

Estudio Epidemiológico: Actividad Médica del Sistema de Salud de la Seguridad Social del Ecuador, 2013

Freud Cáceres Aucatoma¹, Patricia Margarita Herrera Jirón¹, Andrea Soledad Mora Arévalo²

1 Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador

2. Especialista de Comunicación Universidad Andina Simón Bolívar

CORRESPONDENCIA:

Freud Cáceres Aucatoma MD. PhD
Av. 12 de Octubre 1076 y Roca. Quito. Ecuador
Facultad de Medicina. Torre 1. Piso 7.
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Tel: [593]983411142
Mail: caceres905@puce.edu.ec

Fecha de Recepción: 20-02-2017
Fecha de Aceptación: 31-05-2017
Fecha de Publicación: 28-07-2017

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Cáceres F, Herrera P, Mora A. Estudio Epidemiológico: Actividad Médica del Sistema de Salud de la Seguridad Social del Ecuador. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 161 - 169. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.ao.26>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2017 Cáceres et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCION: Los beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social fueron históricamente los menores de 1 año y a partir del año 2001 se incrementó la prestación de salud hasta los menores de 6 años y posteriormente en el 2011 se incorporaron los menores de hasta 18 años. El objetivo de este estudio fue correlacionar los indicadores de gestión en salud en los hospitales, dispensarios anexos y dispensarios médicos campesinos respecto a la demanda, oferta y población en cuatro periodos: I) 1978-1987; II) 1988-1997; III) 1998-2007 y IV) 2008-2013.

MÉTODOS: Es un estudio epidemiológico de tipo ecológico donde se analizaron variables de la actividad médica (consulta externa, emergencias, cirugías, estancia hospitalaria, tasa de médicos, dispensarios anexos, dispensarios y organizaciones campesinas) respecto a la población atendida. Se utilizó el factor de correlación de Spearman y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar entre los 4 periodos del estudio. Se consideró como resultado significativo una $p < 0.05$.

RESULTADOS: En el seguro de salud, la tasa de médicos influyó en la cantidad de egresos, disminuyendo los días de estancia media desde 9 días al inicio de la serie (1978) hasta 6 días al finalizar el estudio (2013) utilizando con eficacia las camas disponibles (Rho: -0.718; $p < 0.05$). En el Seguro de Riesgos de Trabajo, durante el III periodo la población protegida creció mientras el número de atenciones en los dispensarios anexos decreció (Rho: -0.3995; $p < 0.01$). En el Seguro Social Campesino, en el periodo II el grupo de beneficiario fue el que más crecieron respecto a la población protegida (Rho: 0.85; $p < 0.01$).

CONCLUSIÓN: Los indicadores de gestión en salud en los hospitales, en los dispensarios anexos y en los dispensarios médicos campesinos, tuvieron una correlación directa y significativa respecto al incremento de la demanda a lo largo de toda la serie (1978-2013), mientras que la oferta aumento no a la misma velocidad requerida, por a la incorporación de nueva población protegida (afiliados, jefes de familia, beneficiarios y pensionistas) cumpliendo las políticas de seguridad social del Estado de derecho.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD SOCIAL, GESTIÓN DE RIESGOS, RIESGOS LABORALES, ATENCIÓN MÉDICA.

ABSTRACT

Epidemiological Study: Medical Activity of the Social Security Health System of Ecuador

Background: The beneficiaries of the Ecuadorian Social Security Institute were historically under the age of 1 and from 2001 onwards the health benefit was increased to those less than 6 years of age and later in 2011 the children under 18 years old were incorporated. The aim was to correlate the indicators of health management in hospitals, clinics and medical annexes peasants regarding demand, supply and population in four period's dispensaries: I) 1978-1987; II) 1988-1997; III) 1998-2007 and IV) 2008-2013.

Methods: It is an ecological epidemiological study that analyzed variables of the medical activity (external consultation, emergencies, surgeries, hospital stay, rate of doctors, clinics and peasant dispensaries/organizations) with respect to the population served. The Spearman correlation factor (Rho) and the Kruskal-Wallis test were used to compare the 4 study periods. A $p < 0.05$ was considered a significant result.

Results: In health insurance, the rate of medical influenced the amount of expenditures, reducing the days average stay from 9 days at the beginning of the series (1978) to 6 days at the end of the study (2013) effectively using the existing bedding (Rho: -0.718, $p < 0.05$). In the Occupational Risks Insurance, during the third period the protected population grew while the number of attendances in the attached clinics decreased (Rho: -0.3995; $p < 0.01$). In the Rural Social Security, in period II, the group of beneficiary was the one that grew the most with respect to the protected population (Rho: 0.85, $p < 0.01$).

Conclusions: Health management indicators in hospitals, outpatient clinics and peasant medical clinics had a direct and significant correlation with the increase in demand throughout the series (1978-2013), while supply increase not at the same speed required, for the incorporation of new protected population (affiliates, beneficiaries and pensioners) complying with the social security policies of the State of law.

KEYWORDS: SOCIAL SECURITY; RISK MANAGEMENT; OCCUPATIONAL RISKS, MEDICAL CARE.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han formulado políticas y estrategias de transformación de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial según lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reafirman varios compromisos entre los cuales figura la cobertura universal de salud [1].

En Ecuador el seguro universal obligatorio cubre contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, entre otros, extendiendo su cobertura a toda la población urbana y rural con independencia de su situación laboral fue introducido, con la nueva Constitución de 2008, para atender la voluntad ciudadana y los compromisos adquiridos como país [2].

Cronológicamente, en 1978 la población de beneficiarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) fueron los menores de 1 año. Por Ley en el 2001 se incrementó la prestación de salud hasta los menores de 6 años siendo aplicada en el 2009 y 2011 atendiendo al enfoque de protección como asistencia y acceso a la promoción, se incorporó a los menores de hasta 18 años [3-5].

El objetivo del informe fue correlacionar los indicadores de gestión de salud en los hospitales, dispensarios anexos y dispensarios médicos campesinos respecto a la demanda, oferta y población en cuatro periodos: I) 1978-1987; II) 1988-1997; III) 1998-2007 y IV) 2008-2013.

