

INT-0755

v. 2

~~CEPAL/ILPES/755~~
v. II

Ponencias del
SEMINARIO INTERNACIONAL

Nuevas orientaciones de políticas sociales en América Latina y el Caribe

Quito, 29 - 30 - 31 de agosto de 1988



Organizan:

CONADE
ILPES/CEPAL
ILDIS

Aula Magna de CIESPAL

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



ILPES



ILO

Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

Tema IV: Salud y Políticas Sociales
Documentos de:
Plutarco Naranjo
Carlos Pettigiani
Luis Enrique Plaza/Fernando Sempértegui



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

POLITICA DE SALUD

Luis Enrique Plaza
Fernando Sempértegui

Este documento ha sido elaborado con el aporte de los integrantes del taller **Políticas de Salud**, del ILDIS, señores

- Wilson Céleri
- Fernando Correa
- Alfredo Mancero

POLITICA DE SALUD

PRIMERA PARTE

ASPECTOS INTRODUCTORIOS A LA CONCEPCION Y MANEJO DE SALUD EN EL PAIS

Dr. LUIS ENRIQUE PLAZA, Dr. FERNANDO SEMPETEGUI.

Nuestro país continental está atravesando de norte a sur por los ramales paralelos de la Cordillera de los Andes y tenemos así una división geográfica de Costa, Sierra y Oriente sobre cuyos suelos se ha vivido y se continuará viviendo desde la altura de los niveles del mar hasta un especial ambiente que fluctúa entre 2.000 y 4.000 metros de altura. El callejón interandino es más rico al norte en volcanes con respecto al sur que representa un subsuelo con resultados diferentes de erosión. Además éstos terrenos han padecido de intensas glaciaciones que han configurado una superficie muy pobre en yodo, fósforo y otras sales minerales mientras que, por otra parte, se tiene un suelo rico en nitratos que absorben y se encuentran en plantas, animales y humanos. Nuestra zona oriental hay que apreciarla como parte del mayor sistema hidrográfico del mundo, que es la tercera de sudamérica (5'594.000 Km²), sistema que ha comenzado a ser agredido a pesar de haberse señalado su trascendencia ecológica para la supervivencia de la humanidad. En los últimos cien años en el mundo se han reducido a la mitad los bosques tropicales (1), en el caso amazónico ello ocasiona una lesión orgánica que traerá consecuencias de diverso orden con impacto en el desarrollo de los pueblos.

La franja de la costa ecuatoriana es de 73.300 Km², con clima tropical que varia desde cálido lluvioso hasta cálido seco en la península de Santa Elena. Esta rica zona que posee un estuario de gran envergadura mundial, siempre ha representado una fuente inapreciable de alimentos ricos en proteínas.

Hace pocos días (agosto 1/1988), se hizo conocer publicamente un estudio de la Fundación Pedro Vicente Maldonado que dice "En la línea de la Costa se concentra la mayor parte de la población regional. Las cuatro ciudades costaneras mayores tienen ya el 38% de la población urbana del país. Las divisas generadas por los recursos del mar fueron en 1987 tres veces mayores a los provenientes de la industria-excluidos los derivados del petróleo- equivalieron al 88% de las producidas por el cacao, café y banano juntos y al 65% de las generadas por el petróleo crudo". Efectivamente en 1987 la exportación de productos del mar fue de 447.9 millones de dólares (2). Esa generación importante de divisas ¿ha servido al desarrollo armónico del país o es una estructura controlada que esta condicionando a un menor consumo de productos del mar por parte de la población?

Así como en la colonia se inició el proceso de deforestación serrana con el pago que continuamos tributando, de forma homologable como se lo ha hecho notar: "En estos años se debe tener presente que los cambios más profundos se han producido en los ecosistemas costeros con variantes que van a traer serios reveses futuros por contaminación y destrucción ecológica" (2). Vale añadir que el país importó sólo en el año 1982, 4'436.257 Kg de plaguicidas, lo que equivale a una relación de medio Kgr. por habitante y en el período 78-82 invirtió por estas importaciones 164,8 millones de dólares. Esta situación conlleva, aparte de los efectos ecológicos, problemas mutantes como de resistencia o efectos de toxicidad, algunos de ellos encubiertos como el encontrado en el estudio sobre determinación de residuos de pesticidas clorados en leche materna con niveles de contaminación en mujeres de Quito, Guayaquil y Esmeraldas en 1986 (3). El "giro en la política agraria", que sitúa en un primer plano la producción exportable, también promueve un sistema de monocultivos que, en estas condiciones, podría suscitar mutaciones, desarreglos ecológicos, desarrollo de microorganismos patógenos nuevos y resistentes con devastadoras consecuencias para las plantas y especies de animales terrestres o bioacuáticas que sirven a la alimentación colectiva. Nada raro sería que una gran cosecha sea también una gran tragedia.

La obra de Evans y Meggers: "Cinco mil años atrás en la Costa Ecuatoriana" (1965) señala que la primera cultura cerámica del Ecuador ya 5.500 años antes del presente, es la Valdivia, cuyos creadores se alimentaban de moluscos, almejas, ostras, caracoles o conchas; que poseían anzuelos y redes, conocían el hilado y la molienda de los granos y utilizaban el hueso para puntas de proyectiles y herramientas diversas elaboradas en piedra tallada. Las famosas estatuillas, delicadamente realizadas son expresión de tiempo libre, aprendizaje cuidadoso y de una avanzada especialización. Además, la cultura Tolita de nuestra provincia de Esmeraldas avanzó en la utilización artística del oro y platino al tiempo que hizo proyección cultural escasa, a través del cañón del río Chota, hacia Carchi, con modestos materiales de metal y cerámica con barro mal cocido, todo lo cual permite creer que hubo pobreza en la Sierra (4)

La diferencia en los aportes proteínicos entre población costeña y serrana fue notable. En la costa los productos del mar y la cacería mientras que en la sierra la quinua, algunos granos y el cuy. Vale la pena citar a Emilio Bonifaz: "Al extinguirse la fauna de los grandes mamíferos del Pleistoceno, el hombre cazador del calle jón Interandino se encontró con condiciones poco propicias a su modo de vida". No había posibilidad de domesticar animales ya que no existían bovinos, caprinos, ovejinos, ni gallinas; lo único que domesticó el hombre fue el cuy (4).

Si se ha hecho una introducción al tema de salud con aspectos geográficos y diversas referencias histórico-culturales es con el propósito de rescatar ese pasado a la luz de las exigencias actuales de apreciación y enfrentar de manera coherente la internacionalización de las formas de vida, porque es un llamado a discutir el primer planteamiento de diagnóstico y terapia regionales, aunque paralelamente se piense y de hecho se faciliten acciones convergentes. Así mismo, el diagnóstico de salud debe hacerse en consideración a las diversas regiones geográficas pues representan variadas condiciones y aunque hay enfermedades comunes existen otras propias de cada región, recientes o históricas, pero que pueden ser prioritarias.

rias, ejem.: cáncer cervical en áreas de riesgo o el cáncer gástrico en Carchi, enanismo o hipotiroidismo en Chimborazo, dengue en Guayas, malaria en regiones costeras y oriente, aunque se haga énfasis en Esmeraldas.

Tenemos así al país con una división geográfica en que se aprecian además diferencias sociales, económicas, y sicoculturales de la población; con centros de desarrollo urbanos concentradores de los servicios, y la asistencia médica, concentración que se ha constituido siguiendo las líneas de movimientos migratorios internos o requerimientos políticos.

Existe el sistema de salud nacional que está compuesto por varios subsistemas como son el del propio Estado a través del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social, de las Fuerzas Armadas a la vez subdividido en sus ramas, de las Entidades Autónomas o semi-autónomas como Juntas de Beneficencia, Cruz Roja, Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y, moviéndose entre ellos o condicionándolos de alguna manera, el subsistema de atención privada. El sistema practica un modelo hegemónico y ofrecer servicios con cobertura parcial y sobre todo segregacionista aparte de estar concentrado en su mayor proporción al aspecto curativo, por lo que el fármaco y el intervencionismo médico es lo más característico. De esta manera el triángulo médico-hospital-enfermo es la representación unitaria de este sistema y omite los rasgos subyacentes y causales importantes de la enfermedad como son los aspectos sanitarios de los servicios básicos, los problemas de hacinamiento en condiciones infrahumanas generadores de comportamiento psicológico o de transmisibilidad de enfermedades y las formas carenciales de nutrición perturbadoras del desarrollo biológico y deficiencia o insuficiencia defensiva frente a elementos perturbadores de la salud corporal o mental.

Tenemos una forma excepcional en el mundo de modalidad de trabajo de 4 horas diarias de la mayoría de médicos que laboran en los centros de salud. Esta situación es notablemente determinante de la organización de los sistemas de salud y modula relaciones que no se han tratado a profundidad en el país, fundamentalmente por los factores eco

nómicos pero que gravitan en las acciones con miras a unificar dichos sistemas.

Los subsistemas de salud tienen aspectos formales de igualdad y unidad frente a los problemas de las enfermedades. Sobre esto siempre hay acuerdos pero no se tocan las disparidades de fondo que, entre ellos existen. El Estado ha intentado armonizarlo en una instancia superior que es el Consejo Nacional de Salud, Organismo que no trasciende a las dimensiones aspiradas.

El paralelismo en estructuras y acciones muestra profundas consecuencias en la gestión de salud desarraigando la integración y permitiendo la dispersión institucional. Por este camino todos quieren hacer salud o se provocan exclusivismos que propician la confusión de metas. Asimismo, la iniciativa privada ha intentado y parcialmente esta logrando un ensamblaje para asistir a las necesidades de los pacientes con incursión en los campos de la seguridad social, que por su parte no logra con firmeza sus cometidos.

En cuanto a algunos elementos del problema económico, a partir del hecho indicador de que un sistema de salud debe poseer recursos representativos en alrededor del 5% del PIB, existe insuficiente presupuesto para atender la salud y los agentes de gasto son en mayor parte para pago de personal por lo que la distribución de los medios disponibles, aparte de inadecuada, no guarda relación con las demandas de desarrollo de los servicios.

Se ha definido como estrategias de salud diversos niveles como son: atención primaria, atención secundaria y atención terciaria con una supuesta integración de los mismos. En la práctica, sin embargo, la atención no es eficiente ni oportuna pues se la ha concebido en términos de geografía y complejidad administrativa dejándose de lado lo más importante como es la accesibilidad por la patología del paciente en el sitio o región en que se asienta. El criterio hegemónico y segregacionista de la atención de salud se revela también en la compra y envío de fármacos a todas las regiones sin conocer si más ne-

cesario es para una zona el antipalúdico o estimular ciertas terapias naturales en el Oriente donde no se pueden preservar fármacos a ciertas temperaturas o se dificulta aplicarlos. Asimismo, es más importante que un centro cañero tenga auxilios quirúrgicos, traumatológicos y oftalmológicos suficientemente competentes para atender la gran parte de afecciones o preste completa ayuda inicial para que luego pueda derivarse a otros niveles más complejos. Tan importante es un respirador en un hospital como en un centro minero o comunidades de altura, manejado por quien sepa hacerlo.

Indudablemente que aquí se ha abordado el problema de la calidad de atención y la política de salud actuales. La gran base social es atendida por los profesionales médicos recién salidos de las universidades. La expansión de cobertura al área rural se hace por esta vía.

Hay necesidad de apreciar con mucha seriedad, en qué medida las acciones de diagnóstico y tratamiento enferman a los seres humanos en forma individual, social y económica. La intervención médica tiene poder de enfermar en más o menos, según la calidad científica-técnica y ética del profesional y según la organización de los servicios. Con la consideración crítica que sólo beneficia a nosotros mismos, toca reconocer que la Universidad tiene productividad específica de competencia discutible y esto es responsabilidad de los educadores y del personal que ha guiado esa producción social de médicos. En cuanto a la organización de los servicios ya se han señalado algunas de sus limitaciones. Frente a esto la sociedad reclama en interés de su salud el derecho a que no le hagan daño.

Se debe señalar que atrás de conflictos aparentemente ideológico-políticos hay líneas comerciales e inversión industrial interesada en el manejo de la enfermedad tanto como de la salud. En nuestro país el médico y el boticario son agentes de ventas de fármacos, favoreciendo consciente o inconscientemente una demanda. Estratégicamente la inducción médica farmacológica esta basada en el visitador a médicos.

En 1968 el grupo de trabajo de HEW (5) sobre medicamentos de prescripción acuñó la siguiente declaración:

"Método de prescripción racional: el medicamento correcto para el paciente indicado, en el momento oportuno, en la cantidad debida y con una debida consideración por los costos".

Preocupan los criterios y conocimientos para el manejo terapéutico apropiado, situación que se agrava con la manipulación, la propaganda y la falta de control de calidad. La forma de privilegiar al fármaco y las presiones empresariales hacen que la declaración señalada se la observe tan modesta como tan lejana a pesar de ser tan racional como tan necesaria.

La industria farmacéutica subsidiada en nuestro país conjuga, independientemente de la parte benéfica del medicamento, aspectos comerciales, por esto el Estado en defensa de los derechos del consumidor ha tomado buenos rumbos con los criterios expuestos en el Decreto 3472 publicado en el Registro Oficial 819 de Noviembre de 1987 y los acuerdos N°DNI 145 y 146, en Abril del presente año. Un perfeccionamiento del modelo y estímulo a la línea industrial nacional se torna evidente.

Por definición el ideal es realizar la profilaxis y la prevención para evitar la aparición de la enfermedad; en la práctica hay y habrá el camino terapéutico y de rehabilitación. Este camino tiene raíces históricas profundas pero no sólo es este aspecto sino que hay motivos científicos, algunos biológicos otros genéticos, otros sociales, en gran parte desconocidos por lo que el enfoque del proceso salud-enfermedad debe ser multidimensional. Los saldos positivos se obtienen no al privilegiar un eslabón sino al debilitar las partes de este encadenamiento.

La concepción social del reparto como derecho equitativo en la comunidad hace evidente que las prerrogativas de tiempo libre y disfrute recreativo sea una función de interés ligada al desarrollo de los pueblos. El trabajo es un elemento necesario y modulador de la personalidad tanto como es imprescindible el bienestar físico y mental con lo que se estimula el fortalecimiento de lo humano en el núcleo familiar. Nuestra sociedad está tremendamente amenazada en la paz y

los indicadores de salud se han manifestado en estos años con persistencia incrementada de accidentes de tránsito y a partir del año 1986 aparecen los homicidios en el décimo lugar, como causa de muerte en el país. No menos importante es llamar la atención a los problemas de suicidio. Aparte de la generalización de la pobreza hemos ingresado a los indicadores de un estado mental de violencia.

La salud es un derecho reconocido como fundamental de los ciudadanos por ser consecuencia lógica del derecho a la vida. Un sistema de salud varía con cada ente social y avanza en conquistas progresivas involucrando diferentes elementos que configuran el concepto de salud como son: alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica, servicios sociales, educación, recreación, etc., de aquí que conceptualmente la salud es tan complicada que la sociedad no puede dar a los médicos la responsabilidad de conservarla.

BIBLIOGRAFIA

1. Tribuna Alemana, N°964. Feb. 1988.
2. Diario Hoy, Agosto 1°/1988.
3. Terán G.: Morbilidad por Plaguicidas químicos en la Provincia de Manabí, 1980-1986. Rev. Ecuat. Hig. Med. Trop. Vol. 37. N° 1, 1987.
4. Bonifaz.: Los indígenas de altura del Ecuador. Varela. 190. Quito. 13-23, 1975.
5. Silverman, M. y Lee, P: Píldoras, ganancias y política. Edit. Siglo XXI. 345, 1983.

POLITICA DE SALUD

SEGUNDA PARTE

BASES Y ELEMENTOS DE UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD

DR.FERNANDO SEMPETEGUI O., DR.LUIS ENRIQUE PLAZA V., Y DR.ROBERTO SEMPETEGUI

La definición de una Política Nacional de Salud debe basarse en un examen apropiado de la realidad que permita identificar las determinaciones relevantes de los problemas prevalentes a fin de establecer coherentemente medidas generales y específicas que podrían modificarlas. Un examen exhaustivo rebasa los propósitos de este documento, sin embargo, exponemos, en visión somera, algunos aspectos de la situación de salud que permiten configurar bases adecuadas para sustentar proposiciones válidas de política.

I. APROXIMACION A LA SITUACION DE SALUD ACTUAL

Existen indicadores estadísticos aceptados internacionalmente que permiten establecer la situación de salud en un país y que proveen información para adentrar el estudio en los factores de contexto que operan como determinantes de dicha situación.

La tasa de mortalidad general es una expresión global de la frecuencia de muertes en una población. Es útil si se examina su tendencia, esto es, su variación en el tiempo, y si se la compara con otras de diferentes países. En el Ecuador, si se hace un corte retrospectivo desde

1961, se observa un progresivo descenso que es más notable desde 1972. En efecto, en el período 1972-1986 la tasa cayó en un 50% aproximadamente (ver cuadro No. 1).

La caída de la mortalidad general, podría explicarse por el correlativo descenso de la mortalidad infantil en el mismo período, que es, aproximadamente, del 45%. Debe destacarse, sin embargo, que el descenso más significativo ocurrió entre 1972 y 1978; después es casi irrelevante. Como se sabe, la mortalidad infantil incluye las muertes de niños menores de un año. Pero la tasa debe ser desagregada a fin de examinar dos momentos: el neonatal, que corresponde a los primeros 28 días de vida, y el postneonatal que corresponde a los once meses subsiguientes. Esta distinción es necesaria para captar apropiadamente las situaciones de salud pública que tienen relación con la frecuencia de muertes durante el primer año. Conforme a diversos estudios, las muertes que ocurren durante las primeras semanas son expresión, principalmente, de problemas originados en el embarazo, mientras aquellas que ocurren después del primer mes obedecen a factores nutricionales y de prevención postneonatales.

En el Ecuador, la tasa de mortalidad neonatal se ha mantenido estable desde 1980, pero, sorprendentemente, las muertes durante los primeros siete días de vida están en aumento desde 1985 / (Ver Cuadro N°2). La tasa de mortalidad postneonatal tuvo un descenso importante a partir de 1984. Esta información, cotejada con el descenso de la mortalidad general, permite suponer que los grupos poblacionales más sensibles a las condiciones de vida han sufrido un impacto especial y de repercusiones diferentes a partir de 1985. Dichos grupos son: las madres embarazadas, los recién

nacidos, cuyas condiciones son una prolongación de su vida intrauterina, y los niños menores de un año.

