan recursos a través del mercado (Chang, 2017). Con esa finalidad se establece la necesidad de contar con un tarifario común.

La introducción del mercado es posible cuando se da una división de funciones entre los diversos actores del sistema de salud. En esta perspectiva, la propuesta de TSSE enfatiza en el rol rector del MSP. En su reestructuración interna se hace una división entre dos viceministerios: se concreta una separación explícita entre su rol como prestador de servicios, función que recae en el Viceministerio de Atención Integral de Salud, y su rol como rector del Sistema Nacional de Salud, función que recae en el Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública (Espinosa et al., 2017). Si bien los dos roles aún constan en la estructura del MSP, se sientan las bases para un funcionamiento independiente, que a futuro podría conducir a una separación estructural y organizativa. El documento no menciona, sino muy tangencialmente, el papel del MSP como responsable de la Salud Pública. Dicho rol queda postergado en este proceso de reestructuración⁶.

Un segundo aspecto planteado por las propuestas neoliberales es la definición de un conjunto garantizado de prestaciones a ser financiado por el Estado, lo que también plantea la “hoja de ruta” para la implementación de la transformación sectorial de salud. Queda implícito que todo lo que no conste en ese paquete deberá ser financiado por sistemas de seguros privados o por gasto de bolsillo. Esto le permite al Estado acotar sus responsabilidades en función de los recursos de que disponga y de las prioridades que establezca. En tal sentido, el Estado podrá priorizar, por ejemplo, el pago de la deuda externa o sus servicios, como ocurrió en los años 90 del siglo pasado como respuesta a los requerimientos de los organismos de internacionales de crédito.

En este contexto, la universalidad y gratuidad pueden referirse, en un momento dado, a este conjunto acotado de servicios de salud, la mayor parte de los cuales se entrega en el primer nivel de atención. Por ello el énfasis en la atención primaria de salud⁷. Congruente con este enfoque es la propuesta de fortalecimiento del talento humano, que prioriza la formación en gestión y economía de la salud y en atención primaria de salud. Ámbitos como la epidemiología o la formación en salud pública orientada al manejo de los programas de control de enfermedades no son considerados.

Un tercer aspecto que cabe resaltar es la poca importancia que se da a la participación y control ciudadanos. Aunque se los menciona, no se desarrollan instrumentos ni mecanismos para su implementación, porque justamente no es su objetivo construir una política participativa que exprese los intereses de los actores sociales subalternos. Se busca construir un Estado fuerte, autoritario, eficiente, cerrado, tecnocrático, con una sola

6 Estudios realizados sobre este aspecto muestran el debilitamiento que sufrió el Ministerio en todas las capacidades relacionadas con este ámbito de su acción. Para mayores detalles ver Aguilar (2017).

7 Cabe aclarar que la asimilación de la atención primaria de salud con el primer nivel de atención o con una atención simplificada es bastante limitada y no da cuenta de lo que constituye esta estrategia. Sin embargo, hay que señalar que esta visión ha sido generalizada.



racionalidad, un gran Leviatán que guíe a la sociedad desde su saber técnico hacia la modernidad, haciendo caso omiso de la diversidad social, cultural y étnica del Ecuador.

Desde esta perspectiva, la dominación del Estado se vuelve una necesidad imperiosa, porque la experiencia histórica muestra que la implementación de reformas neoliberales genera una gran oposición social, que debe ser neutralizada por un régimen político autoritario y excluyente. Prevalece entonces una visión homogénea de un sistema de salud moderno, inscrito en el saber occidental, centrado en la atención de la enfermedad y sin ningún espacio para otras formas ni saberes de la salud. Tras esta racionalidad se pretende mostrar una neutralidad estatal que no existe, pues esta propuesta responde a los intereses de los actores privados de la salud que conforman el complejo médico industrial (Arteaga, 2018; Iturralde, 2015).

Tanto la política de salud como su hoja de ruta formuladas en este período orientaron el quehacer estatal hasta el final del gobierno de Alianza PAIS. En esta segunda fase se desarrollaron los instrumentos requeridos para su aplicación y se la puso en práctica. El lapso transcurrido entre la formulación de la política y su aplicación permitió que durante este segundo período el SSC no fuera impactado por esta política, sino más bien que se diera un aumento de las unidades de salud del SSC como parte del fortalecimiento de la economía campesina definido en el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013. Los efectos de la aplicación de la política de salud formulada en estos años en el SSC se harían evidentes en el tercer y último período.

Tercera fase:

Universalización de derechos sin sujetos de derechos.

En el tercer período se aplicaron los lineamientos de política de salud definidos en el período anterior, enmarcados en la reorientación que tuvo la política social a partir del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. En esta etapa, la planificación nacional prioriza la transformación de la matriz productiva y el combate a la pobreza, mediante políticas de transferencias económicas, específicamente a través de la entrega del Bono de Desarrollo Humano y del acceso a servicios universales de salud y educación. A la par de ello se traza el objetivo de lograr una mayor afiliación al Seguro General Obligatorio de la población que trabaja en relación de dependencia, e incentivar la afiliación voluntaria de la población autónoma y no remunerada. No se menciona al Seguro Social Campesino ni se plantean políticas para el fortalecimiento de la economía familiar campesina, a pesar de que en el diagnóstico inicial se dice que la soberanía alimentaria del país, garantizada por este sector, se encuentra amenazada. En este contexto se afirma que es necesario mejorar la eficiencia de la entrega de servicios preventivos a través de la consolidación de la red pública integral de salud (SENPLADES, 2012:132).

Estos planteamientos sugieren que se mantiene la perspectiva de asociar la protección social sobre todo con la entrega de prestaciones económicas. En este esquema se contempla al Seguro General Obligatorio como el mecanismo para cubrir a la población que trabaja en relación de dependencia y a los trabajadores autónomos con capacidad de pago, y al Bono de Desarrollo Humano como responsable de las transferencias económicas dirigidas a la población pobre. No se menciona al Seguro Social Campesino. De este modo se posterga únicamente al pilar más importante de la solidaridad de la seguridad social ecuatoriana y se promueve la solidaridad entre quienes tienen capacidad contributiva. Al mismo tiempo, se afianza una política de transferencias económicas desde el Estado hacia los pobres.

Por su parte, se concibe a la atención de salud como un derecho garantizado mediante el acceso a la red integral de salud (pública y privada) regentada por el MSP. Los dispensarios del SSC serían parte de esta red. De esta forma, se ratifica la intención, ya planteada en el Plan de Desarrollo 2007-2010, de implementar un ordenamiento institucional con dos cabezas: el Sistema Nacional de Salud, bajo la conducción del MSP, se encargaría de la atención de salud, integrando las redes de servicios del IESS, de otros prestadores públicos y del propio ministerio; el Sistema de Protección Social sería el responsable de la entrega de prestaciones económicas en respuesta a diversas contingencias, incluida la pobreza. En este sentido puede interpretarse la afirmación que hace Miguel Malo (2014), quien fuera Viceministro de Salud durante ese período, cuando analiza la sostenibilidad financiera de la ampliación de cobertura de atención de salud a través de la red pública de servicios:

Esto implica, necesariamente, diseñar una nueva ingeniería financiera para la salud, que permita el funcionamiento de un fondo mancomunado para racionalizar el pago y la transferencia de recursos a los prestadores (Malo, 2014:4).

Este fondo mancomunado estaría conformado por las contribuciones de los seguros públicos y por el presupuesto del Estado, donde la ampliación de la cobertura del Seguro General Obligatorio es estratégica para inyectar más recursos (Entrevista a Susana Dueñas, 2018). En este contexto, el modelo de solidaridad del SSC sería subsumido dentro de una lógica universalista.

Esta visión es congruente con el hecho de que en este período desaparece cualquier interés por fortalecer la economía campesina como parte de la economía social y solidaria. En consecuencia, el SSC, como régimen de seguridad social articulado a estos sectores, tampoco tiene ninguna prioridad. Prevalece una perspectiva desarrollista enmarcada en el enfoque clásico de la economía ecuatoriana, donde los campesinos son vistos como sujetos en transición hacia una modernización capitalista del agro.

A lo largo del segundo y tercer período de la política de salud la construcción de la red plural de proveedores de salud, articulados a través de la compra de servicios, fue la punta de lanza de la conformación de un Sistema Nacional de Salud, con las limitaciones que la Constitución vigente establecía. Con ese objetivo, y partiendo del aval político y normativo con el que contaba, el MSP desarrolló una serie de instrumentos que le permitieron incidir



en el desarrollo de la red de servicios del IESS – particularmente del SSC– con miras a subsumirlas en la lógica de construcción de la red pública y complementaria de servicios de salud⁸. Estos instrumentos fueron:

- Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), aprobado el 8 de diciembre de 2011 y ratificado el 3 de mayo de 2013.
- Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el MSP para conformar la red pública integral de salud, suscrito el 10 de abril del 2012.
- Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, cuya primera versión se emitió en 2012, y la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, emitido en una primera versión en julio del 2012 y luego en una versión reformada el 24 de diciembre de 2014.

Por su parte, el IESS se alineó con las directrices políticas del MSP e impulsó una política de reforma de la institución que suscribía el mismo enfoque. El Consejo Directivo del IESS, presidido por el delegado del presidente de la República, emitió una serie de resoluciones que reorientaron el desarrollo de la red de servicios del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF) y del SSC hacia la construcción de la red plural de servicios de salud, en el marco de una reestructuración general de la institución.

Esto fue posible porque a lo largo de todo el gobierno de Alianza PAIS la autonomía del IESS fue menoscabada: el delegado del presidente al Consejo Directivo de la institución tenía una injerencia directa, no solo en las decisiones de este ente colegiado sino también en la gestión de la entidad. Más allá de ser la voz del Ejecutivo, era el administrador de la institución. El Director General perdió cualquier iniciativa y pasó paulatinamente a ser un subalterno del delegado del presidente de la República al Consejo Directivo del IESS. En los casos en que ciertos directores no aceptaron esta subordinación incondicional fueron sustituidos.

Dos aspectos contribuyeron para que esto ocurriera. Por un lado, la debilidad y falta de posicionamiento de las organizaciones sindicales y gremiales de la institución, surgidas a fines de los años 90 en reemplazo de los sindicatos anteriormente existentes⁹. Por otro lado, la vigencia de la Ley de Seguridad Social aprobada en 2001 y enmarcada en el proyecto neoliberal, que proporcionó el marco jurídico general para introducir

8 Cuando se dice “complementaria” se refiere a la red de prestadores privados de servicios de salud.

9 Un caso emblemático fue el del Sindicato Nacional del IESS, cuya lucha contra la privatización de la seguridad social durante los años noventa fue gravitante. Por lo mismo, fue desmantelado como producto de una estrategia política concertada entre actores alineados con el proyecto neoliberal (León, 2018).

cambios en la estructura y organización del IESS y del SSC¹⁰. Sus directrices coinciden con las emitidas por el MSP para la conformación de la red plural de prestadores de salud del Sistema Nacional de Salud. Estas disposiciones, de hecho, van más allá de lo que dice la Constitución, que se refiere solamente a una Red Pública Integral y no a una red plural de prestadores.

Esta Ley proporciona el marco legal para la creación de un mercado de proveedores de servicios de salud. En este sentido, dispone que las unidades operativas del IESS se transformen en empresas públicas autónomas que puedan actuar en el mercado, establece la libre elección de los prestadores de salud por parte de los afiliados y promueve la división de funciones al interior del IESS entre los procesos de aseguramiento, compra de servicios y entrega de prestaciones.