MATERIALES Y MÉTODO

El diseño del estudio epidemiológico de tipo ecológico y se analizaron los seguros de salud, riesgos del trabajo y seguro campesino durante cuatro periodos [6]: I) 1978-1987, II) 1988-1997, III) 1998-2007 y IV) 2008-2013, los siguientes indicadores de gestión:

A) En seguro de salud las variables fueron: el número de atenciones (consulta, emergencia, egresos y cirugías), población beneficiaria, tasa de médicos por 10.000 habitantes protegidos, número de camas (censables e ideales), promedio de estancia hospitalaria y cama por 10.000 habitantes protegidos (afiliados, jubilados y seguro social campesino). No se considera a los beneficiarios (hijos de afiliados menores de hasta 18 años). La tasa=cama censable/población protegida x 10.000. El cálculo de camas ideales para la capacidad instalada = egresos x estancia media / 365 días x 0,85 (índice de ocupación ideal).

B) El número de atenciones médicas en los dispensarios anexos del seguro de riesgos del trabajo.

C) En el Seguro Social Campesino (SSC) respecto a número de organizaciones, dispensarios médicos, jefes de familia, beneficiarios y pensionistas del seguro social. En el análisis del IV periodo, fue desde año 2008 al 2010.

Los datos se presentaron como mediana y rangos. En el estudio de asociación se utilizó el factor de correlación de Spearman (Rho) y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar entre los 4 periodos del estudio: I) 1978-1987, II) 1988-1997, III) 1998-2007 y IV) 2008-2013.

RESULTADOS

La actividad de consulta externa-emergencias-intervenciones quirúrgicas-egresos en el seguro de salud respecto a la actividad asistencial en general de toda la serie (1978-2013), se observa una importante demanda de la consulta externa con 2'055.441 aten-

ciones de mediana respecto a las otras actividades. De la mediana de egresos hospitalarios (64.694 atenciones) se conoce que el 60 % proceden de emergencias (38.816 atenciones) y el 40 % proceden de la consulta externa (25.878 atenciones), sin embargo para el número de atenciones tanto de consulta externa como de emergencias el número de egresos es limitado y observamos un crecimiento sustantivo en los rangos superiores para cada actividad (Tabla 1).

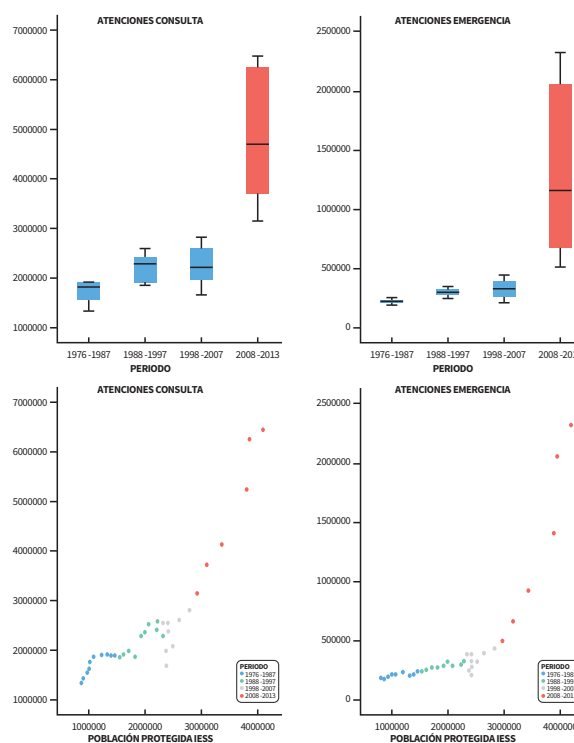
Tabla 1. Serie histórica 1978-2013 de la actividad del Seguro de Salud

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	MEDIANA	RANGOS
CONSULTA EXTERNA	2'055.441	1'333.288 - 6'474.790
EMERGENCIAS	281.680	181.450 - 2'321.872
CIRUGÍAS	66.524	28.777 - 138.064
EGRESOS HOSPITALARIOS	64.694	40.149 - 162.744

Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Datos expresados en mediana y rangos (inferior-superior)

Al relacionar la población protegida respecto a la actividad existió una correlación directa de 0.825 para consulta externa; de 0.862 para emergencia; de 0.951 para cirugías y de 0.806 para egresos en toda la serie ($p < 0.01$). Durante los periodos I y II el crecimiento fue sostenido, sin embargo para el III periodo el crecimiento fue estacionario, para el IV periodo el crecimiento (sobrecrecimiento) fue muy significativo. (Gráfico 1 y 2).

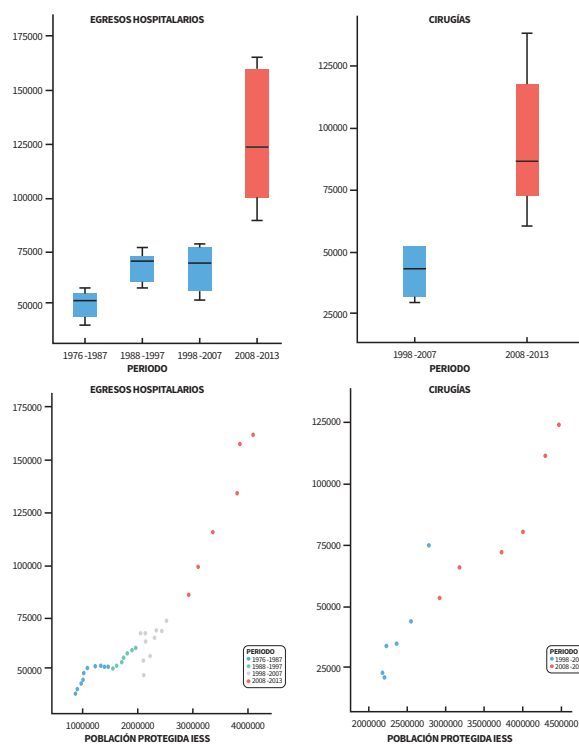
Gráfico 1. Serie histórica nacional del IEES 1978-2013 respecto a la atención en consulta externa y emergencias en el Seguro General de Salud.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.

Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Gráfico 2. Serie histórica nacional del IEES 1978-2013 respecto a los egresos hospitalarios y cirugías realizadas en el Seguro General de Salud.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Las camas censables - camas ideales – estancia media hospitalaria: Los periodos III y IV la mediana de camas censables fue 1.790 con un rango entre 1.562 a 2.397, para 7 días de estancia media con un rango entre 5 a 12 días.

Sin embargo al detallar, en el III periodo la mediana de camas censables fue de 1.665 respecto a 1.610 camas ideales (valor óptimo) para una estancia media de 9 días, existiendo 55 camas no utilizadas respecto al número de egresos, a pesar de la estancia media fue alta. Mientras que para el IV periodo fueron 2.253 camas censables respecto 2.504 camas ideales para una estancia media de 6 días, existiendo un déficit de 251 camas respecto al número de egresos a pesar de que la estancia media fue baja (Gráfico 3).

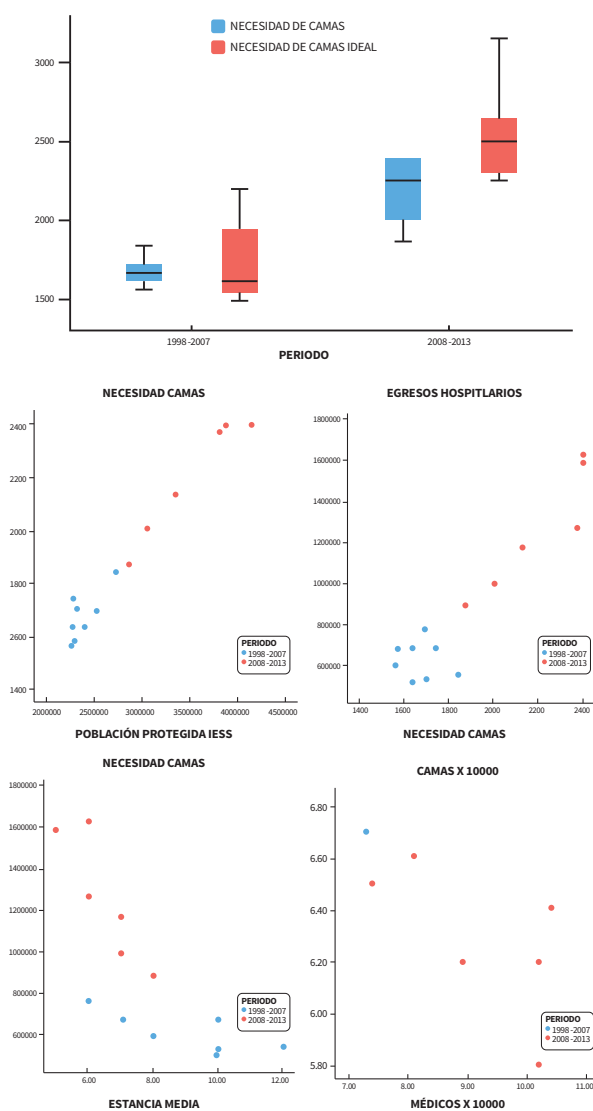
Los egresos hospitalarios – camas censables – estancia media hospitalaria: Se observó en los periodos III y IV una correlación directa de 0.766 ($p < 0.01$), entre egresos hospitalarios con las camas censables y la correlación fue inversamente proporcional (-0.853) entre los egresos hospitalarios y la estancia media (Gráfico 3). Uno de los factores que condicionó la eficacia de la gestión hospitalaria fue la estancia media, de lo observado en el IV periodo, con mayor número de egresos hospitalarios y un menor número camas óptimas, por lo tanto la demanda supera a oferta, limitada por la necesidad (infraestructura propia) de no disponer más espacio en la red interna. Los médicos – habitantes protegidos atendidos en el sistema de salud los dos últimos periodos (III y IV) la mediana de médicos fue de 3.416 con un rango entre 1.998 a 4.203. La tasa de médicos por 10.000 habitantes protegidos para el III periodo fue de 7.3 y para el IV periodo se incrementó a 9.5 (Gráfico 3).

Al asociar estos datos significativos ($p < 0.05$), la tasa de camas versus la tasa de médicos, existió una correlación inversa de (-0.718), que evidenció un III periodo con más camas y menos médicos y un

IV periodo con menos camas, y un mayor número de médicos por 10.000 habitantes protegidos.

El factor que modificó la estancia media fue el recurso humano, que fue capaz de tener una influencia en cantidad de egresos hospitalarios, al disminuir los días de estancia media y utilizar con eficacia las pocas camas disponibles (Gráfico 3). Estas observaciones se complementan con los resultados anteriores de los egresos hospitalarios y el número de camas.

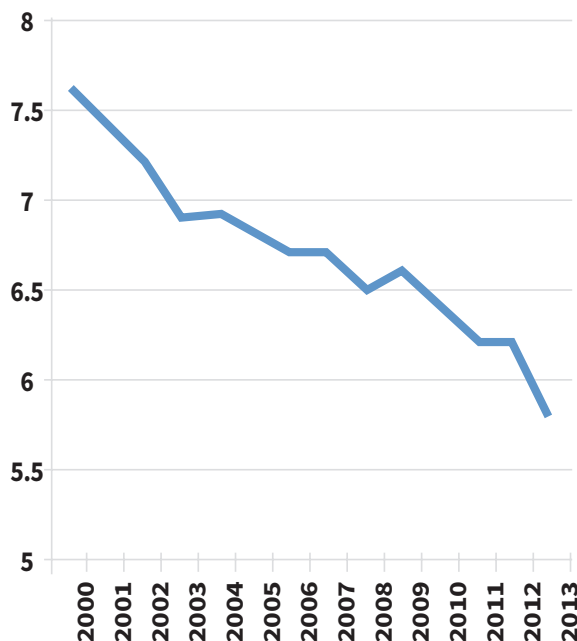
Gráfico 3. Serie histórica nacional del IESS respecto a camas censables, estancia media, camas ideales y tasa de médicos por 10.000 habitantes en el Seguro General de Salud.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