La validez de esta apreciación, en cuanto se refiere a los niños recién nacidos y a las madres, puede ser subrayada por otros hechos. Así, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido sin variaciones desde 1980. Además, en 1986, las muertes tempranas (en los primeros siete días de vida) asociadas a crecimiento fetal lento, desnutrición intraútero e inmadurez fetal, ocupan el quinto lugar en el cuadro de la mortalidad infantil. En efecto, 22 niños de cada diez mil que nacen mueren antes de cumplir la primera semana. Estos datos traducen el curso de embarazos sin apropiada alimentación y sin adecuada protección médica que pueda corregir oportunamente problemas que afectan al desarrollo fetal y que, frecuentemente, significan también riesgo para la madre.

El descenso de la mortalidad después del primer mes de vida (postneonatal), no podría ser atribuible a mejor nutrición porque varios estudios revelan que la desnutrición se ha incrementado en la última década (1); pero sí podría explicarse por el impacto de algunas medidas que corrigen la patología asociada a mayor riesgo de muerte, tal sería la hidratación oral y el uso de medicamentos antiinfecciosos. Sin embargo, el mencionado descenso podría ocultar una situación gravísima en términos de desarrollo individual y social. Se trata de la calidad de vida de los sobrevivientes: niños desnutridos, con infección intestinal repetida, salvados de la muerte, prosiguen un curso de vida severamente limitado ya no solo por falta de nutrición sino por falta de estímulos adecuados para su desarrollo psico-motor, de modo que pronto se retrasan en el crecimiento, su rendimiento escolar es deficiente y,

en definitiva, se desenvuelven con gran menoscabo de sus potencialidades en el convivir social.

Para proponer una visión integral de la situación conviene describir y examinar la tendencia de ciertas "enfermedades-tipo". Se trata de seleccionar enfermedades de gran impacto social que responden a causalidad general más o menos bien establecida que permite sopesar la influencia de factores ecológicos en relación a los factores socio-económicos. Una enfermedad útil a este propósito es la tuberculosis. La tuberculosis está íntimamente relacionada con deficiente nutrición, inapropiadas condiciones de trabajo y diversas situaciones ambientales de riesgo, supuesta la presencia del bacilo.

En el país la tuberculosis está en franco ascenso desde 1980. En ese año la tasa de incidencia fue, aproximadamente, de cuarenta y siete por cien mil habitantes y en 1987 alcanzó la cifra de **sesenta por cien mil** habitantes, aproximadamente. Lo llamativo es la distribución de la enfermedad en el país (Gráf. N°1 y N°2), puesto que las provincias orientales tienen las tasas más altas, particularmente la provincia del Napo. También son altas las tasas de las provincias con menor desarrollo relativo (Loja, Bolívar, Chimborazo). En este espectro cabe suponer que las poblaciones migratorias asentadas en la región oriental, están expuestas a mayor riesgo, como también **las poblaciones** de las provincias con menor desarrollo. No deja de **ser inquietante** la frecuencia que corresponde a las provincias de la costa, especialmente Guayas, muy por debajo de la tasa nacional. Por la población migratoria que esta provincia absorbe, por los problemas sociales de diverso orden que enfrenta, por las mejores condiciones ecológicas para el de-

portante.

evidentemente, el "perfil" epidemiológico de la tuberculosis expresa un deterioro extenso de las condiciones de vida en el cual el hecho ecológico tiene un peso poco relevante.

El paludismo es otra "enfermedad-tipo" que puede ser examinada como un problema geográficamente determinado, aunque esta determinación no es absoluta porque la trama de causalidad incorpora otros factores: estancamiento de aguas, falta de medidas preventivas domiciliarias e, incluso, el carácter específico de la respuesta inmune individual.

Tal como se aprecia en el Gráf. No. 3, el repunte del paludismo es espectacular a partir de 1982, puesto que de ciento cincuenta y seis por cien mil habitantes, la tasa pasó a seiscientos ochenta y cinco por cien mil habitantes en 1987. La tasa más baja en los últimos dieciséis años fue la de 1974: ochenta y uno por cien mil habitantes. Son las provincias del litoral y las del oriente las más afectadas, lo que corrobora el hecho geográfico de la distribución; pero el repunte no es solo consecuencia de factores ecológicos. Si bien es verdad que el mosquito se ha tornado resistente, así como el parásito (especialmente plasmodium falciparum), no es menos cierto que ^{hubo} un deterioro de las actividades de prevención, particularmente del drenaje de reservorios, del rociamiento de viviendas con insecticidas y de la vigilancia epidemiológica. (2)

En suma, el paludismo muestra cuánto gravitan en la tendencia de una enfermedad ecológicamente limitada, las medidas de salud pública. Dicho de otra manera, la determinación ecológica puede ser más o menos

relevante según se modifiquen los factores que interactúan con el ambiente. Es difícil establecer cuánto influyeron las medidas preventivas anteriores a 1980 en el desarrollo de la resistencia anotada, pero hay una correlación indudable entre el abandono de las medidas preventivas y el repunte de la enfermedad. Por supuesto, ha de considerarse que los insecticidas pueden corregir la tendencia epidemiológica pero con repercusiones ecológicas peligrosas. En efecto, se trata de sustancias no biodegradables que se acumulan en los organismos con efectos impredecibles a mediano y largo plazos. En consecuencia, mientras no se disponga de una medida más eficaz (vacuna, por ejemplo:), debería examinarse si es más apropiado y factible un trabajo sistemático para drenar los reservorios.

La tifoidea es otra "enfermedad-tipo" cuya frecuencia refleja apropiadamente el estado de la salud pública en un país. Conforme se observa en el Gráf. No. 4, la tasa de incidencia se elevó abrupta y sostenidamente a partir de 1984. En ese año la tasa fue de cincuenta y ocho por cien mil habitantes y en 1987 de ciento cuarenta por cien mil habitantes. En estudios anteriores (1) hemos referido que las infecciones gastro-entéricas infantiles son más frecuentes en los polos urbanos que concentran poblaciones marginales que carecen de servicios básicos (agua potable y eliminación de excretas) por lo que, probablemente, la tifoidea tiene similar distribución. La tendencia es alarmante y pone en evidencia un agravamiento de las condiciones de salud en las mencionadas poblaciones. Son grupos cada vez más densos debido a la migración sostenida, que sobreviven en una trama de diversos riesgos entre los cuales sobresalen el hacinamiento, la inadecuada nutrición, la falta de servicios y la ignorancia acerca de estos mismos riesgos.

En esta línea de análisis conviene destacar que en los últimos 30 años la mortalidad muestra paulatina evolución de las causas asociadas en - nuestro país. Si bien todavía las enfermedades infecciosas conservan los primeros lugares, se aprecia un ascenso de otras causas como: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, ac cidentes y, de manera más llamativa los tumores malignos que, en con - junto, ocupan el segundo lugar entre las causas de muerte.

Todo esto nos lleva a la reflexión de que nuestro país sin haber supe rado todavía la problemática de enfermedades asociadas a la pobreza y mal nutrición ya se encuentra afectado por entidades que acompañan a la vida moderna.

Ahora bien, resulta importante destacar que los tumores malignos más frecuentes en nuestro país, son el cáncer de cérvix y el cáncer de estómago, reconocidos generalmente como "cánceres de la pobreza". (3). El cáncer de estómago tiene relación con las condiciones de atraso y el cáncer de cérvix también responde a los procesos de empobrecimien to y a la promiscuidad sexual.

En resumen, si bien las causas de muerte en nuestro país muestran un mosaico en el que se entremezclan antiguas enfermedades infecciosas - y patología "moderna", las condiciones de vida de la población (que en los últimos años han sufrido deterioro) parecen explicar la presencia de unas y otras entidades.

Esta aproximación somera a la situación de salud actual delimita pro- blemas, aspectos de contexto e interrelaciones que deben examinarse.

Es obvio que en cuanto concierne a las madres embarazadas y a los niños recién nacidos hay déficit de atención institucional. Se conoce que - hasta en los grandes centros urbanos el control adecuado del embarazo se extiende solamente al 40% de las mujeres gestantes, conforme lo hemos comunicado en otro estudio (4). La situación debe ser más grave en provincias y, especialmente, en las áreas rurales dispersas. La atención profesional del parto, aunque se ha incrementado en la última época, es todavía parcial y, por ello, el riesgo para los recién nacidos es importante, como lo revelan las tasas expuestas. Por cierto, - al riesgo de muerte debe añadirse el riesgo que suponen para la calidad de vida a largo plazo los acontecimientos vinculados al nacimiento, si éste no tiene atención adecuada. Tales son: la asfixia al nacer, el trauma al nacer, el enfriamiento, la contaminación y, en estrecha interdependencia, la hipoglucemia, la ictericia y la infección. Estos acontecimientos pueden afectar las estructuras nerviosas con daños irreparables.

La falta de atención a esos grupos es solo un aspecto de un problema mayor: inadecuada atención institucional para los diferentes grupos poblacionales. Aquí circunscribimos este problema a las instituciones de atención médica y al rol que deben cumplir como tales. Informaciones recientes acerca de las "campañas de vacunación" muestran que, pese a la promoción, solo alcanzan al 60% de los niños susceptibles (5). Ello revela también una inextricable relación entre la capacidad de oferta institucional y los elementos culturales que, entre otros factores, configuran la "demanda" de las comunidades. Factores que deben considerarse para redefinir estas acciones.

...

Otro problema delimitado por este examen es el nutricional. Como se aprecia, la mala nutrición está asociada a mal crecimiento fetal, malas condiciones al nacer, riesgo durante la infancia y, en definitiva, durante el curso de toda la vida. Así lo evidencian las tasas de mortalidad expuestas y la incidencia de tuberculosis. Sin embargo, con relación a este problema es preciso distinguir aquellos aspectos que deben ser asumidos por las instituciones de salud, de aquellos que demandan una estrategia global y sostenida. En efecto, la atención de un niño desnutrido grave con diversas complicaciones, es un problema médico que debe ser resuelto en una institución de atención médica. La desnutrición de la población, en cambio, no es en estricto sentido un problema médico pues su solución concierne a la sociedad en su conjunto.

El tercer gran problema que está en la base del panorama epidemiológico descrito es la falta de servicios básicos: agua potable y eliminación de excretas. La tasa creciente de tifoidea, especialmente en las ciudades, y las parasitosis intestinales, subrayan la gravedad de este problema. Evidentemente, la solución desborda los límites del quehacer médico y toca de lleno a la gestión estatal.

Acerca de estos tres grandes problemas haremos más adelante consideraciones detalladas para sustentar un conjunto de proposiciones que, a manera de Política de Salud, podría servir a las discusiones institucionales.

II ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA GESTION EN SALUD

El quehacer estatal relacionado con el cuidado de la salud ha sido con

fiado al Ministerio correspondiente, pero se despliega también a través de otras instituciones de carácter autónomo aunque nominalmente enlazadas a través de organismos como el Consejo Nacional de Salud.

La dispersión institucional y su impacto en las acciones correspondientes han sido ya tocadas en la primera parte introductoria. En este punto proponemos una discusión acerca de los componentes de los sistemas institucionales que operan en el país a fin de extraer grandes problemas que deberían ser abordados en el marco de una política general.

Unidades de Servicio: Estas son de distinta complejidad y están ubicadas en diferentes ámbitos geopolíticos (parroquia, cantón, cabecera provincial). Está implícita una concepción piramidal cuya base la conforman las unidades más simples y cuyo vértice está rematado por un gran hospital de especialidades. Así están instaladas las unidades del Ministerio de Salud Pública y del I.E.S.S., aunque no haya racionalización del sistema en las acciones mismas. Alrededor y entre estos dos sistemas se multiplican unidades de diversa complejidad levantadas por otras instituciones públicas y privadas, casi siempre según decisiones intuitivas o de circunstancias. En efecto, en el año de 1983 el número de establecimientos de atención del Ministerio de Salud Pública y del I.E.S.S. fue, en total, de 1.669 y el de las demás instituciones públicas y privadas fue de 477, conforme datos del INEC (cuadro No.3). Se constituye así un mosaico de servicios inco nexos que cumplen acciones de consultorio, frecuentemente rutinarias, sin referencia a plan o proyecto alguno. Aunque formalmente se proyectan a una comunidad, ésta casi siempre es un conglomerado impreciso, indeterminado y desconocido desde la perspectiva de las unidades e ins

tituciones que operan en un espacio dado. Así el seguimiento epidemiológico de las poblaciones, no existe.

Los usuarios de los servicios acuden espontáneamente a uno u otro "dispensario" donde reciben atención puntual, en la que cada acción es terminal, no se enlaza institucionalmente con otra anterior ni se proyecta prospectivamente. Los ejemplos son innumerables, así, madres embarazadas que han tenido controles prenatales en un establecimiento y en otro, dan a luz en un tercero donde nada se conoce acerca de los controles previos, excepto lo que ha quedado en la memoria de la madre. memoria que, frecuentemente, confunde los hechos y, obviamente, no aporta información apropiada.

Además, la actividad dispensarial rompe la continuidad que existe entre lo comunitario y lo individual. Centrada en el "caso" pasa por alto - las conocidas tramas de causalidad de las enfermedades, en las cuales el caso aislado suele ser solo una de las manifestaciones visibles e inmediatas de una cadena de transmisión. Tal ocurre con enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis. El enfermo tiene un diagnóstico y es sometido a un plan de tratamiento; pero allí se agota la atención dispensarial, pues no incorpora el estudio del círculo epidemiológico que rodea al caso, en el cual posiblemente estén otras personas afectadas con la misma enfermedad.

Estructura Física: En los últimos años se han instalado numerosas unidades de atención bajo diseños arquitectónicos modernos. Hospitales especializados y generales cuentan con instrumental avanzado. Esto supone una importante inversión y, por lo mismo deben operar en condiciones idóneas de eficiencia. Mas, son patentes algunos problemas. En primer lugar, la operación de equipos modernos requiere

personal entrenado el cual no es suficiente en la actualidad. En segundo lugar, son necesarios programas de mantenimiento que garanticen la conservación y el funcionamiento de los equipos. Estos programas, aunque existen, adolecen de una falta crónica de recursos financieros para adquirir repuestos e insumos.

A dichos problemas se añade otro de mayor magnitud: la obsolescencia de los equipos determinada porque las fábricas suspenden la producción de ciertos modelos para presionar al mercado. En tal situación, nuestros establecimientos quedan, a corto plazo, sin equipamiento apropiado y sin posibilidades de renovarlo.

La relación camas hospitalarias / habitantes se incrementó durante los últimos 15 años, especialmente en el período 1974-1980. En el año 1986 la relación fue de 1.78 camas / 1000 habitantes. Correlativamente los recursos financieros dedicados a la atención hospitalaria se incrementaron también en términos absolutos, aunque la participación porcentual en el presupuesto estatal se ha mantenido más o menos constante. Informaciones recientes revelan que en el período 1982-1986, la participación porcentual del presupuesto destinado a salud varió de 7.6 a 6.8 con relación al presupuesto general del Estado.(6). Ello sugiere que el aumento de camas no ha implicado una mejor calidad de atención, porque ésta se desenvuelve entre grandes limitaciones materiales.

A lo expuesto se añade que, frecuentemente, los pacientes internados tienen enfermedades crónicas y terminales que requieren estadías prolongadas, con lo cual la relación costo / beneficio es sumamente alta. Ha de señalarse también que son numerosos los pacientes con dolencias prevenibles que saturan los hospitales, especialmente pediátricos. Niños

severamente desnutridos, con diversas complicaciones, deben permanecer largos períodos en los hospitales hasta superar la situación aguda y alcanzar una aceptable recuperación nutricional. La información disponible, según la cual en 1986 el promedio de estadía fue de 7.4 días (7), aceptable con relación a estándares internacionales, puede suscitar equívocos puesto que el promedio oculta las estadías prolongadas frente a las estadías brevísimas que son frecuentes en los hospitales de maternidad, especialmente de Quito y Guayaquil, donde las madres permanecen 24 horas en condiciones de verdadera aglomeración que desborda la capacidad de internación.

Un examen de la utilización de la capacidad instalada, ofrece un dato muy llamativo: en 1986 se había utilizado solo el 58.9% de dicha capacidad (7). Ello sugiere que hay una sobredemanda concentrada en ciertas unidades, generalmente las de mayor complejidad, y, correlativamente, una subutilización significativa de las demás unidades. Esta situación puede tener varias explicaciones: en primer lugar, como se ha señalado anteriormente, la dispersión de servicios al margen de un proyecto común y coherente, impide aplicar normas de derivación de pacientes, de modo tal que los hospitales de alta complejidad atiendan la patología que requiere cuidados especializados sin sobrecargarse de patología que puede y debe ser resuelta en las unidades más simples. En segundo lugar, es probable que las unidades de menor complejidad no disponga de la capacidad operativa que se esperaría, lo que obliga a la población a recurrir a las unidades más complejas que se supone mejor dotadas. Además, es posible que operen factores de otro orden como la ubicación inapropiada de los establecimientos de modo que unidades de distinta complejidad compartan en estrecha vecindad una misma área de influencia, si -

tuación no infrecuente derivada de la multiplicación de unidades fuera de todo sistema, como se ha reiterado.

Personal de Salud: En el año 1972 los Ministros de Salud de las Américas, suscribieron el PLAN DECENAL DE SALUD que, entre las varias metas expresadas, se proponía lograr un índice de un médico / 1000 habitantes. Probablemente, el índice se ha logrado en el Ecuador. El hecho de que un porcentaje importante de estos médicos esté concentrado en los polos urbanos de desarrollo y de que otros no hayan sido absorbidos por las instituciones, permite suponer que ciertos planes se conciben sin un análisis adecuado de las características específicas de cada realidad y de sus proyecciones.

En contraste, la formación de otros recursos como: odontólogos, enfermeras, obstétrices, técnicos de operación y mantenimiento, ha proporcionado un número muy inferior a las expectativas del mismo Plan Decenal. De esta manera se establece una distorsión en el llamado "equipo de salud", puesto que éste no puede estructurarse y ha obligado a buscar soluciones con la utilización de personal auxiliar y de las comunidades. Utilización que tampoco ha restaurado la imagen del mencionado equipo, ni ha permitido expandir la cobertura de atención con la eficacia deseada. Es posible que acudir a dichos recursos haya sido una decisión determinada por consideraciones de orden financiero.