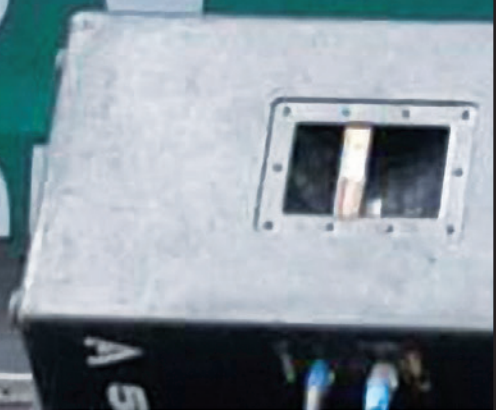


10 A lo largo de la década de los 90 la alianza entre el Partido Social Cristiano, la Democracia Popular y el Frente Radical Alfariista impulsó sin éxito la privatización de la seguridad social. No lo lograron gracias a la incidencia y presión políticas ejercidas por los afiliados al SSC, en alianza con los sindicatos públicos de los sectores estratégicos y el sindicato nacional del IESS. El punto culminante fue la Constitución de 1998, donde no pudieron privatizar la seguridad social. Sin embargo, en cumplimiento de disposiciones transitorias de esa Constitución, se conformó una comisión interventora para impulsar una reestructuración del IESS. Esta comisión, presidida por Alfredo Mancero Samán, vinculado a la Democracia Popular y técnico responsable de la elaboración de la propuesta privatizadora de la seguridad social que se presentó a la Asamblea Nacional Constituyente de 1998, elaboró la Ley de Seguridad Social. Esta fue aprobada en 2001 y sigue vigente hasta el presente. En ese cuerpo legal se introducen una serie de elementos neoliberales, si bien se inscribe en los lineamientos de la Constitución de 1998, en la cual se preserva el carácter público, obligatorio y solidario de la seguridad social ecuatoriana, se reconoce al SSC como un régimen especial del Seguro General Obligatorio y se responsabiliza al IESS de su implementación, consagrando además su autonomía.

**Seguro
Social
Campesino**

¡Unido y

nó se fue





El Seguro Social Campesino durante el gobierno de Alianza PAÍS.

La aplicación de la política de salud formulada a lo largo del gobierno de Alianza PAÍS incidió en el desarrollo del SSC durante este período. Para identificar las transformaciones que se dieron se requiere, en ciertos casos, extenderse a años anteriores, a fin de identificar nuevas tendencias o la persistencia de orientaciones que provenían de períodos pasados. Tres ámbitos se analizarán en esta sección: los cambios en la cobertura, en el modelo de atención y en la estructura institucional del SSC. Se han escogido estos campos de análisis por considerarlos estratégicos para las potencialidades que ha tenido este régimen de seguridad social, no solo respecto de la satisfacción de las necesidades de salud de la población afiliada, que ha sido la prestación más valorada por los afiliados, sino respecto de su empoderamiento y constitución como actores sociales deliberantes y con capacidad de incidencia política, aspecto que contribuye a perfilar un régimen político democrático y participativo.

Los cambios en la cobertura.

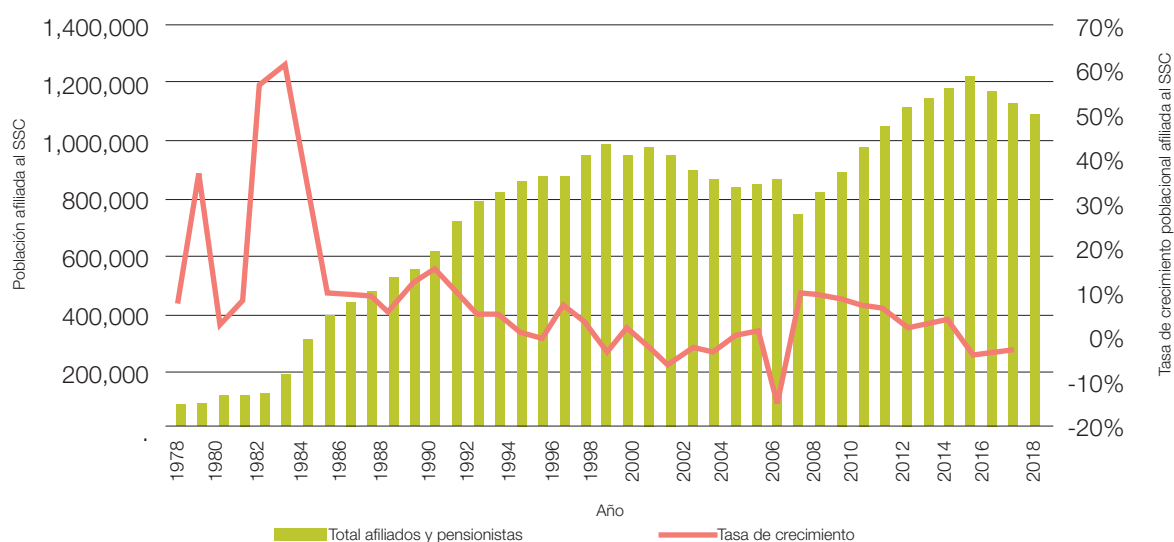
Cuando se analiza la evolución del número de afiliados al SSC en el período comprendido entre 1978 y 2018, y sus respectivas tasas de crecimiento, se aprecia que las mayores



tasas se dan en los años 1983 y 1984. Posteriormente, la cobertura de afiliación sigue aumentando a tasas de crecimiento menores, con fluctuaciones hasta 1992. A partir de 1993 se produce una disminución del ritmo de crecimiento. A partir de 1999 la población afiliada comienza a decrecer en forma sostenida, con ligeras recuperaciones en los años 2000, 2005 y 2006, para luego sufrir una caída abrupta de -14% en el año 2007, justamente en el que se inicia el período de gobierno de Alianza PAIS (ver gráfico No. 1).

Gráfico No. 1

Población afiliada al Seguro Social Campesino en el Ecuador, 1978 - 2018



Fuente: Boletines estadísticos del IESS.

Elaboración: Autora

Con estos antecedentes, a partir de 2007 se da una recuperación de la cobertura de afiliación, con tasas de crecimiento de 9% y 10% hasta el año 2010, cuando el número de afiliados al SSC vuelve a valores similares a los de 1998. A partir de 2011 el ritmo de crecimiento va disminuyendo en forma sistemática. La población afiliada sigue aumentando a un ritmo menor, hasta que en 2016 comienza a decrecer. Luego aparecen tasas de crecimiento negativas que se mantienen hasta el presente (Gráfico No. 1).

Se puede afirmar que se distinguen dos períodos en la evolución de la cobertura de afiliación al SSC durante el gobierno de Alianza PAIS: un primero, entre 2007 y 2010, durante el cual hay un aumento importante de la cobertura, que permite recuperar los valores de 1998; y un segundo, entre 2011 y 2017, en el cual se aprecia una disminución del crecimiento y luego un decrecimiento que se mantiene hasta el presente (Gráfico No. 1).

Estas dos etapas coinciden en forma no exacta con el segundo y tercer períodos de la política de salud descritos en la sección anterior. Específicamente, responden a la prioridad que tuvo el SSC en los Planes Nacionales para el Buen Vivir 2009-2013 y 2013-2017. En el primero se menciona explícitamente la necesidad de ampliar la cobertura del SSC como parte del fortalecimiento de la economía familiar campesina. En el segundo no se menciona este aspecto y solo se habla de una ampliación de la cobertura de afiliación, a expensas de la población trabajadora en relación de dependencia y de la afiliación voluntaria a través del Seguro General Obligatorio. También se menciona el mantenimiento de las transferencias económicas a la población pobre.

Esto sugiere la presencia de dos proyectos en disputa durante el gobierno de Alianza PAIS: uno que tenía como propuesta replantear el patrón de desarrollo mediante el fortalecimiento de la economía social y solidaria, dentro de la cual consta la economía familiar campesina; y un segundo, que fue el que prevaleció hasta el final del gobierno, que promovía un modelo de desarrollo orientado a la exportación y al fortalecimiento de grupos económicos monopólicos internos y externos.

De acuerdo con la Ley de Seguridad Social (2001), “la incorporación de nuevos afiliados y beneficiarios de este Seguro deberá guardar relación directa con el crecimiento del número de afiliados al Seguro General Obligatorio y con las metas presupuestarias de gasto e inversiones para prestaciones de salud a los campesinos” (Art. 129). Por este antecedente es interesante analizar la relación que se dio entre el número de afiliados al Seguro General Obligatorio y el número de afiliados al SSC en el período de estudio.

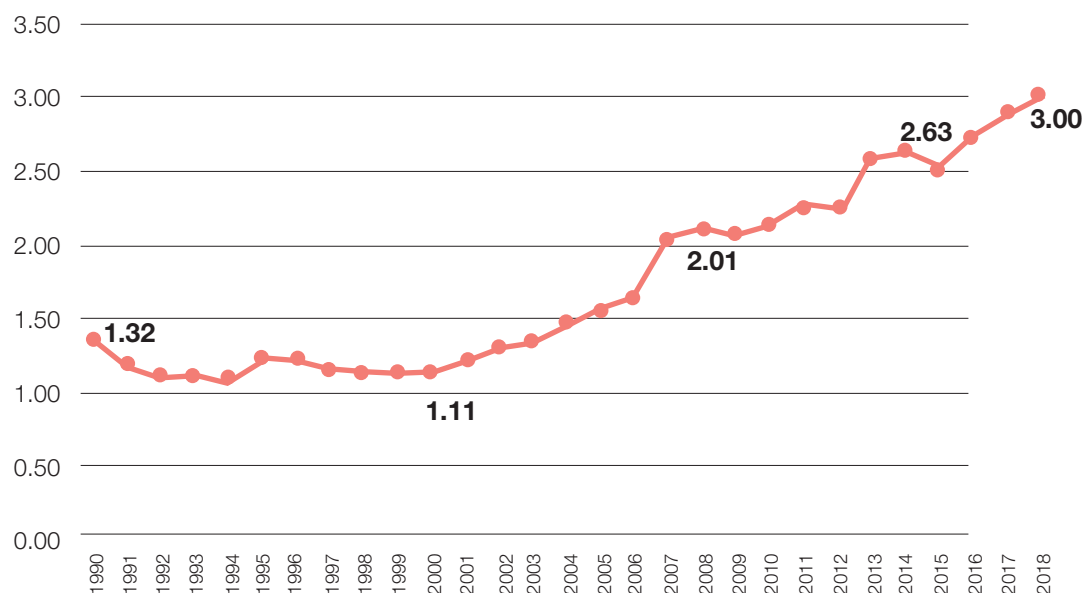
Como se aprecia en el Gráfico No. 2, la razón entre el número de afiliados al Seguro General Obligatorio y al SSC va disminuyendo en favor de los segundos, de un valor de 1,32:1 en 1990 a uno de 1,11:1 en 2000. Esto ocurre como resultado de un ritmo de crecimiento de la cobertura de afiliación al Seguro General Obligatorio menor que el del SSC, a pesar de las fluctuaciones que los dos tipos de afiliación presentan.

A partir de 2000, el crecimiento de la afiliación al Seguro General Obligatorio es superior al del SSC. Esta tendencia se profundiza a partir de 2007, cuando se inicia el gobierno de Alianza PAIS y se mantiene hasta 2014. En 2015 es menor a la del SSC, pero a partir de 2016 –a pesar de presentar valores de crecimiento también bajos– vuelve a ser superior debido a un crecimiento negativo de la afiliación al SSC. Como resultado de esta evolución, en 2017 se llega a una razón de 2,88:1 y en el 2018 a una de 3:1.