La tasa de camas/habitantes protegidos atendidos en el Sistema de Salud en los dos últimos periodos la mediana de camas por 10.000 habitantes protegidos fue de 6.7 camas. Sin embargo, al desglosar los datos, desde el año 2000 (periodo III) la tasa de camas fue de 7.6, valor que mantiene un decrecimiento sostenido hasta el año 2013 con una tasa de 5.8. Es decir que la necesidad (camas) no creció a la misma velocidad que la población protegida atendida en la red interna de salud. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Tasa de camas por 10.000 habitantes protegidos en el Seguro General de Salud, periodo 2000-2013.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Los dispensarios anexos al seguro de riesgos del trabajo la mediana de la serie nacional fueron de 569.804 atenciones en dispensarios anexos con un rango entre 308.008 a 898.450 atenciones. En el primer y segundo periodo se observó un crecimiento sostenido y constante, sin embargo para el III periodo se observó una tendencia descendente de las atenciones, siendo el periodo más crítico para nuevamente tener en el IV periodo con un incremento de la actividad asistencial desarrollada en los dispensarios anexos. A pesar de esta mejor productividad el número de atenciones médicas estuvo por debajo de la mediana de los dos primeros periodos analizados (Tabla 2).

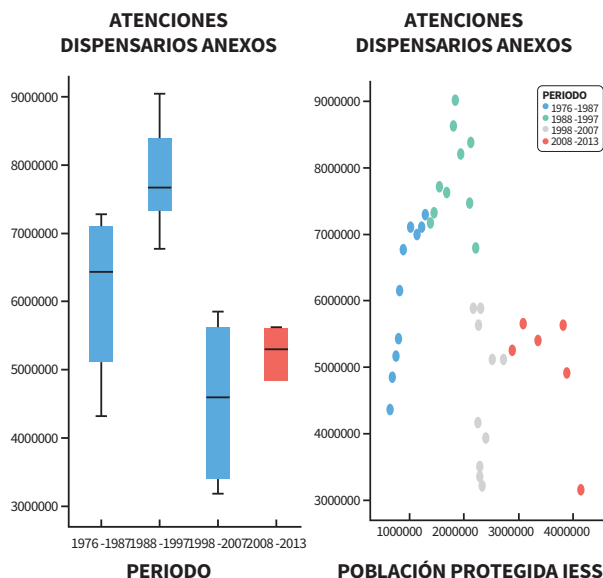
Tabla 2. Serie histórica de atenciones 1978-2013 del Seguro de Riesgos del Trabajo

PERIODO	MEDIANA	RANGOS
I (1978-1987)	640.937	431.051 - 724.313
II (1988-1997)	762.875	673.624 - 898.450
III (1998-2007)	458.797	318.656 - 581.486
IV (2008-2013)	528.282	308.008 - 556.739

Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Datos expresados en mediana y rangos (inferior-superior)
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Durante el III periodo la correlación fue inversa en -0.3995 respecto a la población protegida, es decir que mientras la población creció el número de atenciones en los dispensarios anexos decreció ($p < 0.01$). En el IV periodo existió un incremento en las atenciones, estas no llegaron a cubrir la mediana de los periodos I y II (Gráfico 5).

Gráfico 5. Atenciones en dispensarios anexos año 1978 a 2013 en el Seguro de Riesgos del Trabajo.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Las organizaciones campesinas - dispensarios médicos de la serie histórica (1978-2010), en el SSC la mediana de organizaciones campesinas fue de 2.450 con un rango entre 156 a 2.918 y los dispensarios médicos fueron de 559 con un rango entre 60 a 616. En el primer periodo, el número de organizaciones respecto al número de dispensarios médicos guardó una relación de 2.7 a 1. Sin embargo para el segundo periodo el número de organizaciones tuvo un crecimiento exponencial respecto a los dispensarios médicos con una relación de 4.1 a 1, para los siguientes periodos se mantuvo estacionaria sin crecimiento tanto para organizaciones como para dispensarios médicos. Es así que el número de organizaciones respecto al número de dispensarios fue para el periodo III de 4.5 a 1 y para el periodo IV de 4.6 a 1. (Tabla 3).

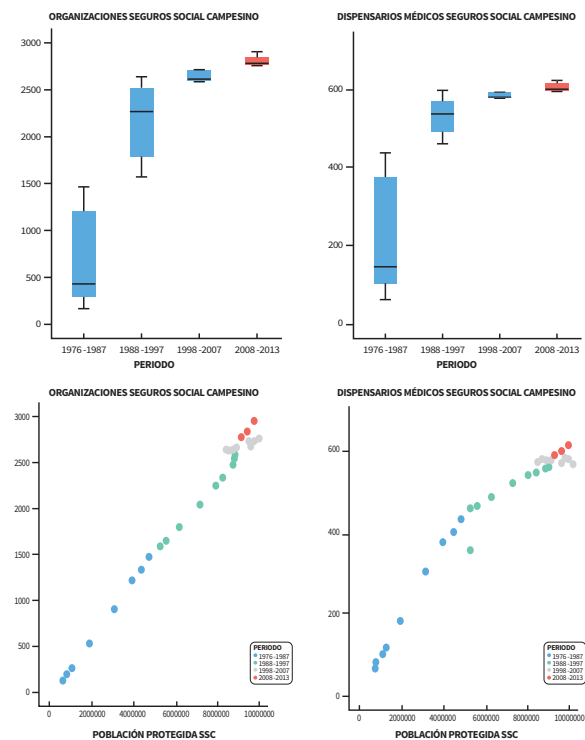
Tabla 3. Serie histórica 1978-2010. Organizaciones- Dispensarios médicos de SSC

PERIODO	ORGANIZACIONES		DISPENSARIOS MÉDICOS	
	MEDIANA	RANGOS	MEDIANA	RANGOS
I (1978-1987)	400	156 A 1.464	144	60 A 432
II (1988-1997)	2.270	1.572 A 2.640	543	456 A 569
III (1998-2007)	2.622	2.599 A 2.726	577	572 A 581
IV (2008-2010)	2.784	2.748 A 2.918	599	592 A 616

Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Estos datos establecieron significativamente ($p < 0.01$) una correlación directa de 0.965 y 0.866 tanto para organizaciones como para dispensarios respecto a la población protegida en el I y II periodo. No así para los periodos III y IV. El crecimiento de la demanda fue mayor respecto a la oferta en términos de necesidad, por lo que la atención primaria de salud que es la característica de este seguro especializado fue deficitaria.