En efecto, los planes de atención primaria iniciados por diferentes instituciones en el país, han intentado corregir el déficit de cobertura, especialmente en lo que hace relación a las actividades profilácticas y a la solución de patologías de simple manejo. Para ello han impulsado la capacitación intensiva de líderes comunitarios y han utilizado per-

sonal auxiliar. Pero, la patología prevalente y las causas de muerte que dominan el escenario no pueden ser corregidas satisfactoriamente por ese recurso. Las variables sociales y biológicas que operan sobre nuestra población urbana y rural configuran situaciones de riesgo que son ampliamente extendidas y que hacen de cada situación individual, un caso especial que amerita un manejo calificado. Así, por ejemplo, en países desarrollados una mujer embarazada de talla corta, de peso bajo, de escaso nivel educativo, de baja situación socio-económica, con trabajo excesivo, es un caso de alto riesgo que debe ser controlado en un centro especializado. En nuestro país esas son las características que identifican a la gran mayoría de madres. El cuidado que cada una de ellas requiere, no puede ser asumido eficientemente por un recurso auxiliar. El ahorro que éste supone, según las consideraciones financieras, se pierde por los egresos que reclama la atención de conglomerados crecientes de mujeres y niños que muestran los efectos negativos de un cuidado inexperto y no calificado. Las tasas de mortalidad materna y de muerte precoz testimonian esta incongruencia.

Estas consideraciones hacen notoria la urgencia de estructurar equipos mínimos de salud, apropiadamente calificados, que operen bajo normas coherentes en áreas preestablecidas y que atiendan a los conglomerados de riesgo. Desde luego, ha de admitirse que tampoco los profesionales están adecuadamente preparados para actuar a través de criterios epidemiológicos de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario.

Fármacos: La importancia del fármaco en el quehacer estatal dirigido a la salud, es indiscutible. Como se ha señalado el fármaco simboliza el modelo predominante de atención médica. Las diversas empresas internacionales radicadas en el país no han permitido visualizar la

importancia de desarrollar una capacidad productiva autónoma en ciertas líneas críticas. El cuadro básico de medicamentos incluye aquellos que son de amplio consumo y que sirven para atender problemas prevalentes. Los programas de medicamentos baratos que se ejecutan en el país intentan ofrecer un servicio asequible a poblaciones de bajos ingresos, pero son programas recientes, aún no han alcanzado la regularidad necesaria ni la plenitud deseable. Persisten problemas relacionados con la adquisición, bodegaje y distribución. Una evaluación objetiva del impacto de estos programas requiere tiempo y parámetros de referencia bien elaborados. Sin embargo, vale la pena destacar que desde el inicio de estos programas en 1985 hasta el 31 de diciembre de 1987, el Ministerio de Salud Pública, mediante la Unidad Ejecutora de Medicamentos Genéricos, realizó adquisiciones por un valor aproximado de 1045 millones de sucres y planeaba realizar nuevas adquisiciones hasta julio del presente año por una cantidad similar. (8).

Sería conveniente examinar si la inversión para el desarrollo de nuestra capacidad endógena de producción compensaría el egreso que exige la importación de fármacos. En 1987 el subsidio del Estado a las empresas internacionales, radicadas en el país, para importación de materia prima, ascendió a 5.146 millones de sucres, según carta enviada por el Ministro de Industrias al Congreso Nacional en marzo del presente año. La cifra es muy importante, sobre todo si se considera que existe una diferencia muy llamativa entre los precios vigentes en el mercado internacional para algunas materias primas y el precio declarado por las firmas importadoras radicadas en el país que son beneficiarias del subsidio (cuadro No. 4). Los importadores han justificado esa diferencia al sostener que las casas matrices invierten grandes sumas para investigación, inversión que debe ser compensada con el precio

de las materias primas. Así pues, el país, a través del subsidio y de las compras de medicamentos por el público -compras que ascendieron en el año 1987 a la interesante suma de 15.000 millones de sucres- (9) contribuye al florecimiento de las empresas internacionales, sin que, en contrapartida, obtenga ningún beneficio en términos de transferencia tecnológica.

Por lo expuesto, un estudio de factibilidad que contemple diversos aspectos, debería formar parte de una Política Nacional de Salud.

Biológicos y reactivos: El avance de la biomedicina implica un gran progreso tecnológico. El país debería asegurar autonomía de producción creciente y diversificada para atender programas prioritarios de prevención y de diagnóstico.

Actualmente, el único laboratorio en el país que produce biológicos es el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, radicado en la ciudad de Guayaquil. Las líneas industriales son:

- a.- Vacunas contra Difteria, tosferina y tétanos (DPT)
- b.- Vacuna BCG líquida
- c.- Vacuna antirábica
- d.- Suero antiofídico
- e.- Vacuna antitífica

Sólo la producción de vacunas DPT y antitífica es suficiente de manera regular las demás se producen en cantidades limitadas, lo que exige importaciones complementarias. El rango de producción es restringido pues no incluye otras vacunas que deben ser aplicadas mandatoriamente a poblaciones de riesgo, especialmente niños en el primer año de vida. Tales

son: la vacuna antipoliomelítica y la vacuna antisarampionosa. Para no citar otras que se administran regularmente en diferentes países, como la vacuna antirubeola y la vacuna contra la parotiditis.

Es obvio que esta realidad conspira contra los planes de inmunización - puesto que trunca su aplicación, desorienta a las comunidades y perturba la evaluación.

Basta señalar para ejemplo, que la última campaña masiva de vacunación canina, antirábica se efectuó en el año 1985, situación que anticipa la posibilidad de un repunte epidémico con todos los riesgos que comporta para la población humana.

Otra línea de alto interés es la que tiene que ver con la producción de reactivos para diagnóstico. El gasto estatal que demanda la adquisición de antisueros, enzimas, sustratos, anticuerpos monoclonales, medios de cultivo, colorantes y diversos químicos, es impresionante. Solo la importación de antisueros significó para América Latina, un egreso aproximado de 600 millones de dólares en 1985(10). No se dispone de información acerca del gasto realizado por nuestro país en este rubro, - pero sí se puede afirmar que la dificultad para ofrecer servicios regulares de diagnóstico en los laboratorios hospitalarios es evidente y se relaciona con problemas financieros para adquirir los insumos mencionados.

No existe en el país ningún programa que apunte al desarrollo de estas líneas industriales biotecnológicas.

Participación comunitaria: Algunas iniciativas institucionales se han aplicado en el país con la intención de pro

curar una participación de la comunidad en el control de la situación de salud. Han sido experiencias dispersas, no sostenidas y financiadas notablemente por organizaciones internacionales, públicas y privadas. Entre esas experiencias cabe destacar el programa de promotores de salud para zonas rurales marginales ejecutadas por el Ministerio de Salud con financiamiento del BANCO CENTRAL DEL ECUADOR, a través de FODERUMA, y de UNICEF. En lo esencial se intentaba organizar a la comunidad rural para que asumiera una preocupación por los problemas de salud, y desarrollar en ella una capacidad de autocontrol que le permitiera identificar situaciones críticas susceptibles de solución con sus propios recursos. Se esperaba, además, que la comunidad organizada pudiera demandar con mayor persistencia la atención de los servicios formales de salud que, de acuerdo con cifras de entonces, tenían bajo rendimiento.

Otro esfuerzo de organización fue realizado por el mismo Ministerio de Salud, con las parteras empíricas rurales a quienes se entrenó de manera intensiva y se les proporcionó implementos para que pudieran realizar atención del parto y del recién nacido.

En los últimos años se han realizado programas para introducir promotores de salud en las áreas urbano-marginales, especialmente de la ciudad de Guayaquil, quienes deberían ser elementos suscitadores de nuevas actitudes hacia prácticas de salud pública básicas (manejo de basuras, eliminación de excretas, tratamiento de agua y vacunaciones).

En la práctica, el objetivo de que la comunidad organizada participara activamente en las soluciones de sus problemas de salud se circunscribió paulativamente al estrecho campo de las tareas que algunos indivi-

duos de la comunidad cumplían, por expresa y unilateral decisión del sistema formal de salud. En algunas situaciones el peso de las tareas asignadas al líder, convertido en promotor de salud, era tal que el sistema formal se vio obligado a reconocer un salario, muchas veces disimulado bajo denominaciones como "aporte a la comunidad". Finalmente, algunos de estos líderes pasaron a pertenecer abiertamente a los servicios de atención estatal.

Es probable que las nacientes organizaciones comunitarias se extinguieran tempranamente porque se pretendió que asumieran actividades que desbordaban su capacidad efectiva de acción y de compromiso. Ha de considerarse que son conglomerados agobiados por la urgencia de subsistir, lo que les exige multiplicarse en diversos oficios y tareas, lo cual supone sobrecarga de esfuerzos y tensiones cotidianas, todo lo cual estrecha severamente la posibilidad de que puedan disponer de pausas adecuadas para reflexiones y orientaciones acerca de bienes no tangibles como el de la salud. La situación se vuelve insostenible si además se pretende -- que las comunidades, en estas condiciones, aporten trabajo, materiales y otros elementos para levantar centros de salud, áreas recreacionales, etc.

Desde luego, ha de reconocerse que la demanda de servicios se ha incrementado en el país; pero no podría presumirse que es resultado de la actividad de tales promotores, más bien, podría ser la consecuencia del progreso de las comunicaciones y de la movilización social acentuada en los últimos años a través de corrientes migratorias y de la expansión del comercio, todo lo cual configura una trama de mensajes que cambian de manera paulatina el modo de vida de las comunidades.

La expansión de la demanda es correlativa al estrechamiento de los espacios donde perviven formas de práctica tradicional. Los propósitos de incorporar aspectos válidos de dicha práctica al ejercicio de la medicina estatal, no han pasado de meras declaraciones o, a lo más, de estudios que no han sido recuperados para -

definir un verdadero proyecto de interacción.

III UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD DEFINIDA EN FUNCION DE GRANDES PROBLEMAS NACIONALES

Del examen somero de la situación de salud y de los elementos estructurales del quehacer estatal, surge una política implícita que apunta a lograr la sobrevivencia de los individuos, especialmente de aquellos que pertenecen a grupos de riesgo. Los programas más representativos de esta política, a los cuales se puede atribuir un relativo impacto, son: la rehidratación oral para niños con enfermedad diarreica aguda, las inmunizaciones y el acceso amplio a medicamentos, especialmente de aquellos útiles para combatir las enfermedades respiratorias infecciosas.

Evidencia el mencionado impacto algunos hechos ya comentados, particularmente la disminución de la mortalidad postneonatal (niños desde un mes hasta un año de edad). Pero el objetivo de esta estrategia parece haber alcanzado su límite, según puede colegirse del estancamiento de la tasa en los dos últimos años. En contraste, la mortalidad precoz (durante la primera semana de vida) ha repuntado en los mismos últimos años, lo cual demuestra que la estrategia de sobrevivencia no logra resultados cuando las causas de muerte están íntimamente entabadas con las condiciones de vida.

Además, cabe subrayar que el logro de la sobrevivencia puede ser nada más que un éxito estadístico puntual porque nada dice acerca de la proyección de los sobrevivientes. Por lo tanto, la primera definición que cabe al establecer una Política Nacional de Salud es precisar si ésta busca exclusivamente mejorar la sobrevivencia o si se propone también incidir en algunas situaciones críticas -

de las condiciones de vida.

A la luz de la exposición y de la discusión precedentes hay tres grandes situaciones críticas: la desnutrición, la falta de saneamiento ambiental y la insuficiente cobertura de servicios de salud. Enfrentar estas situaciones a través de planes coherentes y unificadores es establecer una política de salud en función de grandes problemas nacionales.

El cuadro siguiente intenta visualizar cómo influye la corrección de los problemas críticos en la morbilidad y en la mortalidad. Puede notarse que las acciones de los servicios de salud no tienen verdadero impacto en las condiciones de vida, por lo mismo influyen poco en la disminución de la morbilidad y pueden lograr, si son eficientes, una corrección significativa, pero de saturación previsible, de la mortalidad. Por el contrario, la nutrición adecuada y el saneamiento ambiental mejoran sensiblemente las condiciones de vida y, por ello, disminuyen notablemente la morbilidad y la mortalidad.

Nutrición: En cuanto a la nutrición, una opción que ya ha sido ensayada sería la de entregar una cuota complementaria a grupos de riesgo.

Si se pretendiera vigorizarla, caben algunas preguntas:

- ¿Con qué fondos se financiarían los programas?
- ¿De dónde se obtendrán los alimentos?
- ¿Cuáles son los grupos de riesgo?
- ¿Cómo se organizará la distribución?
- ¿Cómo se asegurará que los alimentos sean efectivamente consumidos por las personas en riesgo?
- ¿Cómo se realizará el seguimiento de los beneficiarios para evaluar el im pacto de las acciones?

AMBITO DE ALCANCE DE LAS ACCIONES PARA ENFRENTAR PROBLEMAS CRITICOS

CONDICIONES DE VIDA SOBREVIVENCIA

NUTRICION ADECUADA → IMPACTO MUY IMPORTANTE EN LA CALIDAD DE VIDA → DISMINUCION DE LA MORBILIDAD → CORRIGE LA MORTALIDAD

SANEAMIENTO SUFICIENTE → IMPACTO IMPORTANTE EN LA CALIDAD DE VIDA → DISMINUCION DE LA MORBILIDAD → CORRIGE LA MORTALIDAD

SERVICIOS DE SALUD EFICIENTES → IMPACTO MINIMO EN LA CALIDAD DE VIDA → DISMINUCION POCO SIGNIFICATIVA DE LA MORBILIDAD → CORRIGE LA MORTALIDAD (SALUD PREVISIBLE)

Las dos primeras preguntas tocan de lleno las decisiones estatales acerca del gasto social. La historia de América Latina, demuestra que en períodos de crisis las restricciones más severas se dan en el ámbito del gasto social.

En cuanto a establecer los grupos de riesgo, parecería lógico decir que son las madres embarazadas y los niños menores de 4 años. Esto es así porque hasta esa edad avanzan procesos cruciales de crecimiento y maduración cerebrales, aunque no concluyen.

Si se superan todos los problemas administrativos, logísticos y financieros para lograr una aceptable distribución, queda por resolver el componente más decisivo de estos programas, esto es, que los alimentos ofrecidos sean efectivamente consumidos por las personas en riesgo. Puesto que la alimentación es una práctica social de consumo, son algunos los factores que se combinan para determinar sus características. Entre ellos, tiene pertinencia para la presente discusión, la prioridad que se asigna a los individuos en las relaciones familiares o de grupo. En hogares pobres la cuota de "privilegio" suele ir hacia el padre de familia. Esta aparente incoherencia, en la cual la ignorancia probablemente juegue un papel, podría expresar una lógica de supervivencia común en la preferente atención que recibe quien sostiene a la familia.

Estas consideraciones ponen en duda la validez de esta opción, la cual, por lo demás ha tenido ya pruebas en los ensayos mencionados. Uno de ellos es el Programa de Asistencia Alimentaria Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública.

La desnutrición en el Ecuador reconoce dos situaciones estructurales: la restringida disponibilidad de alimentos, que es consecuencia de una reducción -

de las áreas dedicadas al cultivo de productos de amplio consumo, y la limitada capacidad adquisitiva de la población. Si se postula que un incremento global de la producción podría corregir el problema, no puede pasarse por alto la distorsión de prioridades que hoy prevalecen. En efecto, los productos útiles para la agroindustria (lácteos, cárnicos y aceites, principalmente) y para la exportación han expandido sus fronteras en detrimento de las áreas donde se producen alimentos básicos (arroz, maíz suave, fréjol, patatas, cebada, chochos, hortalizas). Sin embargo, ha de advertirse que, conforme a diversos estudios, un porcentaje significativo de los alimentos básicos es aportado por unidades agrícolas pequeñas. Así, las unidades agrícolas menores de 5 hectáreas han producido en los últimos años el 52% del maíz suave, el 34% del arroz y el 47% de la cebada. En unidades agrícolas mayores de 10 hectáreas se ha producido el 50% de trigo y el 52% del fréjol. (11).

Si se pretende corregir la distorsión mencionada debería apoyarse vigorosamente el desarrollo de la productividad en las áreas pequeñas, lo cual supone la apertura de créditos y adecuada asesoría. Entre 1970 y 1980 el crédito bancario nacional para el sector agropecuario fue de 56 mil millones de sucres; pero de este total casi el 70% correspondió a créditos superiores a 100.000 sucres. En buenas cuentas, las unidades agrarias menores estuvieron prácticamente excluidas del crédito bancario (11). Allí, donde sea posible, debe promoverse sostenidamente la organización de cooperativas que permitan mayor rendimiento.

Proponemos constituir la RESERVA ALIMENTARIA NACIONAL, para lo cual la producción de alimentos básicos debería ser adquirida por los organismos estatales de comercialización (ENAC, ENPROVIT) directamente, a precios apropiados, para que el pequeño agricultor tenga incentivos, pueda atender las obligaciones derivadas de los créditos y para evitar que la producción sea presa de las cadenas de intermediarios. La defensa de esta Reserva Alimentaria Na

cional debería ser la más alta prioridad de la gestión estatal. Esa defensa constituiría en asegurar una adecuada disponibilidad de los alimentos básicos y precios razonablemente estables.

Lograr una adecuada disponibilidad, a más de producción suficiente, reclama una definición política con relación a las exportaciones. Los alimentos básicos solo deberían exportarse cuando haya excedentes reales. Si no hay excedentes, la estructura de precios debería salvaguardarse aun cuando eso suponga la erogación de subsidios estatales.