Gráfico No. 2

Razón entre afiliados al Seguro General Obligatorio y afiliados al Seguro Social Campesino. Ecuador, 1990-2018



Fuente: IESS
Elaboración: Autora

Haciendo un análisis integrado de este indicador con el anterior se puede afirmar que existe una tendencia sostenida, casi estructural, a limitar el crecimiento de la afiliación al SSC que arranca en el año 2000 y que no se revierte a lo largo del gobierno de Alianza PAIS. Esta tendencia se mantuvo a pesar de la política de ampliación de la cobertura del SSC durante los primeros años de ese gobierno, que permitió recuperar los valores de afiliación de 1998.

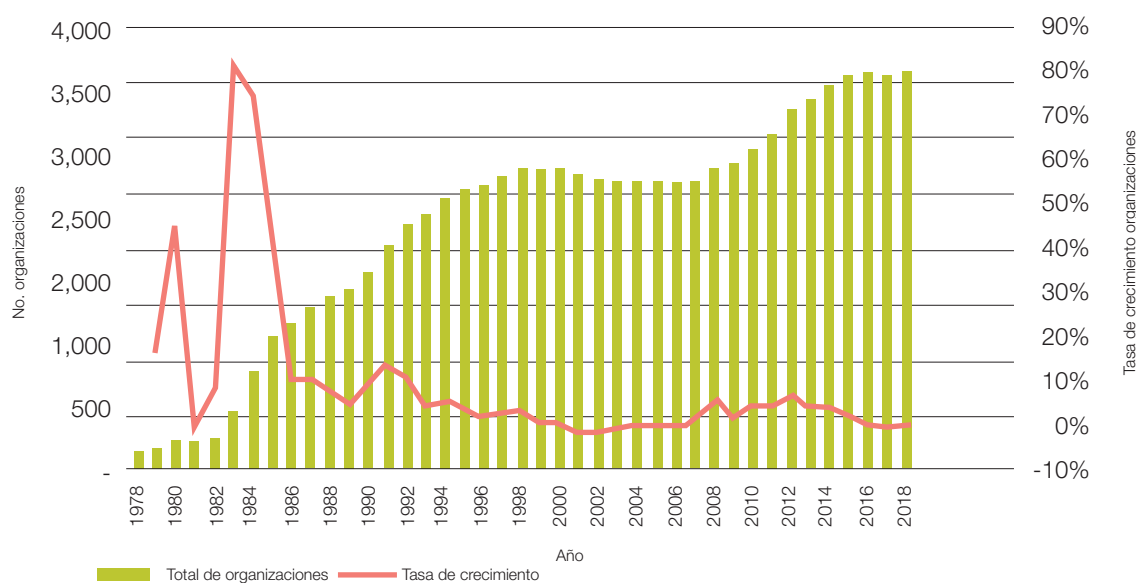
Esta información plantea la hipótesis de que, a pesar de posibles contradicciones internas respecto de la política hacia el SSC, no se logró plasmar un cambio de proyecto que incluyera la ampliación del SSC y su potenciación como recurso valioso para la economía campesina y para el fortalecimiento de la economía social y solidaria. Es decir, no hubo un giro en la orientación del desarrollo. Todo lo contrario, el aumento de la razón SGO:SSC a lo largo de este período refleja el desmantelamiento del componente de solidaridad más importante de la seguridad social, que se da entre los afiliados en relación de dependencia y sus patronos con la población campesina más pobre del país. No solo no hubo una reorientación del enfoque de desarrollo prevalente, sino que se caminó hacia una seguridad social cada vez menos solidaria.

La evolución del número de organizaciones durante el período analizado sigue la misma tendencia que el número de afiliados al SSC. La particularidad está en que las fluctuaciones son menores, es decir, la trama organizativa que se logró constituir entre 1978 y 1999

se mantuvo con pocas variaciones hasta 2007, a pesar de que entre 2000 y 2006 se dio una disminución del número de organizaciones afiliadas al SSC, pasando de 2.712 organizaciones a 2.599. A partir de 2007 se aprecia un aumento sistemático del número de organizaciones, más significativo hasta 2012, cuando se pasó de 2.600 a 3.249 organizaciones. A partir de 2013 la tasa de crecimiento disminuye, volviéndose negativa en 2017. A pesar de ello, el número de organizaciones aumentó a lo largo del gobierno de Alianza PAIS, llegando a 3.570 en el último año mencionado (Gráfico No. 3).

También aquí se expresa la distinta prioridad que tuvo el SSC en el segundo y tercer momento de la política de salud y seguridad social del gobierno de Alianza PAIS. Es interesante constatar que, por las características del SSC como régimen de afiliación y a pesar de los vaivenes de la política pública, existe una trama organizativa difícil de desmontar, que persiste y se mantienen gracias a su inserción en dinámicas societales que no dependen exclusivamente del Estado.

Gráfico No. 3
Organizaciones de afiliados al Seguro Social Campesino y tasas de crecimiento. Ecuador, 1968-2018



Fuente: Boletines estadísticos del IESS.
Elaboración: Autora

En cuanto al desarrollo de la infraestructura de salud del SSC, el número de dispensarios entre 1978 y 2018 aumenta en forma correlativa al incremento de la población afiliada: las mayores tasas de crecimiento del número de dispensarios médicos se dan en 1979, 1980 y de 1983 a 1985. Posteriormente, y a pesar de que el ritmo de crecimiento disminuye, se mantiene con tasas mayores al 4% hasta 1992. En los siguientes años el crecimiento se vuelve casi estacionario, con tasas en torno al 1% hasta 2007. Llama la atención la tasa de 0% entre 2000 y 2004.

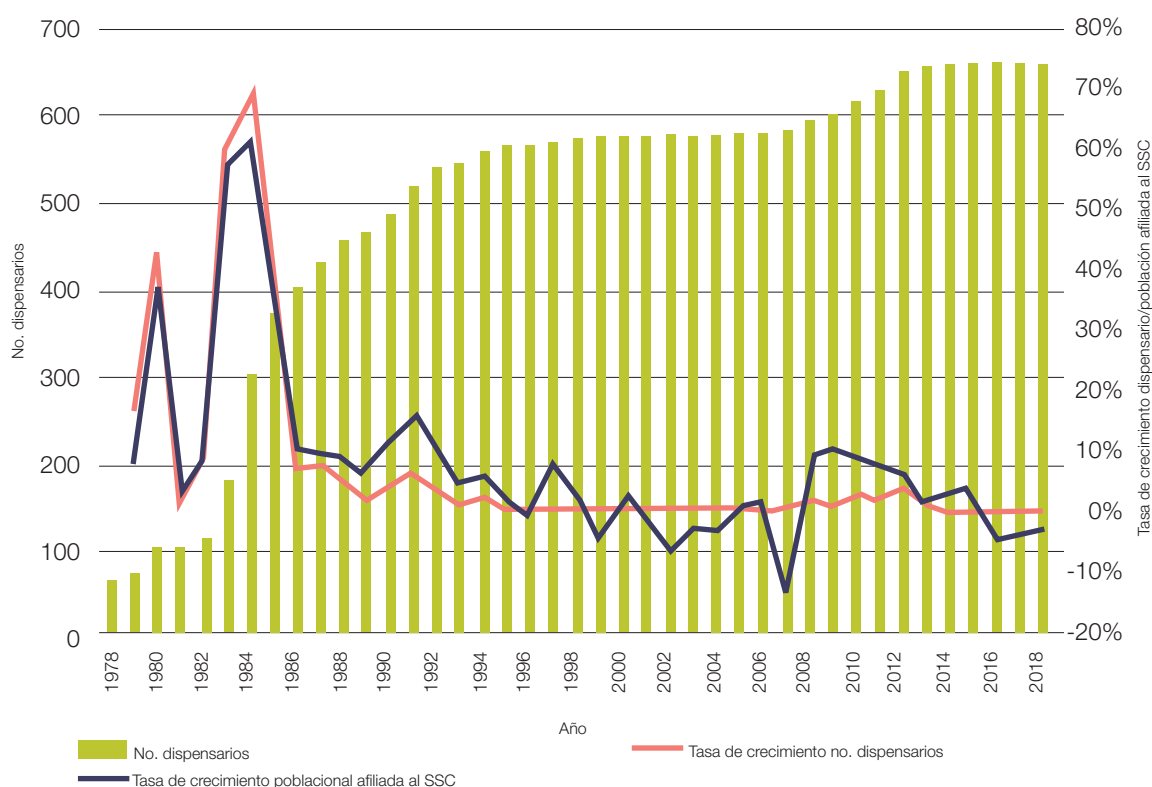


A partir de 2007 hay un incremento paulatino de dispensarios, aunque modesto hasta 2013. En este período se pasa de 583 a 659 dispensarios. A partir de 2014 se suspende el incremento de dispensarios, manteniéndose con tasas de 0% hasta 2018. Esta información ratifica lo dicho respecto de la existencia de dos tendencias de política pública hacia el SSC durante el gobierno de Alianza PAIS. Sin embargo, el estancamiento de la infraestructura a partir de 2014 muy probablemente está relacionado también con los impedimentos que puso el MSP para la creación de unidades de salud que no encajaban en su tipología de servicios de salud, o que no respondían a su planificación territorial de la infraestructura de la red integrada de servicios. Las definiciones a partir de las cuales se normaron estos aspectos nunca tomaron en cuenta las características ni la trayectoria histórica del SSC, ni lo que estas unidades representaban en el contexto de la economía moral de los campesinos (Thompson, 1981; Scott, 1976). El ejercicio de una rectoría no participativa impide captar la diversidad social, cultural y étnica del Ecuador, y se expresa en modelos únicos, homogeneizadores y desvinculados de la realidad de los sujetos involucrados.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es el que vertebra la propuesta del MSP para la red de prestadores, teóricamente propone la atención primaria de salud y promueve un enfoque familiar y comunitario. Paradójicamente, al no apoyar al SSC el MSP contribuía al debilitamiento de la única experiencia ecuatoriana donde se aplicaba un modelo de atención enmarcado en estos enfoques.

Gráfico No. 4

Población afiliada y dispensarios del Seguro Social Campesino, 1978-2018.



Fuente: IESS
Elaboración: Autora

Los cambios en el modelo de atención del SSC.

El modelo de atención de salud del SSC que se implementó a partir de 1968, que se consolidó a lo largo de los años 90 y que prevaleció hasta el inicio del gobierno de Alianza PAIS fue la base de la constitución de los afiliados al SSC como actores sociales y políticos deliberantes. Esta forma de aseguramiento permitió el surgimiento de una serie de interacciones, entre los proveedores y afiliados al SSC, que crearon las condiciones para el desarrollo de la fase de latencia de la acción colectiva que sus afiliados desplegaron en contra de la privatización del IESS y por la permanencia y fortalecimiento del SSC¹¹. Por otro lado, es un modelo de atención inscrito en la estrategia de atención primaria de salud (Córdova, 1985), con las ventajas que esto significa para la calidad de la atención, la ampliación de cobertura hacia los sectores más desfavorecidos y la eficiencia del sistema.

El modelo de atención de salud puede definirse como los rasgos fundamentales que caracterizan las acciones por medio de las cuales los servicios interactúan con la colectividad y el entorno cuando brindan atención de salud. Comprende, según la OPS/OMS (1989), “los procedimientos técnicos de prestación de servicios, el uso de tecnologías disponibles, la integración de conocimientos, la forma de utilización de recursos y la forma de concretarse la participación comunitaria” (OPS/OMS, 1989:22). Implica tres dimensiones: la organización de la prestación de servicios de atención de salud, el modelo de gestión y el modelo de financiamiento (MSP, 2007).