Gráfico 6. Organizaciones campesinas y dispensarios médicos en correlación con la población protegida en el año 1978 a 2010 en el SSC



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Los jefes de familia – beneficiarios – pensionistas contaron con una mediana de jefes de familia a nivel nacional de 163.335 con un rango entre 13.686 a 245.502. Mientras que fueron 640.118 beneficiarios con rango entre 59.277 a 781.970 y 4.237 pensionistas con un rango entre 0 a 40.956.

Al analizar por periodos se observa que existe un crecimiento sostenido de los grupos jefes de familia, beneficiarios y pensionistas. El grupo de jefes de familia paso de 29.668 a 226.685 de mediana siendo el segundo periodo el de mayor crecimiento respecto a los periodos III y IV. Respecto al grupo de beneficiarios pasaron de 125.109 a 680.452 personas con una mayor incorporación en el segundo periodo. Y en relación a los pensionistas pasaron de 714 a 34.729 personas con un mayor crecimiento en el periodo III y un relativo crecimiento en el periodo IV (Tabla 4).

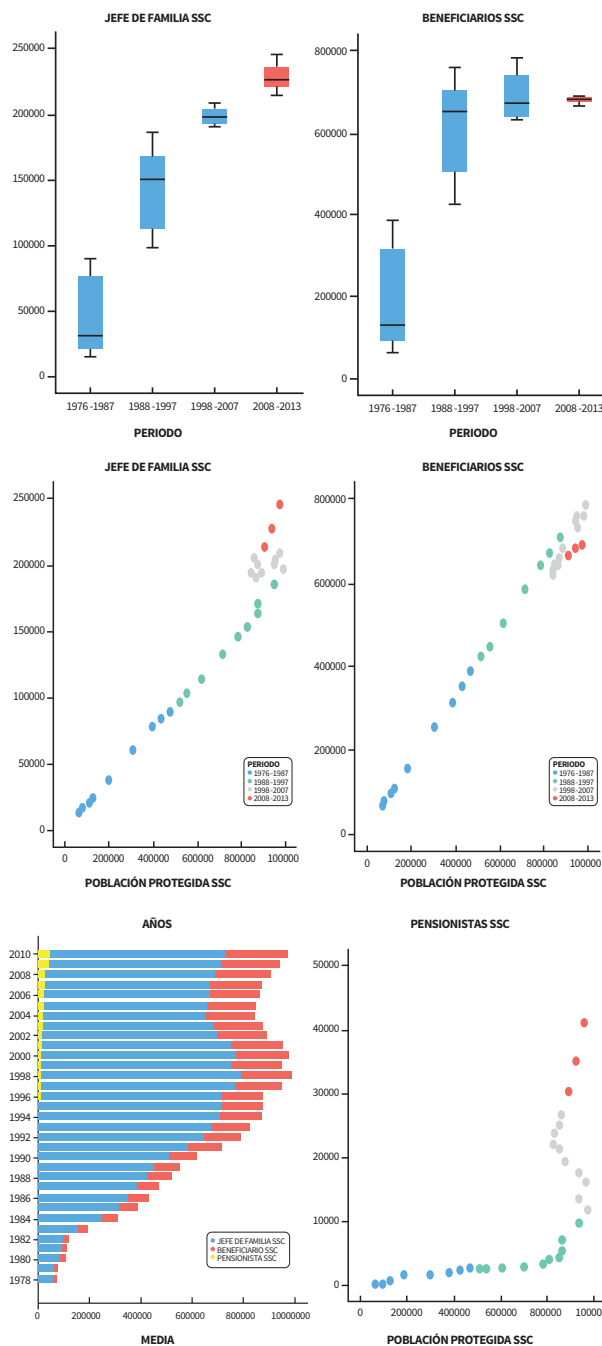
Tabla 4. Serie histórica 1978-2010. Jefes de familia-beneficiarios-pensionistas del SSC.

PERIODO	JEFES DE FAMILIA		BENEFICIARIOS		PENSIONISTAS	
	MEDIANA	RANGOS	MEDIANA	RANGOS	MEDIANA	RANGOS
I (1978-1987)	29.668	13.686 - 89.057	125.109	59.277 - 383.248	714	0 - 2.218
II (1988-1997)	148.902	96.319 - 185.436	654.386	421.144 - 755.842	3.142	2.187 - 9.383
III (1998-2007)	197.044	190.864 - 207.565	669.473	627.818 - 781.970	20.005	11.469 - 26.364
IV (2008-2010)	226.685	213.756 - 245.502	680.452	664.560 - 688.152	34.729	29.969 - 40.956

Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

Se encontraron correlaciones casi perfectas entre el número de jefes de familia (0.927); número de beneficiarios (0.961) y número de pensionistas (0.85), respecto a la población protegida de este seguro ($p < 0.01$); siendo el grupo de beneficiarios el que más creció, en particular en los periodos II y III (Gráfico 7).

Gráfico 7. Jefes de familia, beneficiarios y pensionistas. Serie año 1978 a 2010 en correlación con la población protegida en el SSC.



Fuente: IESS Boletín Estadístico N° 18, año 2010 y Seguro de Salud del IESS 2014.
 Autor: Freud Cáceres Aucatoma

DISCUSIÓN

En la reunión XIX del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, realizada en el 2010, se mencionó que es la sociedad y sus gobiernos a los que corresponde generar los recursos y espacios apropiados para el diseño del sistema de salud basados en el sentido humanitario de la medicina e involucran-

do a los determinantes del modelo sanitario [7]. Uno de los determinantes que consume el 90 % de los recursos empleados en salud y aporta con el 11 % en alargar la esperanza de vida es el sistema sanitario y su modelo de gestión [8].