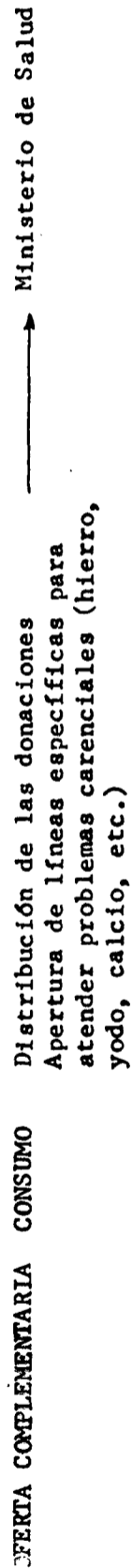
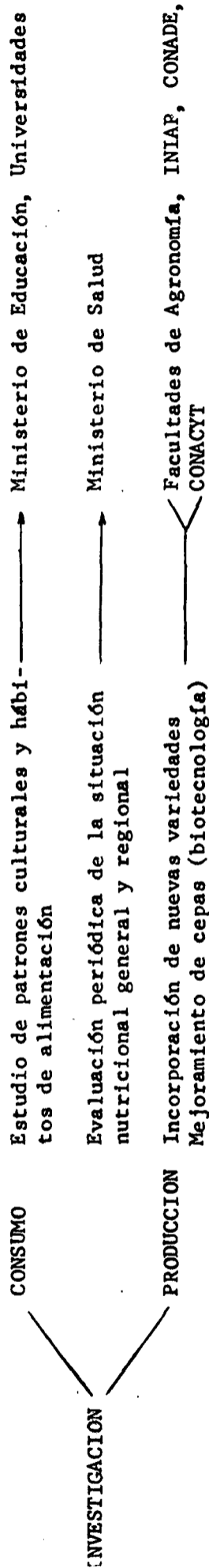
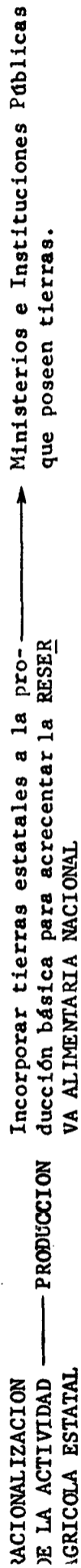
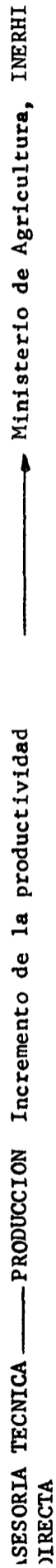
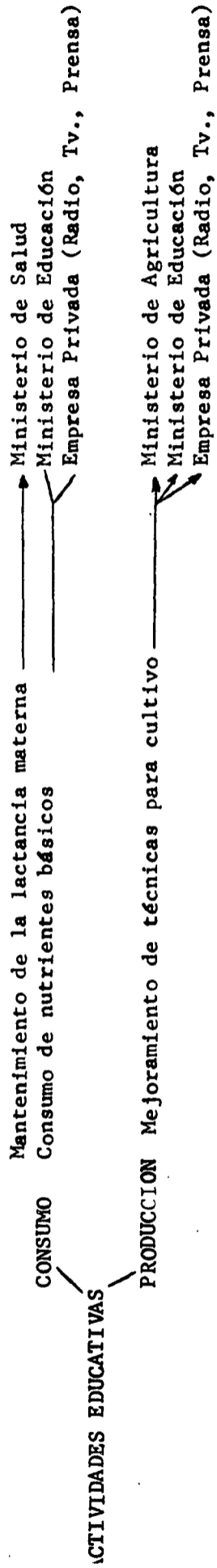
En todo caso estos subsidios se justifican porque estarían destinados a enfrentar la situación social que afecta más gravemente al desarrollo nacional. Por lo demás, en términos financieros, grandes sumas habría que asumir si se montara todo un aparato de beneficencia que, como se ha demostrado, tiene eficiencia muy discutida.

No cabe extender esta proposición en un análisis detallado de las ventajas nutricionales de los alimentos básicos mencionados. Hay suficientes y calificadas publicaciones en las cuales se enfatiza el gran beneficio que tendrá un consumo equilibrado de cereales como el arroz, el maíz y la cebada, con leguminosas como el fréjol y el chocho

En torno a esta reserva alimentaria nacional, eje de un plan de nutrición, deben estar otras acciones de apoyo que podrían ser desplegadas por el llamado Frente Social Interministerial y por la empresa privada.

En el cuadro siguiente se sugieren diversas acciones que pueden tener impacto en las esferas del consumo y de la producción. Asimismo, se esbozan las modalidades de interacción institucional para llevarlas a cabo. Debe subrayarse que todas son acciones de apoyo a la principal que se ha propuesto. Co

ACTIVIDADES INTERINSTITUCIONALES DE APOYO A LA CONSTITUCION Y APROVECHAMIENTO DE LA RESERVA ALIMENTARIA NACIONAL



mo se aprecia, el programa tradicional de oferta complementaria no es desechado en esta proposición pero se lo aprecia en su justa trascendencia. Es más, se considera importante que se abran o consoliden líneas de oferta complementaria para atender problemas carenciales específicos relacionados con oligoelementos, tales serían la entrega de hierro a madres embarazadas, la entrega de yodo a grupos que habitan en zonas endémicas, la entrega de calcio también a madres embarazadas, etc.

Saneamiento ambiental: Las obras de saneamiento ambiental básicas que deben realizarse se relacionan con la provisión de agua potable y la eliminación de desechos (excretas y basuras). Debe admitirse que algún progreso se ha logrado en estos aspectos en los últimos 10 años. A este propósito ha servido la creación del fondo nacional de saneamiento ambiental administrado por el Ministerio de Salud Pública, fondo que ha sido relativamente pequeño.

Dispersas obras de salubridad han sido y son ejecutadas por diferentes instituciones y organismos, principalmente los Municipios, los Consejos Provinciales, el I.E.O.S., el Ministerio de Obras Públicas y las Unidades Ejecutoras.

Todavía numerosos conglomerados urbanos y un alto porcentaje de la población dispersa carecen de estos servicios. Una política nacional de salud debería atender este problema mediante una estrategia que comprenda dos aspectos fundamentales.

- a.- Integración de los esfuerzos y los recursos de todas las instituciones que hoy ejecutan obras de salubridad en el país. Para ello deberían dichas instituciones definir conjuntamente un PLAN NACIONAL DE SANEAMIENTO AMBIENTAL del cual emanen las acciones específicas que a cada institución le corresponde realizar en su ámbito de

influencia.

- b.- La definición de dicho plan debería establecer prioridades. En este sentido el criterio primordial sería el de atender a las poblaciones más concentradas. La atención a la población dispersa debería consistir, principalmente, en orientaciones educativas para el tratamiento de agua, eliminación de excretas y modificación de prácticas inconvenientes (manejo de basuras, higiene personal, etc.)

Política de servicios de salud: Reconocido el hecho de que el principal impacto de los servicios de salud reside en la protección específica frente a determinadas enfermedades y en la reducción de la mortalidad mediante acciones curativas, una política nacional de salud que busque la mayor efectividad de los servicios deberá tomar en cuenta los siguientes elementos fundamentales:

- 1.- Establecimiento muy claro de prioridades: los datos estadísticos demuestran que las enfermedades infecciosas de la infancia, las afecciones perinatales, la tuberculosis, los tumores malignos y algunos problemas relacionados con el sistema circulatorio están causando la mayor proporción de muertes en nuestro país. Estas entidades patológicas deben ser objeto de la mayor preocupación por parte de un sistema organizado de servicios.
- 2.- Redefinición de la atención de acuerdo con los dos siguientes elementos:
 - 2.1.- Eficacia de la atención frente a las enfermedades: la terapia de rehidratación oral frente a los problemas diarreicos, las vacunaciones frente a las enfermedades inmunoprevenibles, el suministro de antibióticos frente a las infec

ciones infantiles y la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, se muestran como medidas eficaces para evitar la enfermedad o la muerte en ciertos grupos. Pero en lo que se refiere a otros problemas las acciones que están en marcha o se han ensayado, tienen eficacia muy discutible, lo que exige una redefinición de las mismas. Así, en lo que se refiere a la prevención de la mortalidad en los primeros 7 días de vida, el control del embarazo y la atención del parto en el marco de la atención primaria de salud, tal como está concebida, no tienen la calidad adecuada para corregir las situaciones de riesgo que operan sobre la unidad madre-feto.

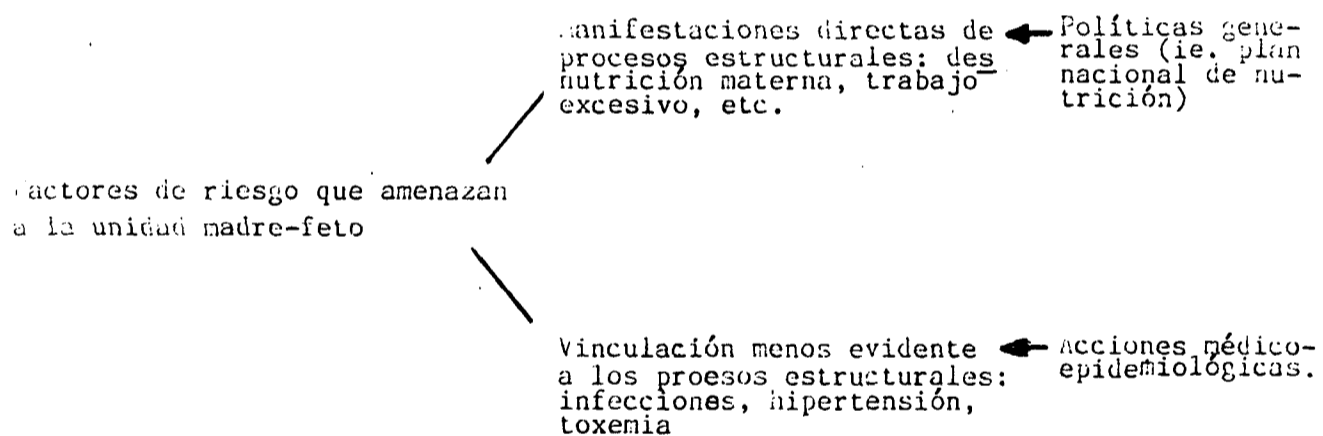
- 2.2.- Acción sobre los grupos de riesgo: los servicios de salud no deben brindarse como conjunto de acciones que operan sobre conglomerados humanos supuestamente homogéneos en cuanto a la composición de su patología. Existen dentro de la sociedad grupos más vulnerables que otros frente a las enfermedades y una política de salud debe establecer claramente las formas para identificarlos y proveerles de servicios adecuados. Hay suficiente documentación que demuestra que los grupos de población más vulnerable se ubican en las zonas marginales de las grandes ciudades y en las zonas rurales.

Para el desarrollo de actividades preventivas dirigidas a los grupos de riesgo, proponemos la constitución del SISTEMA UNICO DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN. Dicho sistema debe orientar sus acciones a los grupos que, a la luz de toda la información examinada, adquieren mayor relevancia:

- a.- Madres embarazadas: se trata de una población sometida a diversos riesgos. Algunos emergen de los procesos estructurales de la sociedad y su corrección rebasa el ámbito de los

servicios de salud. Tales son, por ejemplo, la desnutrición (madres de talla corta y peso bajo), el exceso de trabajo, la desorganización del hogar. Otros, aunque ligados a los procesos estructurales, son manifestaciones que pueden modificarse a través de servicios médico-epidemiológicos. Tales son: las infecciones, la toxemia y ciertos problemas carenciales específicos.

En términos generales, en este espectro de factores, podría decirse que grupos importantes de madres ecuatorianas tienen embarazos de alto riesgo, esto es, comportan peligro para la sobrevivencia y el bienestar de la madre y del niño. El repunte de la mortalidad perinatal en los dos últimos años así lo sugiere. Parece evidente, además, que la deficiente cobertura de atención para este grupo contribuye a explicar dicho repunte.



Para atender a este grupo, las unidades de servicio más simples deberían disponer de una dotación mínima de instrumental, reactivos e insumos que les permita detectar la hipertensión, la toxemia, el retraso del crecimiento fetal y las infecciones más comunes (sífilis, infección urinaria).

Como parte de un proyecto coherente de desarrollo que permita hacer cada vez más óptima la cobertura para este grupo tan vulnerable, de

bería investigarse en áreas seleccionadas la frecuencia de toxoplasmosis, infección por citomegalovirus y herpes virus, a fin de establecer cuan necesaria sería la incorporación de técnicas para detectar estas infecciones en los programas de seguimiento epidemiológico. Puesto que son infecciones relativamente benignas y, a veces, hasta silenciosas para la madre, pero de severo impacto sobre el feto, la detección oportuna durante la gestación sería muy valiosa para atenuar dicho impacto y para tomar las previsiones necesarias a fin de reducir las repercusiones a largo plazo.

Obviamente, la atención institucional del parto debería también estar respaldada por una dotación mínima de instrumental, a fin de prevenir y/o atender los problemas perinatales más comunes y de más grave repercusión (asfixia al nacer, trauma al nacer, enfriamiento, hipoglicemia).

b.- Población menor de 4 años: En este grupo la mala alimentación es la principal amenaza para la calidad de vida y para la sobrevivencia. Es un riesgo que surge de los procesos estructurales básicos. Modificarlo es un desafío imperativo si se aspira a un desarrollo nacional bien sustentado. Mejorar la nutrición de este grupo es una meta que depende de cuanto se pueda hacer para mejorar la alimentación de toda la población. Para ello se ha sugerido constituir la Feserva Alimentaria Nacional.

Otros riesgos que deterioran la calidad de vida y amenazan la sobrevivencia son las infecciones inmunoprevenibles, la enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias. Los programas en marcha para enfrentarlos deben ser reforzados. Es imprescindible que en cada área de influencia las unidades básicas de servicio reali-

con las siguientes actividades:

- Seguimiento continuo de las inmunizaciones
- Control del crecimiento y desarrollo
- Detección y manejo oportuno de las infecciones
- Defensa de la lactancia materna
- Oferta complementaria (especialmente para carenciales) en casos críticos.

c.- Otros grupos: Las mujeres en edad fértil requieren seguimiento regular y sistemático para la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, asociado a importante mortalidad. Para ello es preciso diseñar un programa de alcance comunitario que opere a través de las unidades básicas de salud.

Programas de detección precoz del cáncer de estómago pueden implantarse de manera progresiva a medida que el país disponga de mejor información acerca de zonas de riesgo. Para conseguir esta información se precisa colaboración y coordinación apropiadas entre SOLCA y otras instituciones que actualmente investigan este problema, entre ellas el I.I.S.S.

El SISTEMA ÚNICO DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN propuesto como marco para las acciones de salud dirigidas a los grupos de riesgo mencionados, sería una modalidad de integración institucional para enfrentar de común acuerdo los retos que comportan dichas acciones. Dicha integración debe concretarse en los planos operativo y formal.

En el plano operativo, las unidades básicas de servicio deberían establecer en su área de influencia el perfil de población en riesgo, esto es, debe existir una adecuada delimitación geográfica de las áreas y luego debe realizarse el catastro de la población para identificar a las madres embarazadas, a los niños menores de 4 años y a las mujeres en edad fértil.

El cuidado de esta población, dentro de los lineamientos sugeridos, reclama una interacción permanente entre las unidades de servicio y las comunidades. Para lograr esta interacción debe diseñarse un plan de seguimiento a través de la consulta y de visitas domiciliarias a fin de valorar el riesgo de manera regular y sistemática, y tomar las medidas pertinentes.

El establecimiento del perfil y el seguimiento propuesto son operaciones de campo y de consultorio que deben ser asumidas por un grupo de profesionales y de personal auxiliar en trabajo conjunto. En las áreas donde existen unidades de servicio de dos o más instituciones, este trabajo deberá ser asumido mediante acciones integradas y coordinadas. Donde exista una sola unidad básica esta asumirá las actividades preventivo-epidemiológicas para proteger a los grupos en riesgo, independientemente de cual sea la institución a la que dicha unidad pertenece.

En el plano formal esta integración se concretará a través de acuerdos o convenios de carácter amplio entre las instituciones. Actualmente un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el IASS regula la prestación de servicios para los derecho-habientes de ambas instituciones cuando los pacientes requieren ser atendidos por la otra institución. Convenios como este deberían ser perfeccionados para auspiciar la integración operativa de las unidades básicas a fin de concretar la vigencia del Sistema Único de Salud para la prevención que hemos planteado. Estos acuerdos formales requerirán procedimientos de compensación financiera que, en algunas situaciones, resultaría más conveniente que establecer y mantener un servicio para una reducida población derecho-habiente cuando se puede utilizar la capacidad ya instalada por otra institución.

Los acuerdos formales para realizar el sistema único de atención para la prevención deberán incorporar otros aspectos, a más del financiero, que definan las ca

racterísticas de la acción conjunta. Tales podrían ser: la normatización de procesos administrativos y técnicos, métodos de diagnóstico, formas de tratamiento, procedimientos de control de enfermedades y sistemas de información.

En suma, este Sistema se constituye para atender las siguientes prioridades:

- a.- El control de campo y de consultorio para la madre embarazada
- b.- El control de campo y de consultorio del niño menor de 4 años
- c.- La detección oportuna del cáncer cérvico-uterino
- d.- la detección precoz del cáncer gástrico en zonas de riesgo
- e.- la prevención de enfermedades geográficamente limitadas (malaria, oncocercosis, chagas, leishmaniasis, cisticercosis)

Los problemas individuales que rebasen la capacidad de acción del Sistema Único de Salud para la Prevención, que integra unidades básicas de diferentes Instituciones, serán derivados a los centros y hospitales especializados según la pertenencia institucional del paciente.

Dado que no parece factible a corto plazo la organización de un Sistema Único de Salud que incluya a las unidades intermedias y especializadas, deberían, sin embargo, establecerse líneas de cooperación entre las instituciones. Estas líneas podrían servir para:

- a.- Racionalizar la expansión de la capacidad instalada conforme a criterios de prioridad que consideren el óptimo aprovechamiento de las unidades que ya están en operación.
 - b.- Realizar la prospección de los recursos profesionales necesarios conforme a los planes de expansión institucional, para establecer adecuada coordinación con las universidades.
-

- c.- Atender casos individuales que requieren la atención especializada
- d.- Conformar centros tecnológicos de diagnóstico y/o tratamiento, de alcance multiinstitucional (TAC, trasplantes, pruebas inmunológicas especiales, diagnóstico y consejo genéticos, etc.)
- e.- Sumar recursos para constituir centros de entrenamiento, producción e innovación tecnológica, especialmente en lo que tiene que ver con mantenimiento y renovación de equipos.
- f.- Sumar recursos para constituir y desarrollar centros de investigación y producción biotecnológica.
- g.- Sumar recursos para organizar y llevar adelante la producción nacional de fármacos.