En el caso del SSC, el rasgo fundamental del modelo implementado fue su carácter participativo. La puesta en marcha de este tipo de aseguramiento se iniciaba con la identificación de organizaciones sociales elegibles y, en los casos en que excepcionalmente no existían, con la creación de una nueva. Esto se hacía en consideración a que el sujeto de afiliación, desde el inicio de este régimen de aseguramiento y según la Ley del Seguro General Obligatorio, eran “los miembros de las comunas, cooperativas, comités o cualquier otra forma de organización popular de carácter permanente con sus respectivas familias”, sin excluir a los campesinos que “sin pertenecer a aquellas manifiesten la voluntad de afiliarse a este sistema” (Art. 106). La organización social era la contraparte reconocida por el Estado. Con ella interactuaban los equipos operativos locales en las diferentes esferas de la atención de salud.

11 Según Melluci (1989; 1995), la acción e identidad colectivas tienen una correspondencia biunívoca entre sí; son producto de un proceso en permanente construcción, en el cual se pueden identificar dos momentos: el de latencia y el público. El primero tiene que ver con el desarrollo de sentidos de cuerpo, pertenencia y solidaridad, de lazos de afecto y de construcción de un “nosotros” como producto de las interacciones en espacios de la vida cotidiana. La solidez de este momento define la fuerza del segundo momento, que es el visible y que alude a la expresión pública de la acción colectiva (Mellucci, 1989, 1995). La política de aseguramiento del SSC, específicamente el modelo de atención de salud que se implementó, generó una trama organizativa a nivel micro social, donde se gestó la fase de latencia de la acción colectiva de los afiliados al SSC (León, 2018).



Desplazamiento de la organización social como sujeto de afiliación.

En el tercer período del gobierno de Alianza PAIS, el Consejo Directivo del IESS, dirigido por Richard Espinosa, aprobó la Resolución No. 516 del 30 de marzo de 2016, mediante la cual se expidió el *Reglamento de aseguramiento, recaudación y gestión de la cartera del SSC*. En el Artículo 80 de este instrumento legal se modifica la forma de afiliación al SSC en los siguientes términos: “Los afiliados bajo este régimen podrán registrarse en forma independiente o por intermedio de la organización campesina o de los pescadores artesanales, a través del portal institucional”. En el mismo sentido, al reglamentar la forma de pago de los aportes, el Artículo 86 dice explícitamente: “Las familias aseguradas en el régimen del SSC podrán cancelar sus aportaciones en forma individual o por intermedio de la organización campesina o de pescadores artesanales legalmente reconocida”.

De esa forma desaparece la centralidad del papel de la organización campesina y su exclusividad, tanto en la afiliación como en el proceso de pago de aportes, pues se crean los instrumentos para que se lo haga en forma individual. Tampoco se dice nada sobre el rol de la organización campesina en el control de los egresos e ingresos de los afiliados, como era anteriormente. Solamente se explicita la responsabilidad de la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura sobre este proceso, pero no se menciona a su contraparte social (Art. 82). Esto debilita la participación corporativa que había prevalecido desde el inicio del SSC y que había contribuido a su constitución como actor social deliberante. La participación le dio fuerza a la exigibilidad del derecho a la seguridad social por parte de estos sectores.

Con esta nueva modalidad se desmontó la dinámica anterior, según la cual los tesoreros de cada organización, comuna, asociación o comité pro-mejoras recolectaban los aportes de su organización y los entregaban al tesorero de la organización central de afiliados, que era contraparte del dispensario de salud. Este se responsabilizaba de depositar ese dinero en la cuenta respectiva del SSC.

Por otro lado, los afiliados podían establecer un aporte adicional al de la prima, con el cual se constituía un fondo, manejado por ese tesorero, que se utilizaba para el mantenimiento del dispensario, para la realización de obras adicionales o para el financiamiento de las actividades de la organización. Se realizaban asambleas periódicas con la participación de todos los jefes de familia, donde se planificaba el uso de los recursos del fondo y se rendía cuentas. Las trabajadoras sociales o investigadores sociales, como se las denominó posteriormente, asesoraban todo este proceso.

La nueva normativa amenaza la existencia de todo este engranaje y debilita el tejido organizativo que se gestó en torno a la participación de la organización campesina en el proceso de aseguramiento, que es el lugar donde se dan las interacciones que fraguan los sentidos de cuerpo, pertenencia, solidaridad, base de la motivación y empoderamiento. Esta modalidad de aseguramiento llevó a los afiliados comunes y corrientes a movilizarse en defensa del SSC como garantía del ejercicio de sus derechos.

En relación con este tema, un líder de la Federación Única Nacional de Afiliados al Seguro Social Campesino (FEUNASSC)¹² mencionó lo siguiente:

En el año 2008 levantaron una campaña (...) de que no se aporte un centavo más sino exclusivamente lo que tiene que aportarse por las prestaciones del SSC, (...) porque de gana las tesoreras o los afiliados están financiando a una organización o a un partido político. Entonces sacaron incluso una circular y eso pegó en mucha gente y muchas organizaciones dejaron de aportar. Desde ahí para acá la directiva nacional no recibe sino solo lo mínimo, que casi no alcanza ni para cubrir el arriendo (Entrevista a Delfín Buelva, 2015).

Esto sugiere que el móvil de estos cambios no ha sido solo una racionalidad tecnocrática centralista, sino también política: probablemente se trata de desmovilizar a un actor que históricamente ha luchado contra la privatización de la seguridad social. Si en la década de los 90 se destruyó a las organizaciones autónomas de trabajadores del IESS, en esta década la intención fue inmovilizar también a los campesinos, con el fin de allanar el camino para la implantación de la reforma neoliberal de la salud y de la seguridad social.

Se produjeron reacciones de los afiliados en contra de esta normativa. Esto limitó su aplicación (Entrevista a Miguel López, 2018). Como en varias ocasiones anteriores, la resistencia de los afiliados ha impedido la implementación de medidas perjudiciales, aunque no su derogación o reforma.

Cambio en los criterios de adscripción poblacional y replanteamiento de la participación social.

Otra condición importante del modelo del SSC fue la adscripción de una población cerrada en función de su pertenencia a una organización social. La definición de la ubicación del dispensario de salud se hacía partiendo de la dinámica de la organización social. Como lo decía Eloy Palacios, Coordinador de la Zona Austral desde 1983 hasta 1998, al dispensario de salud se lo ubicaba en el “centro ceremonial de la comunidad” (Entrevista a Eloy Palacios, 2015). Esto, aunado a la permanencia de auxiliares, médicos y odontólogos, que eran asignados a las mismas unidades de salud por largos períodos de tiempo, permitió que se desarrollaran relaciones de afecto, solidaridad y confianza entre los afiliados y los miembros del equipo operativo, lo que contribuyó tanto a la continuidad como a la integralidad de la atención de salud.

A diferencia de este criterio, y con el objetivo primordial de articular los dispensarios del SSC a la red plural de servicios de salud (de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSP y por el *Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados*

12 La FEUNASSC, una de las organizaciones nacionales de afiliados al SSC, existe desde 1988.



del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, expedido mediante la Resolución 308 del 10 de marzo de 2010), se establece la adscripción de la población a las unidades de salud según criterios geográficos acordes con la división político-administrativa del país. También se dispone el ingreso obligatorio a toda atención médica desde el primer nivel de atención, y un sistema de referencia y contrarreferencia hacia niveles de mayor complejidad (Art. 2).

Dentro de este primer nivel de atención se encuentran los prestadores ambulatorios, entre los cuales se incluye a los dispensarios del SSC (Art. 3). De esta forma, las unidades del SSC se abren a toda la población de la zona geográfica de su influencia. En esos espacios debe operar el principio de la libre elección regulada, como lo establece la Ley de Seguridad Social de 2001 y como lo ratifica el artículo 12 del reglamento. La referencia a niveles de mayor complejidad se la hace a través de un sistema de compraventa de servicios, que es el mecanismo de articulación de la red de prestadores plurales, y que incluye a los públicos y privados con y sin fines de lucro (Art. 5). Un sistema de información “integral e integrado de referencia, que se debe efectuar desde el primer nivel de atención”, es el instrumento de enlace (Art. 15).

El nuevo enfoque de la organización de los servicios parte de una visión tecnocrática desde el Estado y no desde la visión de los sujetos sociales. No toma en cuenta las dinámicas organizativas de los actores ni sus procesos históricos, a diferencia de lo que hace la política de aseguramiento del SSC. En el primer caso, la política pública se formula desde fuera de la dinámica social y pretende actuar sobre ella encuadrándola y moldeándola a la perspectiva estatal: la división geográfico-administrativa. Se trata de una especie de ingeniería social. La segunda visión se ancla en los procesos sociales y organizativos existentes y es pautada por ellos. El primer modelo no mira a los actores sociales, el segundo los reconoce y, al hacerlo, contribuye a su fortalecimiento. Esto es lo que está en juego con la nueva propuesta de adscripción poblacional.

Le eliminación del carácter cerrado de la población adscrita a los dispensarios del SSC amenaza ese conocimiento más cercano entre el equipo operativo y los afiliados. Esta relación facilita la integralidad de la atención, que en la práctica es producto de una especie de “dedicación exclusiva” a una población acotada que interactúa con el equipo de la unidad de salud en tres dimensiones: individual, organizativa y comunitaria.

Este cambio puede menoscabar el sentido de propiedad que tenían los afiliados respecto de los dispensarios, y desmotivar su participación en el proceso de planificación-gestión de la atención de salud y de control social, puesto que otros accederían a la misma atención sin comprometerse con el funcionamiento de la unidad de salud (Entrevista a María del Carmen Moreta, 2018).

La organización de afiliados al SSC participaba en la elaboración de los planes de trabajo de la unidad de salud, hacía el seguimiento de su cumplimiento y era contraparte de muchas actividades dentro de la unidad, sobre todo de las extramurales. Era pieza central de las convocatorias que se coordinaban con la auxiliar de enfermería. La organización era el nexo con la comunidad para el trabajo extramural de la unidad de salud.

Las directrices emanadas del *Reglamento para la atención de salud integral y en red de los asegurados* no toman en cuenta estos antecedentes. Definen tres ámbitos de participación social: el autocuidado de la salud enmarcado en la promoción de la salud, la ejecución de actividades de prevención y la gestión de los servicios. Propone la creación de comités de usuarios para las veedurías ciudadanas y el control de la calidad de los servicios, la coordinación con grupos existentes (del tipo de clubes de ancianos o de portadores de ciertas enfermedades crónicas) y la creación de centros de recepción de quejas por parte de los ciudadanos.

Se trata de una visión simplificada de la participación, que no se asienta en una lectura de los procesos sociales y organizativos existentes y que coarta la participación a ámbitos específicos de la gestión. En esta propuesta no se toma en cuenta para nada el modelo de participación existente, el cual puede incluso entrar en conflicto con esas instancias de participación creadas desde una lógica estatal.

Como sucede siempre en el proceso de aplicación de una política pública, existe un hiato entre la disposición legal y su implementación. En este caso, los dispensarios del SSC se abrieron a la atención de salud de la población no afiliada, pero solamente en casos de emergencia y morbilidad. La mayor parte de veces esta población no fue incluida en los procesos de planificación de las actividades de la unidad, en particular en las de promoción y prevención de salud. No se los tomó en cuenta en la elaboración de los mapas parlantes, sino en casos aislados, por decisión del médico. La supervisión que hacía el SSC analizaba el trabajo realizado exclusivamente con la población afiliada. De esa forma se preservó una interacción privilegiada entre las organizaciones de afiliados al SSC y los equipos operativos de los dispensarios del SSC.

Para algunos médicos del SSC, la apertura de los dispensarios a la población no afiliada tiene aspectos positivos: permite poner en práctica la solidaridad entre los afiliados y las personas pobres no afiliados que viven en la misma zona. También les parece interesante que esas personas conozcan lo que es el SSC y analicen la posibilidad de afiliarse. Lo que les preocupa es que esta atención representa una carga adicional de trabajo para el mismo equipo de salud, que no se ha ampliado en proporción con la nueva población atendida (Entrevista a Víctor Bravo, 2018). Tampoco se ha implementado el sistema de cruce de cuentas, por medio del cual se reembolse al SSC el costo de la atención brindada a la población no afiliada en los dispensarios del SSC. Hasta tanto opera la solidaridad de los afiliados al SSC con los otros pobres que viven en sus zonas.