En este contexto los actores que participan de este modelo de gestión deberían ser cuatro grupos: los enfermos o usuarios; los profesionales de la salud; los directivos de unidades médicas o gestores, y los propietarios (accionistas/políticos). De estos grupos cada uno con una agenda propia, para el caso de la Seguridad Social ecuatoriana el grupo de propietarios (Consejo Directivo) históricamente han marcado las políticas de acción sin armonizar con los otros 3 actores del modelo, con resultados poco eficaces, eficientes, de calidad, de equidad y de necesidad. La nueva gestión de sistemas y modelos de salud recomienda la participación de los todos los actores involucrados [9].

En este punto se debe recordar la visión de otros autores que hacen hincapié en evaluar los resultados de gestión del modelo en términos económicos y no desde la participación de los cuatro grupos de actores, para decidir si el pago debe provenir de la gente, del sistema de seguros o del gobierno [10].

Con estas dos visiones de fundamentar la acción solo centrándose en la opinión de los actores del modelo por un lado o de conseguir resultados económicos a costa de los derechos ciudadanos sin entender que las dos partes son complementarias una de la otra, en el año 2008 la Constitución en el Ecuador [2] estableció pasar de una protección social basada en el mercado laboral formal, pasando por programas de ajuste estructural y programas de asistencialismo hasta una protección social como garantía de derecho (en proceso de desarrollo), que fue la que impulsó a incrementar la demanda a pesar de contar con una oferta deficitaria, para grupos vulnerables como los menores de 18 años, pacientes con enfermedades catastróficas y pensionistas [3]. Esta incorporación fue un gran avance en términos de derechos, pero nuevamente de forma aislada el grupo de usuarios o enfermos apoyado por el grupo político (Consejo Directivo) fueron los que orientaron la política pública, sin atender la postura de los otros actores, igual de importantes como el grupo de los profesionales de la salud y de los gestores.

La argumentación anterior se sustenta por los resultados encontrados a lo largo de toda la serie histórica desde 1978 hasta el 2013 en cada uno de los tres seguros especializados.

Siendo el seguro de salud la demanda que superó a la oferta instalada para el IV periodo a pesar de los esfuerzos realizados por disminuir la estancia media hospitalaria y la incorporación de más médicos, marcando una tendencia de gestión clínica, con mejores recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes [11- 12], la tasa de camas para atender a toda la población protegida tuvo un patrón decreciente y sostenido. Para entender esta crisis del sistema debemos retroceder al III periodo (1998-2007) donde la producción en términos de atenciones fue menor, la estancia media fue elevada, y paradójicamente el número de camas (necesidad) no fue utilizado al máximo por entender que la protección aplicada fue solamente de corte asistencial y no como garantía ciudadana [3]. Es decir que el sistema no se preparó para lo que vendría más adelante y este seguro especializado centro su experticia en el segundo y tercer nivel de atención, influenciando de forma marginal como determinante sanitario en la mejora de la esperanza de vida [8].

En relación al seguro de riesgos del trabajo durante el III periodo (1998-2007) se intentó reducir a la mínima expresión su capacidad como puerta de entrada (primer nivel de atención) de los afiliados. A pesar del impulso establecido en el IV periodo en cuanto al número de atenciones, la actividad médica generada en los dispensarios anexos aún no se acerca a la mediana de la serie histórica y se

encuentra muy por debajo de los periodos I y II. Para entender el estado crítico que se materializó durante el III periodo, fue el efecto cascada de acciones políticas sin consenso de los actores del modelo. Es así que la Constitución de 1988 fue el punto de partida que estableció la seguridad social es un deber del Estado y prestaría con la participación del sector público y privado, en el 2001 se expide la Ley de Seguridad Social reforzando el componente mixto en cuanto a las prestaciones médicas, que sumado a la crisis financiera del año 2000, la implementación de las políticas del Consenso de Washington para reducir el déficit fiscal y la inconstitucionalidad de la Ley de Seguridad Social declarada por Tribunal Constitucional en el año 2004 fueron algunos factores que reflejaron la crisis del sistema [3, 13].

Varios expertos plantean que los institutos de salud social deben hacer un uso adecuado de los recursos como un derecho; encaminados a restablecer la salud, limitar el daño, prevenir discapacidad y controlar riesgos para favorecer una mejor calidad de vida, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención con una participación activa y empoderada de los usuarios [14].

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo y su repercusión en la actividad productiva representa el 4% del Producto Interno Bruto global [14], dando razón al empoderamiento del trabajador, empleador y médico, sumado a una política adecuada de prevención o disminución de riesgos; ayudará a modificar uno de los determinantes del sistema sanitario, evitando un mayor gasto en procesos de rehabilitación y discapacidad [14-15].

Para el tercer seguro especializado SSC la actividad médica se da en dispensarios ubicados en las organizaciones campesinas distribuidas en la zona rural y urbana marginal del territorio ecuatoriano. De los resultados del análisis de la serie histórica (1978-2010) la población beneficiaria al igual que los dispensarios médicos crecieron de forma significativa en el periodo II (1988-1997) atendiendo a la Ley de Extensión del SSC y a las reformas emprendidas por el gobierno de Rodrigo Borja respecto a la política de inversiones para mejorar los rendimientos y procesos del IESS [3, 13]. Durante los periodos III y IV la demanda desbordó tanto en infraestructura como en capacidad resolutoria, de forma similar que en el seguro de riesgos del trabajo antes comentado, la función básica de los dispensarios médicos se orienta al primer nivel de atención (puerta de entrada al sistema) y donde se debe resolver la mayoría de patologías sin necesidad de escalar a otro nivel de atención.

El SSC tiene unas características particulares por la población a la que se enfoca y su condición de vulnerabilidad como sucede con los agricultores, mineros o pobres de otros sistemas de protección social como el español y mexicano asociando al caso ecuatoriano han tratado de reducir las desigualdades en salud [16, 18].

El trabajo de empoderamiento y prevención que se planificó en el SSC como primer nivel es reconocido, pero sus limitaciones en infraestructura y recurso humano especializado aún son deficientes. Por esta razón, sus directivos deberán priorizar políticas en este sentido. En el 2014, el SSC ejecutó un plan de repotenciación de las unidades médicas migrando a un nuevo modelo planteado por el Ministerio de Salud Pública y para el 2016 se incorporaron médicos especialistas en familia y atención integral, como parte del contingente de becarios. Estas dos acciones son un punto de partida para mejorar la equidad, aunque deberán ser sostenibles en el tiempo y con un mayor apoyo a la infraestructura médica para este sector [19,20].