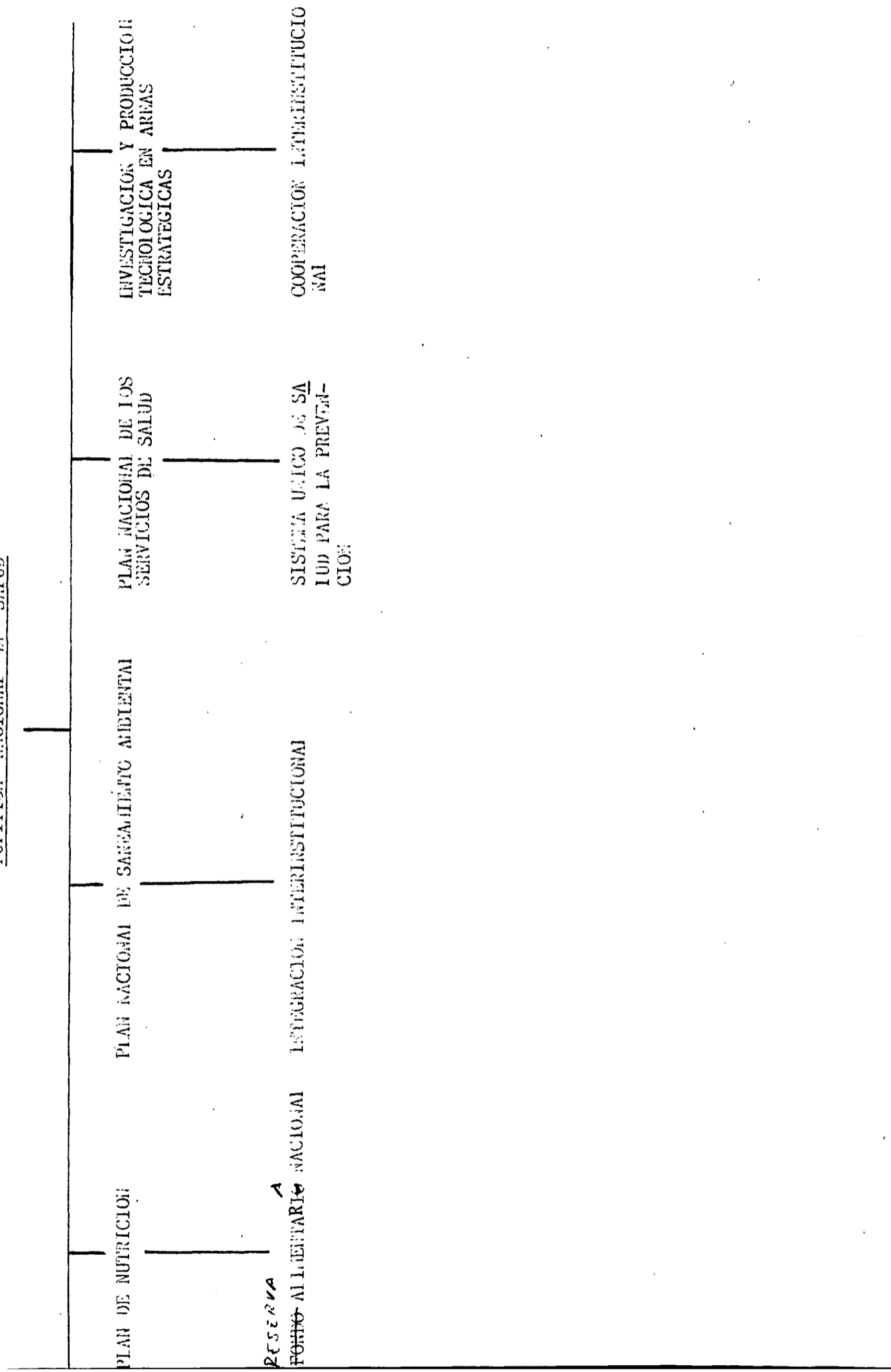
Investigación y producción tecnológica en áreas estratégicas: Una Política Nacional de Salud

definida en función de los grandes problemas nacionales debe promover vigorosa y sostenidamente el desarrollo de la capacidad endógena para generar e innovar bienes y procedimientos tecnológicos que aseguren la expansión y el perfeccionamiento de los servicios. Las áreas estratégicas, según se ha delineado en consideraciones previas en este mismo documento son: la producción de fármacos, la producción de biológicos y reactivos, el mantenimiento de equipos.

Para atender los retos científico-técnicos en esas áreas es preciso definir un conjunto de objetivos para enfrentarlos. De manera preliminar los grandes objetivos a discutir podrían ser los siguientes:

- a.- Organizar y poner en marcha la industria nacional de fármacos.
- b.- lograr autosuficiencia nacional en la producción de biológicos y reactivos para, en una primera etapa, atender los requerimientos del sistema Único de Salud para la Prevención.

POLITICA NACIONAL DE SALUD



c.- Organizar y poner en marcha el Centro Nacional de MANTENIMIENTO e INNOVACION TECNICA orientado a capacitar recursos y al desarrollo de una industria nacional de componentes renovables para equipos.

Estos son objetivos a largo plazo que demandan una gran movilización nacional en la que deben participar las instituciones estatales como las universidades y la empresa privada. En un primer momento es preciso estudiar en profundidad los aspectos de factibilidad y las proyecciones financieras, a fin de trazar proyectos de crecimiento gradual.

AGRADECIMIENTO:

Los autores expresan su reconocimiento al Economista Alfredo Mancero Samán por su actividad suscitadora y a los doctores Hugo Noboa, Francisco Correa, Wilson Célleri y José Guevara A., por la información y comentarios valiosos aportados. Así mismo, a la señorita Adriana Carvajal Armas, Estadística de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud Pública, por proporcionar los gráficos de enfermedades que aparecen en este documento.

BIBLIOGRAFIA

1. Sempértegui, F., et. al.: El Crecimiento de los Niños en la Provincia de Pichincha, Universidad Central, Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1985.
 2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Boletín Epidemiológico (Narváez, A. y Sempértegui, R., eds.), N° 13, 1986.
 3. Noboa, H. et. al.: Enfermedades Crónicas en el Ecuador. En: Boletín Epidemiológico, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ed. Esp. N° 2, 1986.
 4. Espin, V.H., et. al.: Control Prenatal y Peso del Recién Nacido. En: Crecimiento Intrauterino en Quito, CONACYT-Facultad de Ciencias Médicas, 1984.
 5. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Fomento y Protección, Evaluaciones Internas.
 6. Suárez, J. et. al.: La situación de la Salud en el Ecuador 1962-1985, Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.
 7. I.N.E.C.: Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud, Quito, 1986.
 8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Informe de Labores del Ministerio de Salud Pública, período 1984- 1988, Quito, 1988.
 9. Análisis Semanal, N° 9, Marzo 4, 1988.
 10. Instituto de Cooperación Iberoamericana. Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. V Centenario (CYTED-D). Madrid (España).
 11. Jara, C.: El Modelo de Modernización y la Crisis del Agro. En: Ecuador Agrario Ensayos de Interpretación. Editorial El conejo, Quito, 1984, pp. 68.
 12. Naranjo, P.: Desnutrición: Problemas y Soluciones. Unidad Editorial del IESS, Quito, 1985.
-

CUADRO N° 1
MORTALIDAD GENERAL, MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA
ECUADOR 1961-1986

AÑOS	MORTALIDAD GENERAL		MORTALIDAD INFANTIL		MORTALIDAD MATERNA	
	NUMERO	TASA X 1.000 Hab.	NUMERO	TASA X 1.000 NV	NUMERO	TASA X 1.000 NV
1 9 6 1	58.166	12.8	20.058	96.2	574	2.3
1 9 6 2	60.082	12.8	20.710	95.9	522	2.4
1 9 6 3	61.129	12.6	21.298	94.6	587	2.6
1 9 6 4	58.989	11.8	20.610	94.1	519	2.4
1 9 6 5	60.202	11.7	21.056	93.0	583	2.6
1 9 6 6	59.619	11.2	19.977	90.4	546	2.5
1 9 6 7	58.317	10.6	19.425	87.3	576	2.6
1 9 6 8	61.697	10.9	19.440	86.1	540	2.4
1 9 6 9	64.472	11.0	20.076	91.0	513	2.3
1 9 7 0	60.495	10.0	17.633	76.6	529	2.3
1 9 7 1	63.906	10.2	19.119	78.5	495	2.0
1 9 7 2	67.337	10.5	19.899	81.9	486	2.0
1 9 7 3	65.867	9.9	18.527	75.8	471	1.9
1 9 7 4	64.278	9.4	17.161	70.2	498	2.0
1 9 7 5	55.053	7.8	14.559	60.0	513	2.1
1 9 7 6	60.669	8.4	16.389	64.9	475	1.9
1 9 7 7	59.150	7.9	15.849	63.0	444	1.8
1 9 7 8	56.601	7.4	14.832	56.6	498	1.9
1 9 7 9	59.951	7.6	15.845	59.3	424	1.6
1 9 8 0	57.020	7.0	14.261	54.3	426	1.6
1 9 8 1	54.910	6.6	13.402	50.6	443	1.7
1 9 8 2	53.009	6.2	13.101	50.0	394	1.5
1 9 8 3	52.202	6.2	12.694	50.0	413	1.6
1 9 8 4	53.118	5.8	11.161	43.4	384	1.5
1 9 8 5	51.134	5.5	10.615	40.5	397 (b)	1.5
1 9 8 6	50.057	5.3	10.372	50.4	330	1.6

FUENTE: ESTADISTICAS VITALES

(b) Con los datos de 1987 se ajustará la tasa de 1986

ELABORACION: CURSO INTERNACIONAL DE REGISTROS MEDICOS Y ESTADISTICAS DE SALUD

CUADRO N° 2

MORTALIDAD: NEONATAL PRECOZ, NEONATAL, POSTNEONATAL
E INFANTIL
ECUADOR, 1980 - 1986

AÑOS	NEONATAL PRECOZ (-7 días)	NEONATAL	POSTNEONATAL 1-11 meses	TOTAL INFANTIL
	TASA	TASA	TASA	TASA
1980	9.3	18.0	36.3	54.3
1981	9.6	17.2	33.4	50.6
1982	9.2	16.6	33.4	50.0
1983	9.8	17.4	32.6	50.0
1984	9.4	16.0	27.5	43.4
1985	10.2	16.1	24.3	40.5
1986	12.4	19.6	30.7	50.4

Tasa x 1.000 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas Vitales (INEC)

Elaboración: División Nacional de Control de Enfermedades
Transmisibles.

CUADRO N° 3

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR INSTITUCION

1970 - 1983

AÑOS	S E C T O R P U B L I C O					S E C T O R P R I V A D O				
	M.S.P.	I.E.S.S.	MINISTE- RIO DE DEFENSA	POLICIA Y MUNICI.	OTRAS INSTI- TUCIO.	TOTAL SECTOR PUBLICO	CON FI- NES DE LUCRO	SIN FI- NES DE LUCRO	TOTAL SECTOR PRIVADO	TOTAL ESTABLE CIMENT
1970	160	95	10	53	188	506	93	26	119	625
1971	192	44	10	56	247	549	84	12	96	645
1972	352	106	11	38	105	614	99	19	118	732
1973	397	145	11	37	112	702	102	19	121	823
1974	464	187	24	41	87	803	105	20	125	928
1975	556	184	44	54	115	953	103	61	164	1.117
1976	545	204	71	72	155	1.047	102	107	203	1.250
1977	634	201	70	64	104	1.073	102	102	204	1.277
1978	784	205	71	53	165	1.278	112	96	209	1.487
1979	883	260	82	60	171	1.456	116	99	205	1.661
1980	961	359	86	58	86	1.550	122	94	216	1.766
1981	1.014	391	77	60	87	1.629	134	94	228	1.857
1982	1.121	412	81	61	95	1.770	146	94	240	2.010
1983	1.151	518	85	53	85	1.892	158	96	254	2.146

FUENTE INEC Encuesta Anual de Recursos y Atenciones de Salud (1970 - 1971)
INEC Encuesta Anual de Recursos y Actividades de Salud (1972 - 1982)

ELABORACION: Equipo de Investigación

Reproducido con autorización de los autores, de:

Suárez, J.et.al.: La Situación de la Salud en el Ecuador 1962-1985, Ministerio de Salud Pública, Quito, 1987.

CUADRO N.º 4

CUADRO COMPARATIVO DE PRECIOS FOB MAXIMOS APROBADOS POR EL COMITE INTERINSTITUCIONAL CON RELACION A LOS PRECIOS FOB MAS ELEVADOS DECLARADOS POR LOS LABORATORIOS

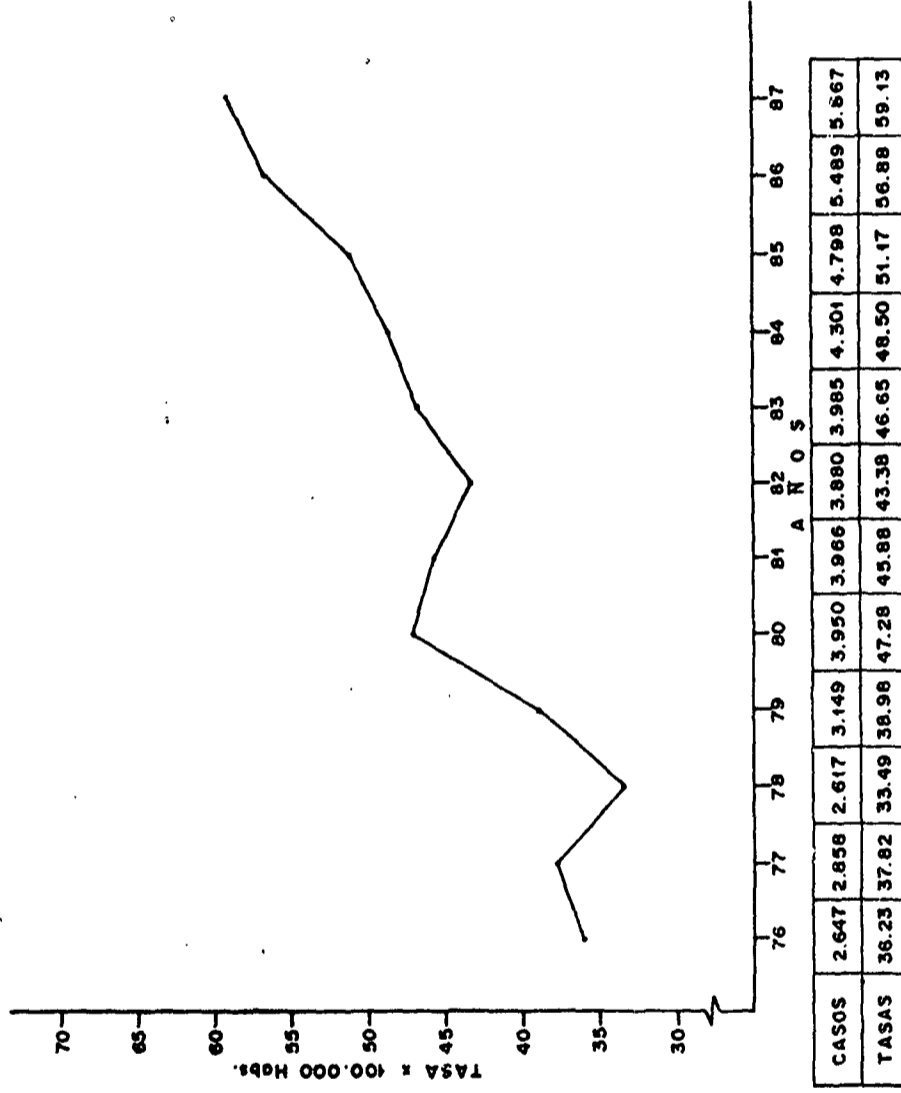
DENOMINACION	PRECIOS FOB			LABORATORIO
	MAXIMO	ELEVADO		
	US. \$	DM.	US. \$	
ACIDO CITRICO	3-	29-	17,14	ABBOTT
AMOXICILINA ESTERIL	300-		462-	ROUSSEL
AMOXICILINA TRIHIDRATO				
MICRONIZADA	130-		720	BRISTOL
COMPACTADA	130-		640-	BRISTOL
AMPICILINA SOD.CRS.EST.	150-	437-	258,23	INFARMA
AMPICILINA TRIHIDRATO				
COMPACTADA	105-		450-	BRISTOL
MICRONIZADA	120-		400-	BRISTOL
BRUMHEXINA CLORHIDRATO	125-	5.950-	2.592,6	BOEHRINGER INGELHEIM
S-CARBOXIMETILCISTEINA	40-	205-	81,03	NATTERMANN
CEFALEXINA MONOHIDRATO				
COMPACTADA	220-		640-	BRISTOL
MICROPULVERIZADA	220-		690-	BRISTOL
CINARIZINA	220-		369,55	JOHNSON & JOHNSON
CLORANFENICOL LEVOGIRO	53-	178,80	89,09	INFARMA
DIAZEPAN	80-		2.350-	ECUAROCHE
DICLOXACILINA MICRO	130-		290-	BRISTOL
DICLOXACILINA SODICA				
COMPACTADA NO EST.	150-		230-	BRISTOL
MICRONIZADA EST.	275-		445-	BRISTOL
DIFIRADAMOL	250-	4.410-	2.475,52	BOEHRINGER INGELHEIM
DIFIRUNA	15-	40-	23,64	BOEHRINGER
GENTAMICINA SULFATO	330-		3.500-	PROFESA
HETACILINA POTASICA EST.	300-		782-	MEAD - JOHNSON
HIUSINA BUTIL BROMURO	1.500-	4.950-	2.800-	BOEHRINGER INGELHEIM
LUPERAMIDA CLORHIDRATO	1.000-		15.316,3	JOHNSON Y JOHNSON
KANAMILINA SULFATO	150-		270-	BRISTOL

Fuente: Anexo O. 394. Min.Ind.Com, Int y Pes. Marzo 1988.