A estos profesionales les sorprende que, si bien el SSC ha abierto sus puertas a la población no afiliada, el MSP las ha cerrado a la población afiliada. A partir de los acuerdos para la conformación de la red pública, los afiliados no son atendidos por las unidades de primer nivel del MSP, excepto en casos de emergencia y en el marco de los programas de prevención y control de enfermedades (Entrevista a Víctor Bravo, 2018).



Nuevas tecnologías de la información y menoscabo de la relación médico-paciente.

Otro aspecto que perjudica al modelo de atención del SSC tiene que ver con la incorporación de sistemas de registro electrónicos dispuestos por el MSP y por el Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS. El primero se refiere al RDACAA (Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias), que es un sistema de registro de la consulta. El segundo es el AS400, sistema informático diseñado para los hospitales del IESS que, a partir de 2015, se incorporó al SSC (Entrevista a María del Carmen Moreta, 2018). A más de eso se introdujo el IESS-PR, el cual, entre otros aspectos, registra el manejo de insumos y fármacos (Entrevista a Miguel López, 2018).

Si bien estos sistemas pueden ser efectivos en mejorar el funcionamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia, también tienen efectos negativos en la provisión de la prestación de salud en los dispensarios del SSC. En primer lugar, ninguno de los sistemas mencionados aplica un enfoque familiar, a diferencia del sistema de registro del SSC, que sí lo ha tenido desde su creación. Sorprendentemente, esta experiencia no ha sido tomada en cuenta para el diseño de los sistemas de información clínica del IESS ni para el reglamento emitido a través de la Resolución CD 308. Tampoco fue un insumo en la elaboración del MAIS por parte del MSP, a pesar de que en sus postulados se define como familiar y comunitario.

En este contexto, la incorporación de estos sistemas con enfoque individual representa una amenaza a la historia clínica familiar que ha utilizado el SSC desde sus inicios. Según el testimonio de un médico del SSC, por lo pronto se mantienen los dos tipos de registro: los electrónicos, articulados al sistema de información del Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS (AS400 e IESS-RP) y del MSP (RDACCA), y el manual del SSC que se restringe al uso en el dispensario. Este último es el más útil para la atención cotidiana local (Entrevista a Víctor Bravo, 2018)

¿Cuánto tiempo es posible mantener esta situación? Si los procesos de supervisión del trabajo del personal operativo de las unidades del SSC se hacen a través de los registros de los sistemas de enfoque individual, el personal no va a sentirse incentivado para mantener el sistema paralelo de tipo familiar. Lentamente irá desapareciendo y se desmontará uno de los principales pilares del modelo de atención del SSC.

En segundo lugar, y según médicos de los dispensarios del SSC, el llenado de los formularios de estos sistemas electrónicos ha deteriorado la calidad de la atención, porque afecta la comunicación y la empatía médico-paciente debido al poco tiempo que le queda disponible al médico para hablar con el paciente y examinarle. Hay una serie de actividades enmarcadas en una atención integral que no pueden darse cuando la relación médico-paciente está mediada por la necesidad de hacer simultáneamente un registro electrónico y cumplir con el tiempo predeterminado para la consulta.

En esta situación resulta imposible dar una atención médica que incluya un abordaje intercultural o alternativo, el cual supone actividades enmarcadas en otros saberes médicos que no se contemplan en los registros. Por lo mismo, no son tomados en cuenta en la evaluación del trabajo del médico o del otro personal operativo (Entrevista a Víctor Bravo, 2018)¹³. A la larga, esto conduce al vaciamiento de todos estos elementos del modelo de atención del SSC, que por sus características daba el espacio y el tiempo para que puedan incorporarse.

Homologación de unidades de salud y estancamiento de la red de servicios del SSC.

Por último, es importante analizar el efecto que tuvo en el modelo de atención del SSC el proceso de homologación de las unidades de salud del SSC a la tipología –por niveles de atención– emitida por el MSP para establecimientos de salud y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de esta tipología es homogenizar y ordenar toda la oferta de servicios de salud que conforman la red pública a nivel nacional, con base en criterios territoriales y poblacionales. Con ello se pretende que la atención de salud sea integrada y continua.

El MSP emitió la primera versión de la tipología de establecimientos de salud y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud en el año 2012. Desde entonces se iniciaron una serie de actividades de coordinación entre el MSP y el IESS con el objetivo de homologar las unidades de salud del IESS a las directrices emanadas por el MSP. De acuerdo con esta tipología, las unidades del SSC no encajaban en ninguna categoría porque eran demasiado sencillas, no cumplían con los requerimientos establecidos para infraestructura y equipamiento o no tenían dotación de recursos humanos, limitaciones establecidas según el criterio técnico del MSP. En consecuencia, el MSP planteó que de 650 dispensarios del SSC debían desaparecer 230 (Entrevista a Susana Dueñas, 2018).

La implementación de esta decisión fue imposible por la resistencia que presentó la Dirección Nacional del SSC con el apoyo de algunos cuadros técnicos de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Varios argumentos se esgrimieron para impedir que la decisión se pusiera en marcha: en primer lugar, el sentido de pertenencia y propiedad que tenían los afiliados al SSC respecto de los dispensarios, como producto de todo lo que ellos habían entregado para su construcción, mantenimiento y mejoras en función de las necesidades de la comunidad; y, en segundo lugar, la reacción social que una medida de este tipo generaría. No obstante, algunas unidades fueron cerradas.

13 Con este criterio coincidió una médica pediatra que trabajó durante muchos años en el Hospital Carlos Andrade Marín (entrevista a Esther León, 2018).



A pesar de esta resistencia interna, el MSP insistió en su propósito. Ejerciendo su rol rector optó por dos medidas: no permitir la creación de nuevas unidades de salud del SSC en los términos que plantea su normativa, y readecuar algunas unidades existentes en función de la tipología propuesta, sin ninguna participación de los afiliados al SSC. Lo primero tuvo como consecuencia el estancamiento del número de dispensarios a partir de 2013, a pesar de las múltiples solicitudes de diversas comunidades (Entrevista a Miguel López, 2018; entrevista a Fausto Dután, 2018). Lo segundo implicó el desmonte de la participación de los afiliados en todo lo que se relaciona con la gestión de la infraestructura de salud existente. Para ello se levantó un discurso según el cual los afiliados no tenían ninguna obligación de aportar con nada para el dispensario de salud. Todo debía proporcionarlo el IESS-SSC (entrevistas a Susana Dueñas, 2018; María del Carmen Moreta, 2018; Fausto Dután, 2018).

Esta decisión, que desde cierta lectura del derecho parece coherente, desde una perspectiva de construcción de la identidad y acción colectivas es devastadora, pues se desmontan las condiciones que permiten el desarrollo de interacciones entre los afiliados y los equipos operativos del SSC. Estos actores generaron, a lo largo de más de cuatro décadas, sentimientos de solidaridad, sentido de pertenencia y de propiedad respecto de la unidad de salud y del SSC, y permitieron la delimitación de un *nosotros* desde su realidad, con el empoderamiento que esto significa. Todos estos aspectos constituyen la fase de latencia de la acción colectiva, sin la cual no existe el momento público contencioso de la misma. Al vaciar el modelo de atención de sus elementos participativos, las políticas implementadas generan la de-constitución del actor social con su consecuente desmovilización.

Las transformaciones de la institucionalidad del SSC.

Desde su inicio, la institucionalidad del SSC experimentó un proceso de fortalecimiento: de plan piloto en 1968 pasó a ser una Dirección Nacional mediante la Ley de Extensión del SSC, que fuera ratificada posteriormente por la Ley de Seguridad Social del año 2001. En este marco legal se le reconoce como una de las cuatro direcciones especializadas del Seguro General Obligatorio, responsable de todos los procesos relacionados con el SSC, y se le otorga un cierto grado de autonomía operativa. Es responsable del “aseguramiento, la prestación y la compra de servicios de salud y de la entrega de prestaciones monetarias con cargo al Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino” (Art. 141).

Durante el gobierno de Alianza PAIS se dieron una serie de reformas de la estructura orgánico-funcional del IESS, que redefinieron las funciones y responsabilidades de la Dirección Nacional del SSC. Las reformas que se hicieron respondieron a tres orientaciones: primero, construir la red plural de prestadores de salud en los términos planteados por las directrices del MSP. Esto implicó una transferencia paulatina de potestades de la Dirección del SSC sobre su red de dispensarios hacia la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIYF). Segundo, dividir funciones, especialmente entre aseguramiento y prestación de servicios, tal como lo establece la Ley de Seguridad Social de 2001 para el

Seguro de Salud General y Familiar. En dicho marco legal se dispone que las unidades de salud se transformarán en empresas públicas autónomas, a fin de crear las condiciones para el ingreso del mercado como asignador de recursos mediante mecanismos de compra-venta. Tercero, promover un proceso de centralización, a nivel del Consejo Directivo y en particular de su presidente, de la toma de decisiones y de los procesos de apoyo que incluyen la adquisición de fármacos, equipamiento y la construcción de infraestructura

La transferencia de la responsabilidad de gestionar directamente la red de dispensarios del SSC hacia la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar fue paulatina. La Resolución CD 308, del 10 de marzo de 2010, expidió el Reglamento *para la atención de salud integral y en red de los asegurados del IESS*, por medio del cual

se regula los procedimientos a seguir para brindar la cobertura efectiva en la atención de salud que requieren los asegurados del IESS y, en general, los beneficiarios con derecho para acceder a las prestaciones de salud brindadas por las unidades médicas propias y externas de la Red Plural (Art. 1).

Dentro de las unidades médicas están contemplados los dispensarios del SSC que forman parte del primer nivel de atención de la red de servicios de salud del IESS, como lo establece la *Guía de reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud de la Seguridad Social con enfoque al asegurado con derecho y en red plural*, que es un anexo de esta resolución. En esta guía se reglamenta todo el quehacer de los dispensarios médicos del SSC. De esa forma, la Dirección del SSC pierde la capacidad de organizar, supervisar y gestionar la entrega de prestaciones a través de su red de servicios.

Posteriormente, mediante la Resolución 457 del 8 de agosto de 2013 se expidió un nuevo Reglamento Orgánico Funcional del IESS, que divide la estructura orgánica del IESS en procesos operativos y de apoyo administrativo.

Dentro de los procesos operativos se crea la Coordinación General de Prestaciones y la Coordinación General de Aportes, Fondos y Reservas. En la primera se encuentran la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, la Dirección del SSC, la Dirección General del Seguro de Riesgos del Trabajo y la Dirección del Sistema de Pensiones.

En los procesos de apoyo se crea la Coordinación General Estratégica, bajo la cual están las Direcciones Nacionales de Planificación, Procesos, Tecnología de la Información, Infraestructura y Equipamiento y la Coordinación General de Servicios Corporativos. Bajo esta última se encuentran las Direcciones Nacionales de Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Adquisiciones y Bienes y Servicios. Bajo las coordinaciones nacionales de los procesos operativos y de apoyo se encuentra la Coordinación General de Territorio, que tiene a su cargo a las direcciones provinciales.