De los resultados discutidos en términos prácticos, estos permiten valorar al revisar toda la serie, que a pesar de no contar con toda la capacidad instalada, el sistema de salud del IESS respondió al límite

en cuanto a acoger a toda la población protegida incluyendo beneficiarios y pensionistas, atendiendo al concepto de que la protección social es un derecho y en este contexto, coincidiendo con Goic y Durán, la importancia de privilegiar al ser humano sobre las instituciones o el capital, donde el Sistema Nacional de Salud articule una política sustentada en derechos civiles y lineamientos de ética económica, como lo expresó Drummond [2,7,20-21].

Hay países como Australia, Canadá y varios estados de la Unión Europea que han centrado el debate en las mejoras en la salud y si deben evaluar en términos de dinero, del número de atenciones o del estado de salud para lo cual el IESS, en futuros estudios, deberá determinar ganancia en esperanza de vida (calidad y duración) como ejemplo para dilucidar esta incertidumbre [21].

El Ecuador, al tener una nueva constitución debe mirar experiencias como la del Seguro de Salud Popular Mexicano con más de treinta años de evolución, para permitir reforzar la idea de construir un Sistema Nacional con todos los actores. De la experiencia mexicana se concluyó que la segmentación del sistema nacional de salud determinó condiciones asimétricas en el acceso de la población a los servicios médicos, provocando un aumento de la inequidad en salud y contribuyó a incrementar la gran desigualdad social [22].

Estos resultados fueron producto de varios elementos, entre los que destacan tres a considerar como en el Instituto Mexicano del Seguro Social “no se incorporó” en el Sistema Nacional de Salud, la construcción de nueva infraestructura pública no crecía al mismo ritmo de la demanda (población protegida) y la participación privada fue exagerada para atender una demanda insatisfecha por falta de una real oferta pública [23].

Otra lección mencionada por Homedes y Ugalde en su revisión, respecto a las políticas sugeridas por el Banco Mundial en América Latina desde 1990 hasta 1999, fue la práctica de un modelo neoliberal cuyo propósito fue aumentar la eficiencia, equidad, calidad y satisfacción del usuario a costa de la precarización y reducción significativa de talento humano, con un programa de privatización de un derecho como la salud y con resultados negativos sobre los sistemas sanitarios de la región y la equidad [18].

El análisis estaría incompleto sin dejar de mencionar que por Ley la población protegida accedió a varios derechos, sin embargo la oferta del sistema de salud del IESS puesta al límite no estuvo preparada para brindar calidad y resolución efectiva a la misma velocidad que la población crecía. Estas observaciones fueron planteadas por actores del modelo como profesionales de la salud y gestores, quienes se vieron avocados a resolver los problemas diarios en términos asistenciales [24]. El IESS no tiene un primer nivel de atención como puerta de ingreso y este es un grave problema que altera toda la pirámide del sistema. Por otro lado al incorporar a nuevos grupos vulnerables se debe hacer esfuerzos por construir nuevas instalaciones en atención primaria de salud, pediatría, oncología y trauma, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de la protección social como una garantía ciudadana [3].

Las limitaciones de esta investigación se centraron en la dificultad de completar una secuencia temporal para el periodo IV (2007-2013), es decir de 10 años y no de 6 años, y para el caso del SSC esta solo fue de 3 años para el periodo IV (2007-2010). Quizás el conseguir datos que expliquen mejor las políticas ejecutadas a raíz de la Constitución del 2008 daría una visión más cercana a la realidad. Es importante considerar que la información se obtuvo de fuentes secundarias y no siempre fue posible obtener datos de otras variables que serían importantes para la investigación como edad, sexo, causas de morbimortalidad y costos de la actividad médica.

Para el futuro se deberá realizar estudios que evalúen la calidad y la equidad de la actividad sanitaria del IESS posterior a Constitución del 2008, además se deberá determinar la ganancia en esperanza de vida ajustada por el estado de salud y por calidad de vida para evaluar la efectividad respecto a la protección social como derecho y no como asistencialismo.

CONCLUSIÓN

Los indicadores de gestión en salud en los hospitales, en los dispensarios anexos y en los dispensarios médicos campesinos, tuvieron una correlación directa y significativa respecto al incremento de la demanda a lo largo de toda la serie (1978-2013), mientras que la oferta aumento no a la misma velocidad requerida, por a la incorporación de nueva población protegida (afiliados, jefes de familia, beneficiarios y pensionistas) cumpliendo las políticas de seguridad social del Estado de derecho.

Respecto al seguro general de salud se observó un incremento de la demanda importante respecto a la oferta, superada de forma significativa en el IV periodo (2008-2013), siendo el III periodo (1998-2007) el de menor velocidad de crecimiento. La estancia media tuvo un descenso progresivo, variable que fue condicionada por el incremento en el número de médicos y esto permitió utilizar con eficacia las camas hospitalarias que sin embargo tuvieron déficit en el IV periodo (2008-2013).




En relación con el seguro de riesgos del trabajo los dos primeros periodos (1978-1987 y 1988-1997) analizados generaron una producción en cuanto a atenciones médicas (primer nivel) muy significativas, sin embargo el tercer periodo (1998-2007) reportó una caída radical de la actividad médica generada por los dispensarios anexos originando un colapso del sistema, que aún se encuentra en proceso de recuperación para el IV periodo (2008-2013), valores que no alcanzan a la mediana histórica de la serie evaluada.