GRAFICO N° 4

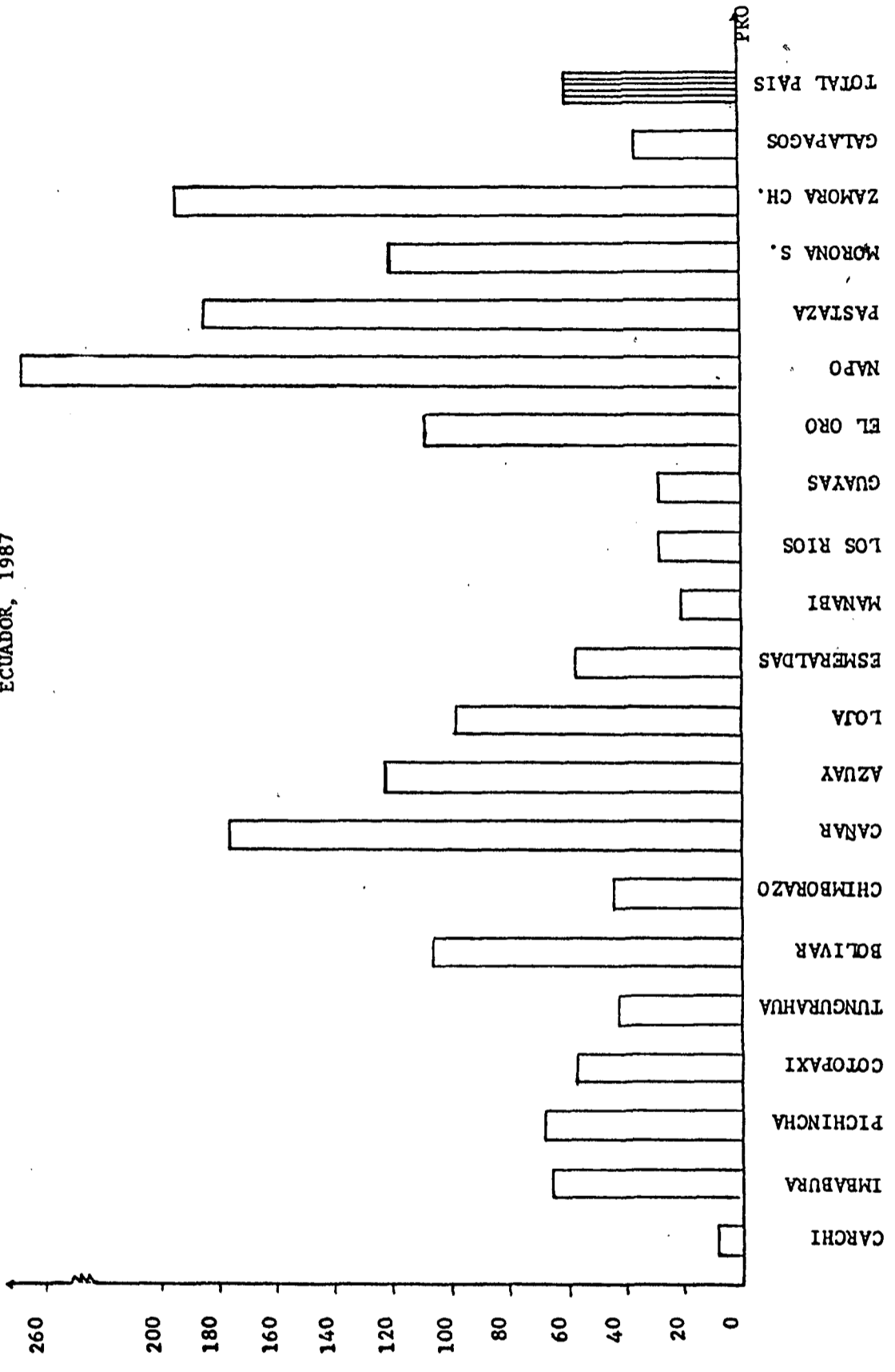
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, TODAS LAS FORMAS

ECUADOR 1.976-1.987



FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica
ELABORACION: División de Control de Enfermedades Transmisibles

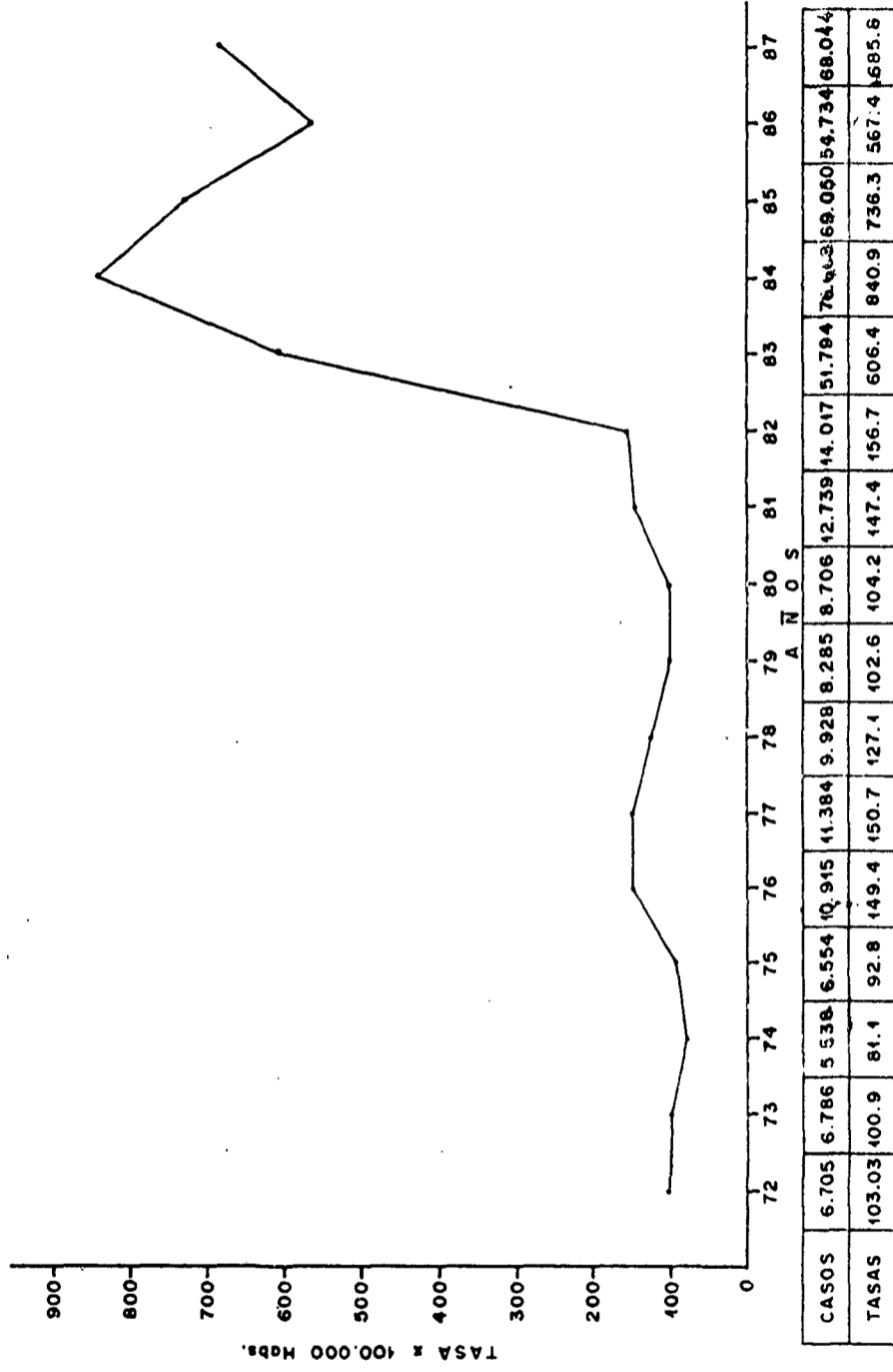
GRAFICO N° 2
 INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, TODAS LAS FORMAS POR PROVINCIAS
 ECUADOR, 1987



CASOS	12	189	1192	182	123	175	162	356	640	405	176	211	148	702	457	433	74	107	120	3	5867
TASAS	8,3	65,1	67,3	57,3	32,1	105,7	43,5	176,3	121,8	98,9	57,4	19,9	27,0	27,3	108,5	268,9	185,3	120,4	19,35	358	5,91

FUENTE Y ELABORACION: División Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

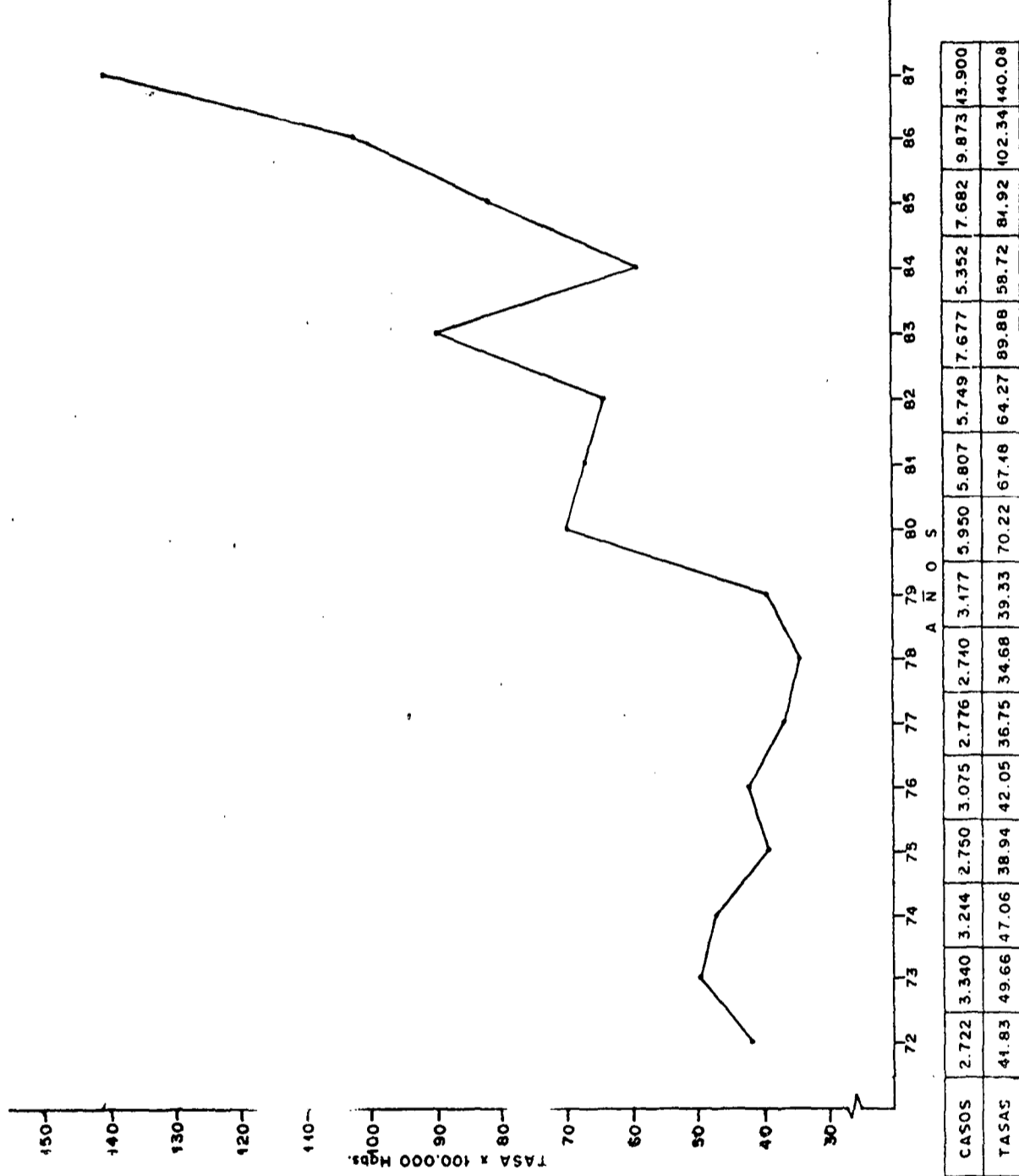
GRAFICO N° 3
INCIDENCIA DE PALUDISMO
ECUADOR 1.972-1.987



FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica
 ELABORACION: División Nat. de Control de Enf. Transmisibles

GRAFICO Nº 4

**INCIDENCIA DE FIEBRE TIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
ECUADOR 1.972-1.987**



FUENTE: Dirección Nacional de Control y Vigilancia Epidemiológica
ELABORACION: División de Control de Enfermedades Transmisibles



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

SALUD Y POLITICAS SOCIALES

Dr. Carlos Pettigiani

SALUD Y POLITICAS SOCIALES

Introducción

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se realizara en Alma-Ata en septiembre de 1978, produjo la Declaración que fuera suscrita por 134 gobiernos y representantes de 67 organizaciones de las Naciones Unidas, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que sostienen lazos oficiales con la OMS y el UNICEF.

En esa histórica Declaración se reitera el concepto de que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades y se avanza ideológicamente en la formulación de que la salud es un derecho humano fundamental, que su logro es un objetivo social importante para cuya realización deben intervenir otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Ahora bien, ese avance ideológico conceptual es mucho más innovador cuando la Declaración reconoce a continuación que la grave desigualdad que se observa en el estado de salud de los pueblos, entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como al interior de cada país es política, social y económicamente inaceptable. Se debería agregar que esa desigualdad es éticamente inaceptable.

Hoy se reconoce con desazón que poco, muy poco, hicieron la mayoría de los países firmantes de la Declaración para avanzar con medidas concretas en la dirección trazada. Pero es importante, de todos modos, que hayan suscrito un compromiso del que se les puede pedir información y rendición de cuentas, compromiso que, además, era moralmente imposible dejar de

.../

suscribir.

Con posteridad a la Reunión de Alma Ata, los países de la Región de las Américas asumieron por consenso la obligación mutua de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT 2000). No es fácil alcanzar esa meta, más aún si meditamos en las enormes diferencias de todo tipo que se dan en esta Región, desde el país capitalista de mayor desarrollo hasta países que figuran entre los más atrasados y miserables del planeta; desde regímenes socialmente participativos e igualitarios a sistemas autoritarios de injusta apropiación y concentración de la riqueza pública. Todos los matices posibles se advierten entre uno y otro extremo, lo que obliga a un análisis, a un diagnóstico, para utilizar un término tan natural al quehacer médico, que permita establecer grandes líneas de procedimientos comunes en salud dentro de la diversidad, que lleve a la formulación de principios básicos para la acción, que faciliten con posterioridad medir los avances y evaluar resultados.

Elementos a considerar

Ya hay suficientes diagnósticos, hasta se puede afirmar que hay demasiados; por ello, el centro del quehacer tiene que situarse en propuestas viables y en acciones consecuentes, que consideren el escenario cambiante, incierto, conflictivo, de crisis, en que nos toca actuar. En un lado se debe aprender a administrar con generosidad y espíritu solidario la abundancia excesiva; en el otro debe primar el espíritu igualitario y de justicia distributiva en la administración de la miseria. El objetivo a delinear por parte de los países que no gozan de la abundancia debe ser el desarrollo social por encima del crecimiento económico.

.../

Al iniciar el diagnóstico se puede aseverar que en las Américas subsisten las condiciones de desigualdad y pobreza que impiden que amplios sectores de la población tengan acceso a las posibilidades de una vida digna, social y económicamente productiva. Se estima que actualmente, en América Latina y el Caribe, se producen 700.000 muertes evitables al año, de aplicarse los conocimientos disponibles en salud pública, en medicina preventiva y en cuidados médicos.

Esta situación reconoce un origen multicausal en lo político, lo económico y lo social. La presente década registra la agravación de la crisis al insertarse los problemas derivados de la deuda externa, que afectan directamente los niveles de vida, de bienestar, de salud de las mayorías y en especial de sus sectores más desprotegidos, de sus grupos especialmente vulnerables a las agresiones del medio físico y social.

En relación al tema "Salud y Políticas Sociales" se hace necesario revisar en la Región el nivel de salud de sus habitantes y la situación del sistema de servicios de salud puesto a su disposición, así como las tácticas, las estrategias y las políticas diseñadas hace pocos años, con el objetivo urgente de adecuarlas a la situación actual, a fin de lograr la meta formulada de SPT 2000. Surgen algunas reflexiones que relacionan la salud y el desarrollo, en una nueva dimensión que incorpora los factores políticos y el concepto de intersectorialidad en la explicación del proceso salud-enfermedad.

En la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington D.C. en 1986, se aprobó en su Resolución XXI el documento "Principios Básicos para la Acción de la OPS, 1987-1990", que establece prioridades programáticas

.../

para los países de la Región para el cuatrienio mencionado; allí se dispone que "la comprensión y el manejo de las relaciones entre la salud y el desarrollo son elementos importantes de acción para la transformación de la infraestructura de los sistemas de salud".

Esta explicación analiza la brecha que se observa entre el conocimiento creciente de los factores actuantes sobre el proceso de salud-enfermedad y la insuficiencia de las políticas de salud en ejecución para controlar los factores determinantes de ese proceso, que escapan a la acción de la capacidad científica y técnica y de decisión del sector salud.

Elementos Económicos y Sociales

Para comprender la situación actual del nivel de salud de la población de la Región así como de la del sector salud, es ineludible interpretar sus relaciones con la economía de cada país en particular, así como la de sus respectivas inserciones en la economía mundial.

Hagamos una caracterización apretada de la situación económica que viven nuestros países, así como su correspondencia con la economía de los países capitalistas centrales. Un concepto debe quedar muy claro: los países industrializados del Occidente se desarrollaron a costa del subdesarrollo del llamado Tercer Mundo. El mecanismo de nuestro subdesarrollo se logró principalmente a través del deterioro de los términos del intercambio entre nuestros productos, cada vez más devaluados, con sus productos, cada vez más valuados, mecanismo que persiste y se acentúa en estos días.

Esta modalidad de apropiación de las riquezas del tercer mundo se encuentra considerablemente agravada ante la crisis del endeudamiento, habiéndose llegado a la situación inhumana e inhumana del presente en la que se produce

el fenómeno de que los países en vías de subdesarrollo transfieren sus escasos e imprescindibles recursos logrados a costa del hambre y la pobreza absoluta de sus pueblos, a los países industrializados para financiar su hiperdesarrollo, el armamentismo y el insolente consumo suntuario. Pero no adjetivemos aunque sea difícil evitar la indignación ante esta realidad perversa; hay que remitirse a cifras: durante 1987 América Latina y el Caribe transfirieron más de 28.000 millones de dólares a los países industrializados de los que dependemos; para estos últimos cinco años los mismos países vieron saqueados sus recursos, que debieron haber impulsado la formación de capital para financiar el desarrollo social, en la inimaginable cifra de 130.000 millones de dólares, destinados en gran parte al pago de la deuda externa, que de todos modos, hagan los países, mejor dichos sus pueblos, los máximos sacrificios, la deuda continúa creciendo.

¿Cómo repercute esta situación sobre nuestros pueblos? Por un lado disminuyen los niveles de bienestar y salud de amplios sectores de la población, al punto que hasta las capas medias de la sociedad se hallan afectadas en sus ingresos. Hoy en día un tercio de nuestros habitantes se encuentran por debajo de los niveles de pobreza absoluta.

A continuación de algunas consideraciones sobre la repercusión de la crisis sobre los sectores mayoritarios de nuestros pueblos, regresaremos para analizar con mayor detalle los efectos sobre su salud.