La estructura descrita rompe con la existencia de unidades separadas, encargadas de todos los procesos que generan productos bajo su responsabilidad. Muchas áreas de gestión del SSC pasan a ser responsabilidad de otras instancias, como es el caso de la infraestructura y equipamiento, adquisiciones de diverso tipo (entre las que se encuentran

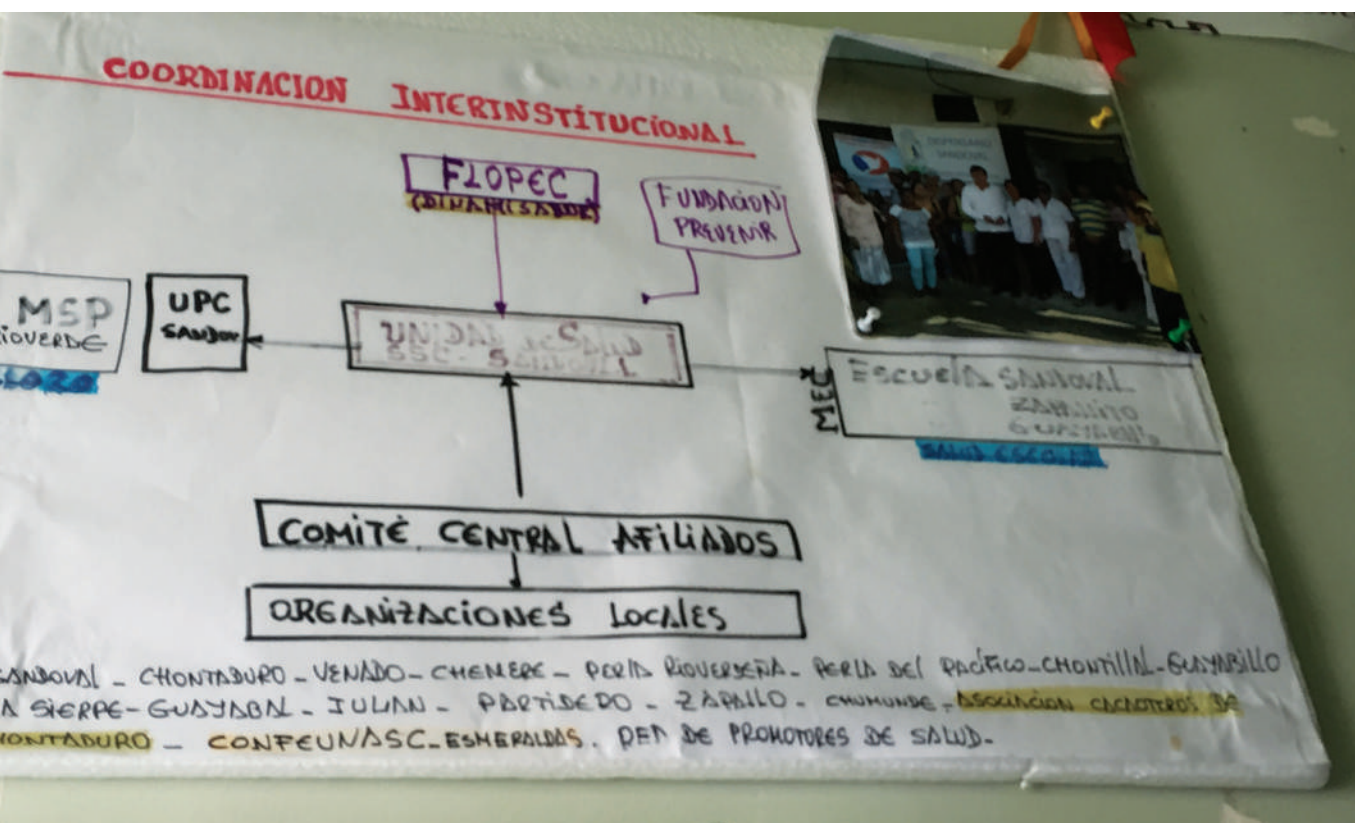


fármacos e insumos), gestión del talento humano, que se había desconcentrado hacia la Dirección del SSC en 2008 (Entrevista a Fernando Carpio, 2018).

Por otro lado, todas las coordinaciones generales, tanto de procesos operativos como de apoyo administrativo y de territorio, responden a la Dirección General del IESS. Esta a su vez responde a la Presidencia del Consejo Directivo, que se diferencia de los otros miembros del Consejo Directivo. Anteriormente, esta situación no se daba.

La estructura analizada muestra un proceso de centralización de decisiones en el más alto nivel de la institución, en particular a nivel del presidente del Consejo Directivo del IESS, así como una separación entre procesos habilitantes y agregadores de valor en cada uno de los seguros, sin espacios de coordinación horizontal entre sí. La estructura permite un control central de todas las decisiones, puesto que ninguna puede implementarse sin la autorización de las máximas autoridades. De esa forma, se rompe cualquier margen de autonomía del SSC.

Como consecuencia de lo señalado, la capacidad de respuesta y adaptabilidad del SSC a las orientaciones que pueden dar los afiliados a través de sus organizaciones, virtualmente desaparece, pues no tienen poder de decisión sobre los recursos que confluyen en la entrega de las prestaciones del SSC. La política solamente responde a las directrices centrales de la institución y pierde la posibilidad de ser orientada por los actores a la que está destinada. De esta forma, la relación corporativa también se menoscaba desde el lado del SSC.



Dentro de las competencias y responsabilidades de la Dirección General del Seguro de Salud Individual y Familiar (SGIYF), que establece este mismo reglamento, está su potestad sobre la red de servicios del SSC. Dispone las siguientes:

- Aprobar los procedimientos técnicos para el otorgamiento de los beneficios al asegurado en prestaciones de salud y subsidios monetarios.
- Proponer normas técnicas, criterios de calificación e informes de calificación del nivel de complejidad de las unidades médicas del IESS, incluidos los dispensarios comunitarios del SSC y de otros prestadores de salud, para su aprobación por el Consejo Directivo a través de la Dirección General, dentro del ámbito de su competencia y de conformidad con la norma vigente.
- Definir los criterios técnicos que permitan al asegurado elegir al prestador de los servicios de salud desde el primer nivel de atención, parte del cual incluye a los dispensarios del SSC.
- Elaborar las bases y especificaciones técnicas de selección y contratación de proveedores de fármacos, materiales quirúrgicos e insumos médicos para su aplicación en las unidades médicas del IESS, incluyendo los dispensarios comunitarios del SSC.
- Aprobar los procedimientos de referencia y contrarreferencia para el otorgamiento de las prestaciones de salud.
- Aprobar los procedimientos de facturación para su aplicación en todas las unidades de salud del IESS, incluidos los dispensarios del SSC.
- Aprobar los cuadros básicos de fármacos e insumos para ser aplicados en las unidades médicas del IESS y del SSC.
- Evaluar la calidad, oportunidad, eficiencia, facilidad de acceso y sustentabilidad de los servicios de salud brindados a los asegurados y aplicar los correctivos a través de procedimientos, protocolos y normativa técnica para su aplicación por las unidades provinciales del Seguro General de Salud y del Seguro Social Campesino (IESS, Resolución CD 457:12).

Por otro lado, la Dirección Nacional de Afiliación y Cobertura, dependencia de la Coordinación General de Aportes, Fondos y Reservas, tiene a su cargo el registro único de historia prestacional y cuenta individual de los afiliados, pensionistas y derechohabientes del Seguro General Obligatorio y del SSC (CD 457:18). En consecuencia, la Dirección del SSC ya no maneja ni siquiera los registros relacionados con el aseguramiento de sus afiliados.

En este contexto, la Dirección del SSC se queda con las siguientes competencias:

- Controlar el cumplimiento del plan de beneficios al afiliado y beneficiarios en las prestaciones de salud y económicas.



- Controlar y evaluar la calidad de las prestaciones entregadas a través de las unidades provinciales del SSC.
- Difundir los beneficios y servicios del SSC.
- Ejecutar los convenios con organismos nacionales e internacionales relacionados con el SSC que han sido aprobados por el Consejo Directivo.
- Elaborar informes técnicos y de rendición de cuentas y presentarlos a la Dirección General a través de la Coordinación General de Prestaciones, y formular, ejecutar y liquidar el presupuesto anual del SSC.

Este último punto no representa una potestad importante, pues la ejecución presupuestaria pasa por las aprobaciones que deben dar las instancias que tienen a su cargo las adquisiciones y demás procesos de manejo de los diversos recursos necesarios para hacer efectivas las prestaciones.

Por otro lado, la Dirección del SSC puede proponer para su aprobación al Consejo Directivo lo siguiente: políticas, estrategias y programas de promoción, prevención y atención de salud y de desarrollo comunitario; creación o supresión de dispensarios comunitarios; convenios con organismos nacionales e internacionales y de tipo interinstitucional (IESS. Resolución C.D. 457:14-15). De este modo pierde capacidad de decisión sobre aspectos claves en la entrega de prestaciones a los afiliados al SSC, uno de los cuales es la creación o supresión de dispensarios.

Esta limitación derivó en el estancamiento del número de dispensarios a partir de 2013. Al centralizarse las decisiones en los niveles más altos de la institución se limitó la capacidad de los afiliados de incidir, a través de sus organizaciones, en la orientación de la entrega de prestaciones en función de sus particularidades y de su realidad local. La Dirección del SSC, que es su contraparte natural, ya no tiene poder. La distancia entre el nivel de decisión y el del sujeto de la política se agranda, lo que contribuye a que prevalezca una lógica tecnocrática que tiene como principal referente a la realidad urbana y que propone una política nacional homogénea.

El traspaso del manejo de la red de servicios del SSC al Seguro General de Salud Individual y Familiar, así como el ajuste de la estructura institucional del IESS para la compra y venta de servicios de salud, se consolidaron a partir de 2013 en el marco de la construcción de la red interna del IESS, como parte de la red plural de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. La resolución CD 509, del 18 de febrero de 2016, reforma el estatuto orgánico funcional emitido por la Resolución CD 507. En esta se fortalece y complejiza la estructura de la Dirección Nacional del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, creando una serie de instancias responsables de los procesos de aseguramiento, provisión de servicios, control de calidad, gestión financiera y gestión de la información.

Por su parte, en la Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud se establece la Unidad de Regulación del Seguro de Salud, encargada de hacer las propuestas de lineamientos de regulación para las siguientes responsabilidades:

- Cobertura de prestaciones de salud del SSC.
- Implementación del nivel de atención y complejidad de los establecimientos de salud del SSC.
- Aplicación de la norma de licenciamiento, calificación y certificación de los prestadores de salud del SSC.
- Difusión de las normas sobre los procesos de organización, gestión y provisión de servicios de salud acorde con el modelo de atención definido por el IESS.
- Definición de la cartera de servicios de los dispensarios del SSC.

Como puede verse, en esta lista de responsabilidades constan las competencias relacionadas con la direccionalidad, gestión y control de la entrega de la prestación de salud del SSC.

En la Subdirección Nacional de Provisión de Servicios se crea una Coordinación de Centros de Primer Nivel de Atención del SGIYF y del SSC, lo que pone en evidencia la articulación de la red de servicios del SSC a la red de servicios del SGIYF. Esta integración se la hace en función de un enfoque preminentemente curativo, como ha sido el que ha prevalecido en la red de servicios del SGIYF del IESS. El enfoque de atención primaria de salud de los dispensarios del SSC, a pesar de las declaraciones en casos en sentido contrario, se subsume y mutila en este proceso.

El MAIS, tal como fue formulado, nunca se aplicó (Entrevista a Patricia Costales, 2018). No hay espacio para las actividades intersectoriales, que permiten incidir sobre ciertos determinantes y condicionantes de la salud, y mucho menos para las actividades de fortalecimiento organizativo y comunitario, fundamentales para la participación social. Se privilegia la atención a la enfermedad, es decir, la continuidad de la atención y su carácter integrado que resulta de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. De esta forma, se desmonta el único modelo basado en la atención primaria de salud y adecuado para las especificidades de las poblaciones rurales de campesinos pobres que ha existido en el Ecuador.