Y en cuanto al SSC la velocidad de crecimiento de organizaciones respecto a dispensarios médicos (primer nivel de atención) no fue acorde a la demanda generada. La oferta se quedó superada por la incorporación de la población beneficiaria que creció de forma significativa, siendo el segundo periodo (1988-1997) el de mayor demanda. Los pensionistas de este grupo respecto a los jefes de familia y beneficiarios constituyeron una población marginal respecto a las atenciones de salud recibidas.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

FC. Problema de investigación, recolección de datos, análisis y redacción. PH. Análisis de datos y revisión crítica. AM. Revisión crítica.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Freud Cáceres Aucatoma. Médico Cirujano Pediatra. PhD. (Fisiopatología Infantil) Profesor Agregado. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador  ORCID: orcid.org/0000-0001-6177-3531
- Patricia Herrera Jirón. Médico Patóloga Clínica Profesor Auxiliar. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador.  ORCID: orcid.org/0000-0003-3879-0653
- Andrea Mora Arévalo. Especialista Comunicación. Universidad Andina Simón Bolívar. Quito-Ecuador.  ORCID: orcid.org/0000-0002-8579-5951

ABREVIATURAS

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, OMS: Organización Mundial de la Salud, SSC: Seguro Social Campesino.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los autores pueden facilitar las bases de datos de la información analizada. El estudio fue diseño ecológico de tendencias en el tiempo. La información se obtuvo de fuentes secundarias que se encuentran citadas en la bibliografía

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

Los autores certifican que el documento anterior no ha sido previamente publicado, una vez aceptado para la publicación, los derechos de difusión serán transferidos a la Revista Médica HJCA. Los autores acceden, dado el caso, a que su documento sea incluido en medios electrónicos y modificado para esos fines.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Aprobada.

AGRADECIMIENTOS

No refiere.

FINANCIAMIENTO

La fuente económica de esta investigación es autofinanciada por los autores.


CONFLICTO DE INTERESES

No hay por parte de los autores

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Cáceres F, Herrera P, Mora A. Estudio Epidemiológico: Actividad Médica del Sistema de Salud de la Seguridad Social del Ecuador. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 161 - 169. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.2.ao.26>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/1032789>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 154 Sesión del Comité Ejecutivo: Estrategia para la cobertura OMS Universal de Salud. Washington D.C. 2014.
2. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Registro oficial N449 Quito, 2008.
3. Carranza C y Cisneros M. Hacia un sistema de protección social más inclusivo en el Ecuador: Seguimiento y desenlace de un proceso de construcción de consensos en la búsqueda del Buen Vivir. CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 205. Santiago de Chile. Naciones Unidas. 2014: pág. 40-48.
4. Consejo Directivo Resolución 265. CD IESS. Resolución N CD 265 . Quito, Ecuador: IESS. 8 de Junio de 2009.
5. Consejo Directivo Resolución 357. CD IESS. Resolucion N CD 357 . Quito, Ecuador: IESS. 9 de Febrero de 2011.
6. IESS Boletín Estadístico N 18. (IESS, Ed.) Recuperado el 6 de junio de 2015, de www.iess.gob.ec: [www.iess.gob.ec/documents/10162/775801/boletin+N°.+18.pdf?version=1.0](http://www.iess.gob.ec/documents/10162/775801/boletin+N%2018.pdf?version=1.0). 18 de octubre de 2010.
7. Goic A. Discurso de inauguración de la XIX Reunión del Consejo Directivo de ALANAM. Rev Med Chile 2010; 138: 1553-1557.
8. Denver GEA. An Epidemiological model for health analysis. Soc Ind Res 1976; 2: 465.
9. Asenjo M, Bohigas L, Prat A, Trilla A. Gestión y futuro de los hospitales. Gestión diaria del hospital. 2da Edición. Barcelona, Catalunya, España: Masson.2004; pág 429.
10. Drummond M, Durán L, Muñoz O. La evaluación económica y la vinculación entre la industria, las organizaciones de prestaciones de servicios y el gobierno. Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI: Evaluación y Gestión Tecnológica. México D.F, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002; pág 93-99.
11. Pérez J, García J, Tejedor M. Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002; 15 (5): 305-11.
12. O'Brien B, Heyland D, Richardson W, Levine M, Drummond M. for the Evidence-Based Medicine Working Group Users' Guides to the Medical Literature. XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? JAMA 1997; 277: 1802-6.
13. Viteri J. La seguridad social ecuatoriana y su reforma. Revista Seguridad Social, 2008; 256(Jul): 48-60. Disponible en <https://doctrina.vlex.com.mx/source/revista-seguridad-social-5693>
14. Blanco-Correo M, Riva-Palacio C, Sánchez-Díaz I, Cerritos A, Navarro-Meneses R, López-Hernández D. Empowerment: An approach and its implications for clinical practice, medical education and health and social security systems. Educ Med 2015; 16 (3): 202-3.
15. Martínez V. Anticonstitucionalidad del seguro de riesgos de trabajo y su problemática ante la reforma laboral. Revista Latinoamericana de Derecho Social 2014; 18: 29-57.
16. MES. Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios. (M. d. España, Productor) Recuperado el 15 de 04 de 2016. Disponible en: <http://www.seg-social.es>: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/CotizacionRecaudaci10777/Regimenes/RegimenEspecialTrab10724/SETA/index.htm. (01 de 01 de 2016)
17. Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de México 2013; 55 (2): 207-35.
18. Homedes N y Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. Human Resources for Health, 2005; 3 (1): 1-13.
19. Guevara J. IESS invertirá \$ 55 millones en el Seguro Social Campesino. Recuperado el 12 de 04 de 2016, de El Telegrafo: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/1/iess-invertira-55-millones-en-el-seguro-social-campesino>. (26 de 06 de 2014).
20. MSP. 192 becarios ecuatorianos se incorporan al Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 12 de 04 de 2016. Disponible en: [Salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec): [http://www.salud.gob.ec/192-becarios-ecuatorianos-se-incorporan-al-sistema-nacional-de-salud/\(01 de 04 de 2016\)](http://www.salud.gob.ec/192-becarios-ecuatorianos-se-incorporan-al-sistema-nacional-de-salud/(01%20de%2004%20de%202016)).
21. Durán L, Muñoz O. La evaluación de la efectividad de la tecnología para la salud. Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI. Evaluación y Gestión Tecnológica México, DF, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002, pág. 20-25.
22. Tamez S, Eibenschitz C. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. Rev Salud Pública 2008; 1: 133-145.
23. Laurell A. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. International Journal of Health Services 2007; 37 (3): 515-535.
24. Ecuador inmediato. Pacientes deben esperar hasta 3 meses para ser atendidos en hospital del IESS. Recuperado el 17 de junio de 2017. http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=180453 (2012-08-30 10:10:14).