En grandes líneas se observa en todos nuestros países el crecimiento de la desocupación absoluta, que se sitúa por encima del 10% de la población económicamente activa, así como del de la subocupación que bordea, en más o en menos, el 50%. Todos estos seres humanos, a los que hay que agregar

.../

día a día los migrantes del campo, integran el llamado sector informal de la economía. Lo dicho aquí en forma muy resumida se describe con todo detalle en el libro "El Otro Sendero" de Hernando de Soto, referido a la formación y crecimiento del sector informal en la sociedad peruana, libro que recomiendo a los que se interesen en el tema.

A partir de la década de los 40 se acentúa en nuestros países la migración del campo a la ciudad. El campo es un polo de expulsión de los trabajadores, que ante la pobreza crónica, la explotación y la falta de estímulos sociales tales como servicios escolares, de salud, de recreación y otros, optaron por migrar al polo de atracción de las ciudades en proceso de industrialización, con su oferta de mejores posibilidades de trabajo, salarios, de educación para los hijos, de protección sindical, de seguridad social, de recreación. En el presente, la modernización de las explotaciones agropecuarias y sus nuevas formas de desarrollo, así como el saqueo y la destrucción de la ecología, expulsan a la gente del campo sin que la ciudad conserve sus cualidades de polo de atracción. Al habitante del agro no le queda otra alternativa que la migración obligada y azarosa y pasa a engrosar los cinturones de miseria de las ciudades y el sector informal de la economía; alguna salida ofrecen la prostitución o la delincuencia al menudeo.

Frente a la crisis nuestros gobiernos reaccionan de forma más o menos similar en procura de equilibrios fiscales y del de la balanza de pagos; la devaluación de nuestras monedas frente al dólar constituye la norma, con un agravamiento de los índices de inflación. Variables de ajuste la constituyen los salarios, que a diario disminuyen su capacidad de compra.

.../

Otra variable a la que se recurre es al aumento de la desocupación. Se fomenta el crédito a la producción y exportación de productos suntuarios a costa de la producción de alimentos esenciales. Se prioriza el crecimiento económico a costa del desarrollo social. El resultado final es el empobrecimiento de la población con sus secuelas de marginalidad, desnutrición, enfermedad y muerte. La crisis la pagan los pobres y a pesar de los inauditos sacrificios la deuda no hace más que crecer, como se dijo más arriba. Otra variable de ajuste consiste en la disminución de las asignaciones presupuestarias a los sectores sociales: salud, educación, bienestar, vivienda, transporte, recreación, saneamiento, con el consiguiente deterioro del medio ambiente y de los servicios dedicados a la atención de los problemas de los sectores mayoritarios.

Como efecto directo de la crisis de la deuda externa nuestros países han acumulado una considerable deuda social que se manifiesta en las diferencias de oportunidades entre los grupos sociales y en las diferencias relativas observadas en los niveles de salud y en el acceso a los servicios.

Por un lado un reducido sector privilegiado de la sociedad goza de ingresos crecientes, que dilapida en el consumo "ilustre" y que tiene todas las posibilidades de acceso a los mejores servicios privados que ofrece la sociedad en la que viven. Y si no les satisface la oferta disponible pueden optar por educar a sus descendientes en Suiza o curar sus dolencias en Houston o Miami. Un sector más amplio constituido por empresarios medios, profesionales, comerciantes del agro y de la ciudad así como de trabajadores urbanos y rurales, pueden satisfacer en diversos grados sus necesidades vitales básicas y, según las circunstancias, resolver los problemas de enfermedad

.../

con pagos directos al sector privado o recurrir a la seguridad social; en el peor de los casos pueden requerir los servicios del Estado. La mayoría de la población, constituida por los desocupados, los subocupados, los desplazados y marginados del campo y de la ciudad, los que viven en una situación de extrema pobreza que aumenta los riesgos de enfermar y morir, no tienen otra alternativa que recurrir a los servicios del Estado en creciente deterioro debido a la disminución de recursos que se les asigna como efecto directo de la crisis en desarrollo. O buscan alivio a sus dolencias en la medicina tradicional o en el sector informal de cuidados médicos, que acompañan el crecimiento informal de las ciudades.

Diferenciación en los Niveles de Salud

Lo dicho aquí es un síntoma de la deuda social acumulada que se mencionó más arriba y que se patentiza en las diferenciaciones que los tres grupos sociales descritos presentan en sus niveles de salud y en las posibilidades que tienen de acceder a los servicios.

En este punto es importante describir lo que sucede en la condición de salud-enfermedad en el mundo desarrollado y en el subdesarrollado; en los hartos y en los necesitados; ante el envejecimiento de las poblaciones; cómo responde orgánicamente el ser humano frente a la migración del campo a la ciudad y a los cambios en los hábitos de consumo. Ya de por sí la respuesta natural de cualquier persona ante un mayor nivel de ingresos es la ampliación y la diversificación del consumo: se "consumen" mejores escuelas, servicios de salud, espectáculos, viviendas, transportes, vestimentas. En la dieta se pasa, sin necesidad de educadores para la salud, del monótono arroz o fideos a la carne, leche, huevos, frutas y verduras.

.../

Se advierte por otra parte que los pueblos se enferman y mueren de distintas patologías y tienen servicios de atención diferenciados a medida que progresan desde el punto de vista socioeconómico.

A las sociedades subdesarrolladas, con su pobreza mayoritaria, su desnutrición crónica, la falta de higiene ambiental y personal, el analfabetismo, la insuficiencia en cantidad y calidad de los servicios públicos, corresponde una primera diferenciación en los niveles de salud-enfermedad, caracterizada por el predominio de las enfermedades infecto-contagiosas y carenciales, entre las que se destaca la desnutrición proteico-calórica; por los índices elevados de mortalidad infantil y de muertes en niños de uno a cuatro años de edad; el envejecimiento prematuro y menores expectativas de vida al nacer.

En las sociedades intermedias, en donde todos los indicadores de crecimiento y desarrollo muestran una mejoría, en donde el saneamiento del medio, la educación, la vivienda, los salarios, los niveles de ocupación, las condiciones de trabajo, los servicios públicos en fin, son aceptables, corresponde una segunda diferenciación en el nivel de salud-enfermedad, que se caracteriza por el predominio de las afecciones de aparición más frecuente en poblaciones envejecidas, tales como las enfermedades cardiovasculares y degenerativas, las distintas manifestaciones del cáncer, así como la diabetes, los trastornos mentales, los accidentes. Los registros de salud muestran una importante disminución en la mortalidad infantil, del niño de uno a cuatro años de edad y en la mortalidad general así como el aumento en las expectativas de vida.

El mundo desarrollado presenta otra patología ligada a la soledad, la

.../

alienación, el hartazgo. No hay desnutridos pero si malnutridos que paseen su obesidad por calles y plazas. En este mundo aparece la tercera diferenciación en los niveles de salud-enfermedad, influida por el excesivo uso de sustancias químicas de acción fertilizante, insecticida o desfoliante que contaminan el ambiente y son tóxicas para el hombre. Las fábricas vuelcan sus desechos sólidos, líquidos y gaseosos al medio que las rodea sin consideración por el equilibrio ecológico ni la belleza del paisaje, que también forma parte de esa ecología violentada.

La sociedad envejecida enferma sobre todo de afecciones cardiovasculares y de distintas variedades de cáncer y otras degenerativas. Las profundas transformaciones que se producen en las relaciones familiares, de trabajo y comunitarias tienen efectos directos sobre la conducta de la gente, con manifestaciones crecientes de violencia y de ingestión de alcohol y drogas. Las tensiones de la vida diaria y las presiones que genera la sociedad de consumo para el logro del "éxito", enerva a la gente y como resultado se registran incrementos notables de los accidentes de trabajo y de carretera así como las enfermedades ocupacionales y las neurosis. Sexo y violencia van de la mano con sus repercusiones físicas, mentales y sociales. La expectativa de vida alcanza los niveles más altos y los ancianos, en vez de consejeros comunitarios como en las sociedades rurales precapitalistas, son desechos humanos, estorbos sociales que no tienen cabida en un mundo pensado para jóvenes, bellos y exitosos.

El mundo industrializado recorrió en casi dos siglos las tres distintas diferenciaciones en los niveles de salud-enfermedad que acaban de enumerarse y resolvieron los principales problemas de la patología infecto-contagiosa y

.../

carencial desde hace más de 40 años. Nuestros países tercer mundistas padecen simultáneamente las tres modalidades de patologías, desde la diarrea al Sida, con escasos recursos de todo tipo para hacerles frente.

Ideologías Médicas Dominantes

Cabe entonces la pregunta: ¿con qué recursos enfrenta la medicina como institución las tres distintas diferenciaciones observadas en los niveles de salud-enfermedad según el nivel de desarrollo de los países? Cuando se menciona "recursos" naturalmente que se incluyen entre los mismos a los recursos ideológicos, a las conceptualizaciones que se elaboran para responder a la problemática descrita.

En líneas generales, en las que se pueden reconocer matices de transición entre las tres posiciones ideológicas que se analizan a continuación y que tienden a explicar el proceso de salud-enfermedad, se distinguen las siguientes:

1. Medicalización-Cientificismo

Es esta la ideología médica que predomina en la actualidad; es la posición dominante entre los gremios de médicos y odontólogos, que despolitiza el proceso de salud-enfermedad al enmascarar las condicionantes sociales y económicas, políticas en suma, que llevan a la pérdida de la salud y la capacidad de producir y satisfacer las necesidades esenciales del hombre. En su expresión más pura se manifiesta en el predominio y el énfasis que se otorga al acto médico; a la tecnología costosa y con frecuencia superflua; a la medicación que se suministra sin meditar previamente en los posibles daños clínicos que usualmente son superiores

.../

a los beneficios probables. Es esta la ideología de los fabricantes y proveedores de equipos, de medicamentos, de insumos médicos, de las empresas constructoras de establecimientos médicos, de los especialistas y subespecialistas de éxito. El monopolio médico sobre la enfermedad confisca la responsabilidad que la gente debe tener sobre el cuidado de su propia salud y la transfiere a los sistemas privados y oficiales de servicios de cuidados médicos. El progreso científico termina por beneficiar a la industria y no al ser humano; en este campo se prioriza el crecimiento económico a costa del desarrollo social. Es el gran negocio de la medicina instalado alrededor de la recuperación y la rehabilitación de la salud, que predomina en los países ricos, intermedios y pobres. Ya no hay inocencia en los finales del siglo XX: la despolitización de la medicina es una política dirigida a la industrialización del dolor y la muerte.

2. Determinación Múltiple del Proceso

Esta postura politiza el análisis de la problemática del nivel y estructura de salud de la población, al tomar en cuenta las condicionantes multicausales que producen la pérdida de la salud, considerada ésta, como se mencionó al comienzo de este trabajo, en sus implicaciones de completo bienestar físico, mental y social. Esta ideología considera que todos los sectores económicos y sociales son responsables de la promoción y la protección de la salud, con lo que se añade la dimensión extrasectorial y societaria en su totalidad. Se considera importante la incorporación de tecnologías apropiadas y el suministro de medicamentos esenciales por oposición al equipamiento indiscriminado y exorbitante y a la prescripción habitual del polifármaco, que alguien calificó de medicación

.../

escopetazo por si algún perdigón acierta. Se considera de gran importancia la investigación científica, técnica y operacional en beneficio de la conservación de la salud y de las prácticas menos intervencionistas y más humanitarias para la recuperación y la rehabilitación integral de los pacientes. Por ello se puede resumir expresando que esta ideología centra su interés en mantener al hombre sano, al priorizar las acciones de fomento y protección de la salud y la aplicación decidida de las estrategias de atención primaria con participación de las familias y la comunidad.

3. Determinación Política del Proceso

En el otro extremo de la posición medicalizada-cientificista aparece esta ideología que se puede resumir, radicalizando posiciones, en la frase "revolución o nada"; en la intención formulada de favorecer la agudización de las contradicciones de la sociedad de clases a fin de acelerar la toma de conciencia de los sectores populares de la población. En gran medida limita su accionar a la denuncia de las contradicciones y de la injusta distribución de los bienes y servicios a nivel internacional y al interior de la sociedad. Esta ideología ofrece excelentes diagnósticos del nivel de salud y de la estructura de la enfermedad según grupos sociales sin avanzar en propuestas de soluciones coyunturales, fuera de la solución definitiva: la revolución.

Dimensiones Política e Intersectorial

Las relaciones entre salud y desarrollo socioeconómico presenta problemas de índole técnico y político. A pesar de que se reconoce como de gran importancia la influencia de otros sectores sobre la salud como educación,

.../

alimentación y nutrición, agua y saneamiento del medio, trabajo, salarios y otros de relación evidente, así como los propios del sector salud tales como la formulación de programas integrados de fomento y protección, de desarrollo de la infraestructura de servicios, de accesibilidad y otros, este reconocimiento no alcanza a influir sobre el proceso de toma de decisiones de los Gobiernos. Los Ministerios de Salud apenas si se ocupan de su responsabilidad específica y se desentienden de las acciones de otros sectores de la sociedad y del estado que actúan directa o indirectamente sobre el nivel y estructura de salud de la población, los que no son analizados ni considerados en los posibles impactos negativos.

El uso de productos químicos altamente tóxicos para el hombre en la agricultura, que no son biodegradables, que se incorporan a la leche animal y humana y a las hortalizas, verduras y frutas de consumo diario; estos tóxicos químicos se utilizan en casi todos nuestros países sin regulación alguna o control; los Ministerios de Salud ignoran el hecho y en el mejor de los casos se preocupan de habilitar camas para la atención de los intoxicados agudos. El crédito del sistema bancario se dirige a la producción de bienes de exportación para la obtención de divisas para el pago de la deuda externa y hasta para la importación de artículos suntuarios. Ante la falta de crédito desviado a otros fines, la sociedad produce menos alimentos vitales y se registra un aumento en los índices de desnutrición que afecta en especial a la infancia. Aquí no puedo resistir la tentación de citar una frase de cruel ironía leída en el libro "Desnutrición: problemas y soluciones" del doctor Plutarco Naranjo, Ministro de Salud del Ecuador desde el 10 de agosto del presente año. Dice allí:

.../

"Nadie quiere ser el empresario de entierros de niños muertos de hambre. Es rentable organizar una empresa productora de alimentos balanceados para pollos, pero a nadie se le ocurre organizar una empresa para preparar y llevar a niños desnutridos raciones balanceadas de alimentos. Una industria de esta naturaleza no sería rentable ¿Quién pagaría?. En esta cristiana sociedad del siglo XX, es necesario ser pollo para gozar del privilegio de una dieta balanceada."

Ignoro si algún Ministro de Salud de la Región de las Américas emitió una opinión fundamentada, en las reuniones de Gabinete Gubernamental, sobre el aumento de los índices de desnutrición que se detectan a través del sistema de información de los servicios de salud. Es un problema de salud de responsabilidad de la cartera ministerial respectiva originado en decisiones del sector económico, financiero o de agricultura.

Se promueve como Estado la producción de automóviles en desmedro del transporte público. Sus efectos nocivos sobre la salud se originan en el aumento de la contaminación ambiental por el ruido, el monóxido de carbono y los accidentes de tránsito. Otro contaminante lo constituyen las largas esperas de la gente por transporte que las lleve al trabajo o a sus casas, circunstancia que exaspera y origina irritabilidad nerviosa. Los Ministerios de Salud no opinan, no lo consideran problema de su incumbencia.

Peor aún es lo que sucede con las fabulosas cifras que los países destinan al gasto en armamentos. Los traficantes de la guerra merodean los pasillos gubernamentales y convencen a los mandatarios de turno de las amenazas de enemigos imaginarios. O dejan a las Fuerzas Armadas la función de convencerlos a través de la presión de su capacidad de fuego frente a la sociedad desarmada. El costo de un solo caza supersónico computarizado permitiría financiar con generosidad el funcionamiento de un año de un hospital de 200

.../

camas. Me resulta imposible imaginar la utilidad para nuestros países de un tanque de guerra que en 10 años es chatarra absoluta que tiene que reponerse según el criterio de los Generales que nadie discute, mucho menos los Ministros de Salud. La lucha por la paz, por la solución pacífica negociada de los conflictos nacionales e internacionales no puede, no debe ser ajena a la competencia del sector, quizás como su responsabilidad primera y de mayor importancia y trascendencia. Se hace obligatorio repetir que nuestro compromiso como médicos es con la vida, desde el momento que aceptamos emocionados el Juramento Hipocrático previo a la graduación profesional.

Los ejemplos sobran, lamentablemente. El sector salud tiene una perspectiva limitada de sus responsabilidades y posibilidades de acción por lo que sus políticas y programas, no formulados aunque implícitos, se han dirigido especialmente a las prestaciones de servicios médico-asistenciales, obedeciendo más a las presiones de las corporaciones profesionales y a los intereses ligados con la medicalización. En el mejor de los casos se incluyen recomendaciones generales sobre las medidas que se deben adoptar para preservar o mejorar la salud.

La conducta observada en los Ministerios de Salud frente a los que planifican y financian las actividades del Gobierno ha consistido en pedir aumento de recursos económicos a pesar de una probada incapacidad de gasto, de la subutilización de los servicios en términos de consultas y egresos, de la duplicación de acciones con otras instituciones del sector, de la falta de mantenimiento de edificios y equipos médicos.

En este punto se hace oportuno formular la siguiente pregunta: ¿consideran apropiado los Gobiernos que sus Ministros de Salud cuestionen las políticas

.../

emanadas en los otros sectores y que afectan al nivel de salud de la población, en especial de los sectores vulnerables? Sin entrar a considerar que el sector salud no está en capacidad de discutir y menos de convencer, porque en general los médicos carecemos de formación y experiencia en el análisis económico y político y entre los técnicos y consejeros de los ministerios del ramo no se cuenta con ese tipo de profesional. La norma, entonces, es la incapacidad del Sector para evaluar los impactos negativos de las decisiones de otros sectores y para proponer alternativas posibles. La eventualidad de vetar una política determinada por sus efectos nocivos sobre el hombre constituye una hipótesis inimaginable. No se pretende que los Ministerios de Salud se transformen en Superministerios ni que su Ministro cumpla el rol de Primer Ministro; sólo se pide que asuman su responsabilidad de proteger la salud de la población, de ser verdaderos Ministerios de la salud y no de la enfermedad, como con acierto expresara un ex-ministro ecuatoriano.

Las actividades de salud y desarrollo con una perspectiva multisectorial necesitan de un ambiente democrático sin el cual no puede ejercerse la función de control responsable e informada de los Ministerios de Salud sobre las decisiones de los otros sectores. Esta función nueva que se agrega es más efectiva en un contexto político predispuesto a ocuparse de las necesidades de los sectores populares de la población. Por ello señalo como muy positiva la tendencia a la redemocratización de la sociedad que se observa en la actualidad en América Latina. Los modelos neoliberales en crisis pudieron ser adoptados en contextos políticos autoritarios, imprescindibles para imponer a la sociedad un desarrollo contrario a los intereses mayoritarios.