Mediante la Resolución CD 535, del 8 de septiembre de 2016, se reforma integralmente el Reglamento Orgánico Funcional del IESS, emitido con la resolución CD 457, y se propone una nueva estructura en base a procesos. Se identifican los procesos gobernantes, sustantivos, adjetivos de asesoría y apoyo y desconcentrados (Art. 2). Los primeros generan políticas, directrices y planes estratégicos; los segundos generan los productos que entrega la institución en el marco del cumplimiento de su misión; los terceros ofrecen insumos para los procesos gobernantes y sustantivos, y los últimos permiten gestionar la institución a nivel territorial (Art. 2).



Los procesos gobernantes están a cargo del Consejo Directivo y de su presidente, cuya figura se institucionaliza como diferente y superior a los demás miembros de este ente colegiado. Con ello se explicita el poder que ejerce en esta institución el Presidente de la República, de quien es su delegado. Esta imposición refleja el deterioro de la autonomía del IESS frente al poder Ejecutivo. También es parte de los procesos gobernantes el director general, que se encuentra bajo la autoridad del presidente del Consejo Directivo.

Los procesos sustantivos están bajo la Subdirección General y son: las direcciones nacionales de Afiliación y Cobertura, Recaudación y Gestión de Cartera, Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIYF), SSC, Seguro General de Riesgos del Trabajo, Sistema de Pensiones, Fondos de Terceros y Seguro de Desempleo.

Los procesos adjetivos de asesoría operan a nivel de las instancias gobernantes. Están directamente bajo la autoridad del director general e incluyen las direcciones nacionales de Gestión Financiera, Tecnología de la Información y Servicios Corporativos (Resolución C.D. 535:139). Aquí se incluye, entre otras, las entidades responsables de compras públicas, infraestructura y equipamiento y gestión del talento humano. Es una estructura centralizada y vertical, donde el poder de decisión está en la punta de una pirámide de base ancha, pues todos los procesos sustantivos y de apoyo están al mismo nivel, pero sin comunicación entre sí ni coordinación horizontal.

Al analizar las atribuciones y responsabilidades de la Dirección Nacional del SSC se puede apreciar, al igual que en el orgánico funcional aprobado por la Resolución CD 457, que ya no tiene potestad sobre el manejo de los dispensarios del SSC ni sobre la entrega de las prestaciones de salud ni económicas. Su función es la de “controlar el cumplimiento del plan de beneficios al afiliado y beneficiarios, en las prestaciones de salud y económicas, con sujeción a la Ley de Seguridad Social y la normativa interna expedida por el Consejo Directivo del IESS” (CD 535:49). En esta ocasión, a diferencia del orgánico funcional anterior, se le reconoce la atribución de “Aprobar las solicitudes de incorporación de nuevas organizaciones campesinas al Seguro, la calificación y reconocimiento de derechos y la autorización de entrega de las prestaciones a los afiliados y beneficiarios” (CD 535:49).

Respecto de la gestión de los dispensarios, la Dirección del SSC puede hacer propuestas a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar sobre los contenidos de la prestación de salud en los ámbitos de promoción, prevención y atención en función de las directrices de la autoridad sanitaria nacional, así como sobre la dispensación y compra de fármacos e insumos médicos. También la entrega de prestaciones debe realizarse de acuerdo con las directrices dadas por la autoridad sanitaria nacional. Igualmente, la Dirección del SSC debe coordinar con dicha instancia el plan anual de contrataciones del SSC y la compra de servicios a las unidades médicas del IESS, o de otros prestadores públicos o privados, para la atención integrada de sus afiliados, y puede proponer la creación de nuevos dispensarios médicos presentando los justificativos técnicos. De igual forma, puede coordinar con las instancias competentes las novedades en el registro de afiliados, la difusión de las prestaciones del SSC, la implementación de sistemas informáticos, el equipamiento tecnológico y la conexión en red de los dispensarios. La Dirección del SSC se reserva la competencia de la gestión financiera de los recursos económicos de la institución.

Es interesante señalar que, a diferencia del anterior, en este orgánico-funcional se contempla como una instancia dependiente de la Subdirección de Gestión y Control del SSC a la unidad de Gestión de Desarrollo Social, Comunitario y Saneamiento Ambiental, que tiene a su cargo el desarrollo de actividades relacionadas con saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Es una versión muy simplificada del trabajo intersectorial, vinculado con las temáticas del desarrollo local, en comparación con lo que ha hecho el SSC a lo largo de su existencia. Aquí se habla de alianzas público-privadas para proyectos en los ámbitos señalados, así como de la canalización de la cooperación internacional. No se menciona el papel de las organizaciones de afiliados ni de las organizaciones comunitarias como sujetos y aliados clave en estos procesos.

A partir del análisis realizado se puede afirmar que durante el período de gobierno de Alianza PAIS se debilitó la institucionalidad del SSC. Dos procesos confluyeron en este sentido: la transferencia de la gestión de los dispensarios del SSC a la Dirección Nacional del Seguro General de Salud Individual y Familiar, con el objetivo de conformar la red plural de prestadores de salud siguiendo las directrices del MSP, y el proceso de centralización de todos los procesos habilitantes, que le restó capacidad de decisión y gestión.

El SSC mantuvo competencias relacionadas con las prestaciones económicas, con el manejo del fondo del SSC y con el control de la entrega de la prestación de salud y la compra de servicios a los prestadores de la red plural, en el marco de la división de funciones entre aseguramiento y provisión que establece la Ley de Seguridad Social vigente. En el último orgánico funcional también se le reconoce su capacidad para aprobar las solicitudes de incorporación de nuevas organizaciones sociales, lo que preserva un espacio de interrelación con las organizaciones de afiliados.







Conclusiones

1. El estudio realizado muestra una tendencia continua y persistente de debilitamiento del SSC a partir del año 2000. Durante el gobierno de Alianza PAIS esta tendencia no se revierte; al contrario, se consolida. El análisis de la política de salud y seguridad social a partir de los planes de desarrollo y del Buen Vivir sugiere que a lo largo de dicho gobierno prevaleció un proyecto político desarrollista modernizador, dentro del cual no constaba el fortalecimiento y potenciación del SSC como parte de la reproducción de la economía familiar campesina. Sin embargo, esta tendencia no fue lineal: por ello, el número de afiliados al SSC aumenta en forma sostenida desde 2007 hasta 2010, cuando se recuperan las coberturas del año 1998. Posteriormente, el ritmo de crecimiento disminuye hasta hacerse negativo a partir de 2016.

La evolución del número de dispensarios obedece a las mismas variaciones. Esto sugiere que en los primeros años del gobierno de Alianza PAIS se pudo expresar un proyecto alternativo de desarrollo, parte del cual era el fortalecimiento del SSC. Luego, este proyecto queda desplazado y se eclipsa hacia el final del gobierno.

2. El estudio logra identificar la existencia de una política de salud cuyo objetivo central es estructurar un Sistema Nacional de Salud sobre la base de la integración de una red de prestadores públicos y privados (red plural) que se relacionan mediante la compra-



venta de servicios, donde la forma de pago de proveedores es por servicio entregado¹⁴. El objetivo es introducir al mercado como asignador de bienes dentro del sistema de salud y como eje de su articulación. Para ello, promueve la división de funciones entre rectoría, financiamiento y provisión de servicios al interior del MSP y del IESS, así como la definición de tarifarios y de un conjunto de prestaciones que se entregarán en cada nivel de atención de salud.

Todos estos elementos nos remiten a las propuestas neoliberales de reforma de la salud impulsadas por el Banco Mundial en la década de los 90, que buscaban crear un mercado de prestadores de salud y de aseguradores con mayor o menor control por parte del ente rector. En este sentido, los planteamientos de universalidad y gratuidad de los discursos oficiales durante el gobierno de Alianza PAIS pueden referirse, en un momento dado, a la entrega de un conjunto de prestaciones en función de los recursos disponibles. En esa situación no existiría contradicción alguna entre un discurso universalista y de gratuidad y uno neoliberal.

Por otro lado, la Ley de Seguridad Social, aprobada en 2001 y vigente hasta la fecha, que fue el referente de muchas resoluciones del Consejo Directivo del IESS en ese período, también se encuentra alineada con este mismo enfoque, aunque con las limitaciones impuestas por la Constitución de 1998, que preservaba el carácter público y obligatorio de la seguridad social y consagraba la existencia del SSC.

La compatibilidad entre este marco legal y las directrices del MSP facilitó la puesta en marcha de las transformaciones planteadas, a través de las cuales se logró un alineamiento institucional paralelo entre el MSP y el IESS. Esto preparó el terreno para un cambio que podría darse si se desmontan los impedimentos a la privatización de la seguridad social que estableció la Constitución de 2008.

Para los defensores de las propuestas neoliberales, la existencia de las organizaciones de afiliados al SSC siempre fue un impedimento para su implementación, gracias al poder de veto a la privatización de la seguridad social expresado por medio de su acción colectiva. Durante el gobierno de Alianza PAIS la movilización de los afiliados al SSC impidió que se eliminen las prestaciones de salud y maternidad del Seguro Social Obligatorio, tal como pretendía el equipo de la Transformación Sectorial de Salud del MSP al inicio del gobierno. Por ello, la neutralización de este actor puede ser una necesidad para la implementación de cambios, como la creación de un fondo mancomunado de recursos entre el IESS y el MSP. Este fondo serviría para financiar la ampliación de la cobertura, tal como lo afirma quien fuera viceministro de Salud de la ministra Carina Vance (Malo, 2017). Este es un aspecto que debe ser indagado con mayor profundidad.

14 El pago por servicio entregado es un mecanismo de pago a proveedores altamente ineficiente, pues incentiva la sobre utilización de los servicios (Hurley, Jeremiah y Mita Giacomini, 1998). El riesgo financiero lo asume totalmente el pagador que, en este caso, sería el fondo de salud del IESS o del MSP. La actual crisis financiera del fondo de salud del IESS es producto, entre otros aspectos, de la implementación de este tipo de pago a proveedores durante el gobierno de Alianza PAIS.

3. La política de seguridad social implementada a través del SSC se ha caracterizado por ser eminentemente participativa. Las organizaciones campesinas e indígenas eran las contrapartes reconocidas por el IESS-SSC. Interactuaban con los equipos operativos del SSC en las distintas dimensiones del modelo de atención de salud, a través del cual se integraba la entrega las prestaciones de salud y económicas. En esa interacción se crearon espacios donde se gestaron sentidos de pertenencia, cuerpo y propiedad respecto de los dispensarios y del SSC, así como sentimientos de solidaridad, afecto y reconocimiento de los otros como parte de un *nosotros* que les motivaron a movilizarse cuando sintieron la amenaza de desaparecer el SSC (León, 2018).

Este entramado de interacciones no solo contribuyó al desarrollo de la acción colectiva de los afiliados al SSC y a su constitución como actores sociales deliberantes, sino que fue fundamental para lograr una buena calidad de la atención de salud desde una perspectiva integral. El conocimiento mutuo entre los miembros de los equipos operativos y los afiliados fue fundamental.

Los cambios que se introdujeron en el modelo de atención amenazan con menoscabar esta relación. Se desmonta la participación corporativa de los afiliados al SSC a través de sus organizaciones y se la sustituye por una interacción individual. La pérdida de centralidad de la organización en el proceso de aseguramiento (desde la afiliación hasta la recolección de los aportes y el control de los ingresos y egresos) es uno de los mayores golpes que puede darse a la acción colectiva de los afiliados al SSC, pues se deja de reconocer a la organización social como contraparte legítima del IESS-SSC. Esto debilita su capacidad de interpelación al IESS-SSC y su representatividad ante los afiliados.

La eliminación del papel de las organizaciones de afiliados en la definición de la ubicación del dispensario, así como en su construcción y mantenimiento, debilita el sentido de propiedad y de pertenencia que se había desarrollado anteriormente. A esto se suma la apertura de los dispensarios a la población no asegurada y la adscripción poblacional en función de criterios geográficos, mas no a partir de la vinculación organizativa.

Por último, todos los cambios que se introdujeron con el objetivo de integrar los dispensarios del SSC a la red de servicios del IESS, enmarcándolos en los lineamientos de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS (que tienen una orientación clínica-individual, eminentemente biologista, medicalizada y curativa) amenazan con desmontar las condiciones que permiten dar una atención integral tanto a nivel individual como comunitario. No solo se destruyen las condiciones que permitieron el desarrollo de diversos vínculos y sentimientos de solidaridad, afecto y pertenencia de los afiliados y de los equipos operativos, que fueron la base del desarrollo de su acción colectiva y constitución como actores, sino que se desmonta un modelo de atención implementado por más de 50 años y que ha sido una garantía para el ejercicio del derecho a la salud de estas poblaciones. Este modelo se ajusta a la realidad rural, está basado en la atención primaria de salud, es integral, integrado,



participativo y continuo, está próximo a la cotidianidad de las comunidades y tiene enfoque familiar.

4. A lo largo del gobierno de Alianza PAIS la institucionalidad del SSC también fue debilitada en el marco de las reformas de la estructura organizacional del IESS. La centralización de las decisiones en el presidente del Consejo Directivo, en el Consejo Directivo y en el Director General, así como la separación entre los procesos sustantivos y los de apoyo (dentro de los cuales constan la construcción de infraestructura, la adquisición de equipamiento, insumos y medicamentos y los sistemas de información y registro, entre otros) restringieron el ámbito de decisión y gestión de la Dirección del SSC. Pero lo que más debilitó a esta instancia fue la transferencia a la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar de la capacidad para direccionar la prestación de salud en los dispensarios del SSC, en el marco de la articulación de estos con la red plural de servicios. Así se abrió la puerta para desmontar el modelo de atención del SSC, con los efectos anteriormente señalados.
5. Si bien lo mencionado son las líneas matrices de la transformación del SSC durante el gobierno de Alianza PAIS, es importante tener presente que las organizaciones tienen la capacidad de resistir a los cambios. En el caso de los dispensarios del SSC, la relación entre los equipos operativos y los afiliados sigue siendo estrecha a pesar de que se han abierto a la población no afiliada, pues se preserva su papel en la gestión y entrega de prestaciones. En este sentido, mantienen una relación privilegiada respecto a los no afiliados. La ficha familiar aún se utiliza y se mantiene como un registro paralelo, no integrado a los sistemas unificados del IESS y del MSP.

Muchas de estas resistencias al cambio pueden ser poco sostenibles. Sin embargo, existe otro elemento que es fundamental tomar en cuenta y que puede ser más efectivo en la defensa del SSC. Se trata de las organizaciones de afiliados al SSC, que persisten más allá del desplazamiento de su papel en el modelo de atención de salud, puesto que responden a procesos organizativos sociales preexistentes propios de las comunidades y en muchos casos están articuladas a tramas organizativas campesinas más amplias. Su capacidad de respuesta depende de procesos políticos más complejos, que ameritan un estudio específico y particular.

6. Es importante señalar que la política implementada dentro del IESS fue posible gracias a un debilitamiento de su autonomía, producto de la ausencia de actores institucionales que la defendieran¹⁵ y de la implementación de un régimen político autoritario. En este contexto, las reformas a la estructura del IESS centralizaron las decisiones en el presidente del Consejo Directivo del IESS, que es delegado directo del Presidente de la República, quien muy probablemente definía las políticas a implementarse tanto en esta institución como en el MSP (Chang, 2017).

15 En la década de los 90 se destruyó el sindicato nacional del IESS, que fue un actor central en la lucha contra la privatización de la seguridad social.

7. Por último, cabe mencionar que la revisión realizada sugiere que de mantenerse las políticas que se han implementado durante el gobierno de Alianza PAIS, el SSC probablemente desaparezca como lo conocemos. Una consecuencia podrá ser el desmontaje de la relación corporativa democrática entre las organizaciones de los afiliados al SSC y el IESS-SSC, con un vaciamiento del componente participativo de la política de aseguramiento. Con ello también desaparecerá el movimiento social de los afiliados al SSC, que luchó contra la privatización de la seguridad social. De esa forma, se puede afirmar que se estaría allanado el camino para la privatización de la seguridad social.

Este hecho, y el alineamiento de los cambios organizativos dentro del MSP y del IESS en función de preceptos neoliberales y del desarrollo de un mercado de proveedores de servicios de salud, condiciones estas que se han producido durante el gobierno de Alianza PAIS, viabilizarán las reformas neoliberales de salud y seguridad social si la correlación de fuerzas políticas lo permiten.



Bibliografía

- Aguilar, Marcelo (2017). La Salud Pública en el Ecuador de la Revolución Ciudadana. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*. Vol 42, No. 2.
- Arteaga, Erika (2018). El legado de la Revolución Ciudadana en salud. *Rebelión*. Disponible en <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=245644>. Acceso: 28 de septiembre de 2018.
- Barreiro, Pedro Isaac (2004). *El IESS y el Seguro Social Campesino*. Quito: PPL Impresores.
- Chang, Caroline (2017). "Evolución del sistema de salud en el Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014". *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol 78, No. 4, oct/dic. Disponible en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14270>. Acceso: 30 de agosto de 2018.
- CEPAL (2006). La protección social de cara al futuro. Disponible en https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/5/39245/Proteccion_social_de_cara_al_futuro.pdf. Acceso: 20 de septiembre de 2018.
- Constitución de la República del Ecuador, 2008. Registro Oficial No. 449, Órgano del Gobierno del Ecuador, Quito, 20 de octubre de 2008.
- Córdova, César (1985). La experiencia de los servicios de salud del Seguro Social Campesino. En OPS-MSP (Eds.), *Primer Seminario Nacional sobre Sistemas de Salud en Ecuador*. Quito: ININMS-MSP/OPS.
- Cuvi, Fabiola (1975). El Seguro Social Campesino en el Ecuador. *Revista Iberoamericana*.
- Decreto Supremo No. 307. Registro Oficial, Gobierno del Ecuador, Quito, 4 de abril de 1973.
- Espinosa, Verónica; Acuña, Cecilia; Daniel De la Torre y Gina Tambini (2017). La reforma de salud en el Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. No. 41.
- Fleury, Sonia y Assis Mafort Ouverney (s/d). Política de saúde: uma política social. Disponible en https://www.academia.edu/23733394/Politica_de_Salud_como_Pol%C3%ADtica_social_Fleury_Mafort?auto=download. Acceso: 20 julio de 2018.
- González, Luis Alberto (2005). *El Seguro Social Campesino 2003-2005*. Quito: El Quinde.



- Hurley, Jeremiat y Mita Giacomini (2000). Asignación de fondos y remuneración en la atención de salud. En Jeremiah Hurley et al. *Introducción a los conceptos y herramientas analíticas para la reforma del sector salud y financiamiento sustentable*. Montreal: Universidad de McMaster (versión traducida al español) 139-153.
- IESS (2015). Boletín Estadístico No. 21. Disponible en <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>. Acceso: 15 de julio de 2018.
- IESS (2014). Boletín Estadístico N. 20. Disponible en <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/estadisticas>. Acceso: 15 de julio de 2018.
- IESS. Consejo Directivo. Resolución 516 del 30 de marzo de 2016.
- IESS. Consejo Directivo. Resolución 308 del 10 de marzo de 2010.
- IESS. Consejo Directivo. Resolución 457 del 8 de agosto de 2013.
- IESS. Consejo Directivo. Resolución 535 del 8 de septiembre de 2016.
- INEC (1995). Encuesta de Condiciones de Vida, Tomo 1. Quito: INEC.
- Iturralde, Pablo (2015). *Privatización de la salud en el Ecuador. Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados*. Plataforma por el derecho a la salud. Quito: 44.
- León, Ninfa (2018). *De sujetos de la política pública a movimiento social: la emergencia de la acción colectiva de los afiliados al Seguro Social Campesino entre 1993-1998*. (Tesis doctoral) Flacso. Quito.
- Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. Registro Oficial No. 124, Órgano del Gobierno del Ecuador, Quito, 20 de noviembre de 1981.
- Ley del Seguro General Obligatorio Codificada. Registro Oficial No. 21, Órgano del Gobierno del Ecuador, Quito, 8 de septiembre de 1988.
- Ley de Seguridad Social. Registro Oficial No. 465, Órgano del Gobierno del Ecuador, Quito, 30 de noviembre de 2001.
- Malo, Miguel y Nicolás Malo Corral (2014). Reforma de salud en el Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol 31 (4). Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400022. Acceso: 22 de septiembre de 2018.
- Melucci, Alberto (1995). *The process of collective identity*. En Hank Johnston y Bert Klansdermans (comp.), *Social Movements and Culture* (pp. 41-63). Minneapolis: University of Minnesota Press.

_____ (1989). *Nomads of the Present*. Philadelphia: Temple University Press.

MSP (2009). *Transformación sectorial de salud del Ecuador. Hacia una garantía de derechos en salud para todos*. Alcances de la propuesta de Transformación Sectorial a partir de la nueva Constitución 2008, del IV Congreso por la Salud y la Vida y del nuevo modelo de gestión del MSP. Quito: versión impresa

_____ (2008). *Transformación sectorial de salud del Ecuador. Hacia una garantía de derechos en salud para todos*. Quito: versión impresa

_____ (2007). *Modelo de atención integral, familiar y comunitario*. Documento de trabajo no publicado. Quito, Ecuador.

OPS/OMS (1989). *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. Washington DC: OPS.

Scott, James (1976). *The Moral Economy of the Peasant: Rebellion and Subsistence in Southeast Asia*. New Heaven and London: Yale University Press.

Seguro Social Campesino (2008) "Marcha a Montecristi". Documental.

SENPLADES (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010. Disponible en <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/09/Plan-Nacional-Desarrollo-2007-2010.pdf>. Acceso: 28 de agosto de 2018.

SENPLADES (2009). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013. Quito: SENPLADES.

SENPLADES (2013). Buen Vivir, Plan Nacional 2013-2017. Disponible en <http://www.buenvivir.gob.ec/descarga>. Acceso: 10 de septiembre de 2018.

Shaning, Theodor (1979). El Campesinado como factor político. En Shaning Theodor (comp.), *Campesinos y Sociedades Campesinas* (pp. 214-236). México DF: Fondo de Cultura Económica.

The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank (1993). *Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

Thompson, E. P. (1981). *Miseria de la Teoría*. Barcelona: Ed. Crítica.



Entrevistas

NOMBRE	FUNCION DESEMPEÑADA	FECHA
María del Carmen Moreta	Extrabajadora social del SSC.	02/11/ 2017
Víctor Bravo	Médico del SSC de Esmeraldas.	05/06/2018
Miguel López	Médico del SSC de Azuay.	16/07/2018
Fausto Dután	Director del SSC 2007-2017	20/07/2018
Susana Dueñas	Exresponsable de articulación de la red pública en el IESS.	25/07/2018
Patricia Costales	Responsable de la elaboración del Manual del MAIS del MSP.	12/09/2018
Delfín Buelva	Dirigente de la FEUNASSC.	09/03/2016
Fernando Carpio	Exdirector de Riesgos del Trabajo del IESS.	15/09/2018
Esther León	Exmédica pediatra del HCAM.	15/09/2018



Esta publicación fue financiada por el proyecto **Plataforma por el Derecho a la Salud**



Fundación
Donum
Solidaridad para la autogestión y el desarrollo



Bélgica
socio para el desarrollo