.../

El autoritarismo en la gestión pública produce el mayor daño a la eficiencia del sistema, porque es alienante y desmotivador; lo opuesto a esta concepción administrativa es el estilo participativo en democracia. El modelo de desarrollo puede así diseñarse tomando en consideración las demandas y presiones sociales que exigen la satisfacción de las necesidades postergadas de la sociedad. Es obligatorio pensar en la deuda social acumulada si de veras se quiere el desarrollo económico pensado y dirigido hacia el hombre.

Estrategias de Desarrollo

Para superar la estrechez de los modelos vigentes enunciados es imperativo buscar nuevas estrategias de desarrollo, pensadas por un lado para que el sector salud asuma su rol ampliado político intersectorial, al redefinir sus funciones en el proceso de desarrollo, desvinculándose de la posición de subordinación en que ha estado hasta el presente. No puede eludir entrar en el debate sobre políticas globales y sectoriales a fin de que se analicen las consecuencias que tienen las opciones de los otros sectores sobre la salud, según ya se ha mencionado.

Por otro lado los dirigentes del sector deben defender sin concesiones economicistas el concepto conquistado de que la salud es un derecho humano fundamental, como punto de partida para el cumplimiento de su función específica tradicional rectora en el enunciado de la política nacional y de la elaboración de planes y programas de salud.

El objetivo central del presente trabajo consiste en delinear las nuevas responsabilidades que la evolución histórica y social asigna a los Ministerios de Salud. Al responder al desafío político y a la dimensión

.../

intersectorial se gana un liderazgo hacia afuera de la institución. Considero que lo escrito hasta aquí pretende cumplir con ese objetivo central propuesto. No obstante, para obtener el liderazgo externo es requisito previo comenzar a ganar liderazgo al interior de la institución y del sector. Es este un proceso que requiere de Ministerios de Salud organizados, fuertes, capaces de ofrecer prestaciones adecuadas a las necesidades de la población, con criterio de eficacia, eficiencia y equidad.

Por lo general, los Ministerios de Salud de América Latina, con algunas excepciones, carecen de un proceso técnico sistemático de definición y aplicación de políticas de salud, proceso que se reemplaza por la improvisación como respuesta intuitiva inmediatista. La falta de direccionalidad de un plan reflexivo se expresa en la atomización y verticalización de los programas en la administración central y en el debilitamiento del papel de los Ministerios en su función rectora del sector. Se observa como manifestación resultante que los servicios estatales de salud para la atención directa del público son insuficientes en calidad, cantidad y distribución para cubrir las necesidades de la población. La crítica a los establecimientos de salud es generalizada así como es profunda la insatisfacción de la sociedad ante la oferta de servicios. La ausencia de direccionalidad y de planes, la verticalización de los programas, la concentración de recursos en inversiones físicas complejas urbanas, deja abandonada la infraestructura periférica que centra su quehacer, por ausencia de normas y de supervisión, en la atención de la demanda espontánea de pacientes, respuesta pasiva que no responde a la conceptualización de centros del quehacer médico responsable del cuidado integral de la población asignada, con la ejecución de actividades de fomento, protección, recuperación y

.../

rehabilitación de la salud, así como de vigilancia y denuncia de las condiciones locales, sociales y de ambiente que aumentan el riesgo de enfermar y morir, responsabilidad que corresponde a los trabajadores de la salud como miembros específicamente informados de la comunidad.

Visualizamos en dos polos la justificación última de los recursos que la sociedad asigna al sector salud: un polo se sitúa en el rol ampliado de la dimensión política e intersectorial que se describió anteriormente; el otro polo está conformado por los servicios directos que se ofrecen al público, los sistemas locales de salud.

Los cambios que se enumeraron en el nivel y estructura de salud según el grado de desarrollo socioeconómico de los países y que se expresan en los cambios en las estructuras de la morbilidad, en las diferenciaciones de la patología perinatal, en los problemas de salud del adolescente y del trabajador, en el envejecimiento de la población, en los fenómenos que acompañan a la creciente y desordenada migración campo-ciudad y otros, exigen que esos cambios se expresen en la adecuación en cantidad y calidad, en las funciones asignadas y en la organización de los sistemas de salud.

Los cambios tienen que comenzar en el nivel central de los ministerios sectoriales, con un proceso de planificación-programación que reconozca distintos momentos: el momento central, que se continúa con el momento regional, y finaliza con el momento de organización de los sistemas locales de salud con la participación activa y consciente de la comunidad en todas las etapas del proceso: planificación, programación, ejecución y evaluación.

Estamos hablando de la necesidad de un Plan de Salud; la opción es ineludible: o se planifica o se improvisa. Aunque es muy cierto que hay planes

.../

y planes. Disponer de un buen Plan de Salud es un instrumento utilísimos; lo que debe quedar claro desde este momento es que al acostumbrado libro-plan, que comienza con un detallado diagnóstico que incluye todos los indicadores económicos, de salud, de recursos disponibles; que inmoviliza a medio ministerio en el nivel central para recoger los datos y elaborar las normas pormenorizadas sobre lo que debe hacerse en todos los niveles administrativos y asistenciales, sin que su personal participe inteligentemente en la producción de las mismas ni sean consultados los funcionarios de los servicios locales; todo ese esfuerzo termina con la presentación formal y solemne a las autoridades y al público, al cabo de dos o tres años de laborioso esfuerzo, de un libro-plan que no puede modificar la realidad pasada y que tiene escasa o nula utilidad futura. La planificación debe llevar la intención decidida de mejorar en poco tiempo la gestión administrativa, el desarrollo de los programas sustantivos, la regionalización y descentralización y la entrega de servicios. No se puede ignorar la incertidumbre y el conflicto presentes en toda actividad humana.

Lo más importante, lo que debe estar en la base de la planificación-programación y que le otorga justificación son los PROBLEMAS; el mejor Plan es el que se dirige a la solución de los problemas de toda magnitud e importancia, debidamente presentados y estructurados; desde los documentos que se pierden en los despachos a la enfermedad diarreica; desde los engorrosos trámites de compra al desabastecimiento de insumos críticos. El personal de salud, los individuos, las familias y las poblaciones se enfrentan a problemas acuciantes que deben ser identificados para su urgente solución programada. La organización de grupos de trabajo interdisciplinarios

.../

que analicen los problemas horizontalmente, en el nivel técnico-normativo y verticalmente con el nivel ejecutivo, es una buena propuesta de solución a condición de que los grupos de trabajo se organicen alrededor de una actividad bien definida, con plazos perentorios, con asignación de responsabilidades y rendición de cuentas. El ambiente de trabajo para asegurar la creatividad y fomentar la imaginación no puede ser otro que el democrático. Trabajar bajo esta modalidad es altamente motivadora y formadora. Los funcionarios se capacitan pensando y haciendo y la gran mayoría deja en el camino su piel de burócratas insensibles.

No cabe dudas que el momento más importante en todo este proceso de planificación-programación central, regional y local es el que se realiza en los sistemas locales de salud, en contacto y con la participación del pueblo, en confrontación con la práctica y con la realidad. Es en este momento en donde se realiza el mejor ajuste y aproximación, en el cotejo de lo imaginado con la realidad evidente de los problemas y es en los sistemas locales de salud en donde la comunidad juega su rol fundamental participativo, responsable de una creciente autosuficiencia dirigida hacia la cogestión. A la comunidad le corresponde participar y apoyar los programas que respondan a sus problemas y propongan soluciones a sus necesidades, no sólo los de salud sino también y en especial a los del desarrollo, así como cuestionar, reorientar y eliminar los que no se adapten a sus aspiraciones.

El Plan de Salud, que comenzó en la imaginación de los funcionarios del nivel central, adquiere realidad y viabilidad en los sistemas locales de salud, cuya consolidación a nivel de las regiones sanitarias modifica la propuesta programática que había sido remitida por ese nivel administrativo.

.../

A su vez la suma de propuestas modificadas del nivel regional modifica necesariamente la propuesta originaria del nivel central. Los momentos del Plan se reinician y a los técnicos del nivel central les corresponderá sistematizar la enriquecida experiencia elaborada en toda la cadena de la red de servicios y en todos los niveles administrativos y recomenzar el proceso con una nueva propuesta de métodos y programas, que gradualmente producirá ajustes en los sistemas de personal, financiero-contable, de suministros, etc. y, lo que constituye el objetivo final de este quehacer estimulante, la adecuación de todo el sistema de servicios de salud a las necesidades postergadas de salud y bienestar del pueblo.

Propuesta de Recomendaciones

El rol ampliado del sector salud a fin de que asuma las nuevas responsabilidades políticas y de intersectorialidad diseñadas a lo largo del presente trabajo, así como el cumplimiento de las actividades tradicionales inherentes a su quehacer, con los requisitos de eficacia, eficiencia y equidad, en un ámbito participativo de programación estratégica, precisa avanzar en la elaboración de la ideología del concepto salud-enfermedad como manifestación de multicausalidad; en el análisis de tecnologías adecuadas que los países estén en capacidad de financiar y puesta al servicio de toda la población; en la adecuación de la legislación disponible; en el desarrollo de los sistemas administrativos y de información, supervisión y control; en el desarrollo institucional de las entidades que participan en el compromiso nacional concertado de integración del sector.

La sumatoria de estos avances orientados a la conformación del Sistema Nacional de Salud con el propósito de lograr un mejor y creciente nivel de bienestar y salud de la sociedad como un todo, requiere de especiales

.../

esfuerzos para enfrentar unidos los problemas de salud y desarrollo social en nuestras economías de países empobrecidos.

El desafío es enorme, los recursos imprescindibles son muy escasos pero afirmo para finalizar que los mismos estarán disponibles si nuestra América Latina enfrenta unida y con coraje el viejo problema de los términos desfavorables del intercambio comercial con las metrópolis y el agregado de la deuda externa. Hay recursos en el despilfarro obsceno del armamentismo y del crecimiento de las fuerzas represivas, diseñadas para contener los justos reclamos de las mayorías por una mejor distribución de las riquezas que ellos producen; el pleno respeto de los derechos humanos garantiza la participación popular al aporte de soluciones alternativas. La Democracia y la Justicia serán las garantes de la evolución que se propone.

Dr. Carlos A. Pettigiani
Representante OPS/OMS
Ecuador

Quito, Agosto de 1988

BIBLIOGRAFIA

- OMS-UNICEF, Alma Ata 1978 - Atención Primaria de Salud
- OPS: Publicación Científica N° 314, 1976
- OPS: Principios Básicos para la Acción de la OPS, 1987-1990 - 1986
- OPS: Discusiones Técnicas. Salud en el Desarrollo. Dimensiones Políticas e Intersectorialidad, 1988.
- OPS: Discusiones Técnicas, junio 1988 - Información para la Gestión en Salud
- OPS: Documento Oficial N° 179, 1982
- Soto, Hernando de y Cola. El Otro Sendero. Instituto Libertad y Democracia. Perú, 6° Edición, 1987.
- Illich, Iván. Némesis Médica. Barral Editores 1975.
- Barrenechea, J.J. y Tejada Uribe, David. Salud para Todos en el Año 2000. Universidad de Antioquia. Departamento de Publicaciones.
- Matus, Carlos. Adios, Señor Presidente. Pomaire/Ensayos, 1987.
- Naranjo, Plutarco. Desnutrición: problemas y soluciones. Publicaciones del Ministerio de Salud. Quito, Ecuador, 1986.
- Torres Goitia, Javier. Salud y Democracia. Estudios Ilpes-Unicef. Editorial Universitaria. Chile, 1987.
- OPS, Descentralización y Silos. Documento de trabajo, 1987.



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

SALUD Y POLITICAS SOCIALES

Dr. Plutarco Naranjo

SALUD Y POLITICAS SOCIALES

Dr. Plutarco Naranjo

Justicia social, justicia distributiva, desarrollo social, seguridad social, son algunas de las tantas expresiones y conceptos que aunque no significan exactamente lo mismo, todas tratan de relieves el aspecto social, es decir, tratan de anteponer lo social a lo individual.

Una política social tiene que abordar, necesariamente, aspectos económicos, tales como la posesión de los medios de producción, las relaciones de las fuerzas productivas, el aprovechamiento individual o colectivo de la plusvalía, pero no puede ni debe restringirse a solo las condiciones económicas de una sociedad y las perspectivas de mejoramiento, en términos salariales y otros mecanismos de redistribución de la riqueza, es decir de los frutos del trabajo colectivo.

Una política social bien concebida va más allá de lo estrictamente económico y debe proyectarse a la consecución del bienestar social, del mejoramiento de la calidad de la vida.

Me referiré, en esta oportunidad, sólo a una de las dimensiones del bienestar, el de la salud, dejando de lado las múltiples facetas económicas de una posible política social.

La salud es componente básico del bienestar tanto individual como social y por consiguiente es indispensable incorporar el problema de la salud en toda política social.

La Medicina primitiva.

En las sociedades primitivas la antinomia salud-enfermedad era considerada como un fenómeno estrictamente social. La salud representaba el mantenimiento del equilibrio social y ecológico. La enfermedad era el rompimiento de ese equilibrio. En la concepción animista del hombre primitivo, los animales, las plantas y aún muchos seres inanimados fueron considerados como poseedores de un espíritu y los identificaba como partes de un sólo todo. La enfermedad o la muerte de una persona, en especial niño o joven, era considerado como un fenómeno sobre natural, implicaba un rompimiento de equilibrio de ese mundo armónico en el que el hombre era sólo una pequeña parte del conjunto ecológico y aún del cosmos. El shaman, respectivamente llamado más tarde, brujo, era el gran recaudador del equilibrio social y ecológico, no era un simple curandero, un simple curador del cuerpo y del espíritu. Tenía que descubrir qué fuerzas sobrenatu-

pi al donde se ejercía la caridad cristiana, por parte de cofradías y luego por parte de la comunidad de los Betlemitas.

El descubrimiento de los microbios por parte de Leeuwenhoe^k y más tarde los trascendentales descubrimientos de Pasteur, Koch y otros sabios de que algunos de estos microbios eran los causantes de las enfermedades, provocó un profundo cambio en las concepciones médicas. Surgió como un objetivo fundamental de la medicina, el descubrir la causa de cada enfermedad, establecer las características de ella, su evolución. Poco a poco se fueron descubriendo los agentes causales de las epidemias y de la mayoría de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

La era de los enfermos.

El aforismo de que "no hay enfermedades sino enfermos", caracteriza a otra etapa del pensamiento médico. La enfermedad no tiene exactamente iguales características de evolución en todos los individuos, a través de las diferentes edades o en individuos pertenecientes a los dos sexos. Había que estudiar las peculiaridades de la enfermedad en cada persona. Surgió resplandeciente la clínica y poco tiempo después, las diversas especialidades. Surgió el médico especialista en el hígado o en los riñones, en el estómago o en el corazón. El médico familiar fue reemplazado por el especialista.

La enfermedad se convirtió en una entelequia y la única realidad era el propio enfermo. Surgió pues una medicina altamente individualista.

El desarrollo tecnológico, con todos sus asombrosos milagros, contribuyó al desarrollo de esa medicina altamente sofisticada e individualista. Los modernos aparatos de diagnóstico permiten localizar con asombrosa precisión el sitio intracerebral donde existe la dilatación de una arteria o una pequeña tumoración. La tecnología actual permite predecir el sexo del futuro descendiente o si será el portador de una mal formación genética o si nacerá sano y saludable. La cirugía^h ha progresado a tal punto que ya es rutina reemplazar válvulas dentro del corazón, injertar un riñón o reemplazar la cabeza del fémur por una prótesis metálica.

La era de la salud.

La invención y uso de las vacunas como recurso profiláctico contra virus, bacterias y aún parásitos, el descubrimiento de que dietas desbalanceadas son causa de enfermedades metabólicas, en fin el descubrimiento de los mecanismos de transmisión de ciertas enfermedades, entre

ellas gracias al papel de los Factores plantea el problema de salud-enfermedad bajo nuevas perspectivas. Era y sigue siendo posible la prevención de muchas enfermedades y por consiguiente el objetivo de la medicina ya no debería ser ni solamente las enfermedades o los enfermos sino esencialmente la salud.

La nueva realidad plantea la adopción de nuevas estrategias. El viejo hospital general es el símbolo de la era de las enfermedades; el moderno hospital de alta especialización es el símbolo de la medicina tecnificada, en cierto modo deshumanizada, de la era del enfermo y del enfermo, generalmente paciente, capaz de pagar el elevadísimo costo que significa la alta especialización médica. Los servicios sanitarios, el centro de Salud, el centro de vacunación, constituyen, entre otros, los símbolos de la nueva era, en la cual el objetivo prioritario de la medicina es el de la salud.

La salud social.

A esta altura de la brevíssima revisión histórica que he realizado, conviene formular, por lo menos las siguientes preguntas: ¿La enfermedad es realmente un fenómeno individual? ¿El tratamiento de un enfermo es un problema meramente individual? Un niño determinado se enferma y muere a consecuencia de la diarrea. Se trata, en efecto de un fenómeno individual. La medicina es capaz de proveerle de antibióticos, soluciones para hidratación y otros recursos terapéuticos. Si el niño se salva de la enfermedad, también es un fenómeno individual. Más el análisis no puede quedar en estos términos simplísticos. Hay que preguntar: ¿Por qué se enfermó el niño? Si el ambiente en el que hubiese estado ^{ese} niño habría tenido el necesario saneamiento, no habrían estado presentes salmonelas u otras bacterias para contaminar los alimentos o el agua y el niño no se habría enfermado. Pero sanear el ambiente no es un problema individual; depende de una estructura social que tenga como objetivo el bienestar colectivo, que anteponga la salud de todos a la salud individual. Pero si a pesar de todo el niño se habría enfermado con la infección gastrointestinal, de haber estado bien nutrido no habría sucumbido. La probabilidad mayor es que habría sobrevivido a la enfermedad. Si murió fue porque ese pobre niño era un desnutrido y tenía muy bajas defensas biológicas. Ahora viene el problema de ¿por qué fue un desnutrido? aquí, necesariamente tenemos que entrar en el campo de lo económico. La desnutrición es uno de los signos de pobreza y usualmente de pobreza absoluta.

Si alguien muere de cáncer pulmonar, a consecuencia de que fue un adicto a la nicotina que le proporciona el tabaco, puede considerarse como un fenómeno estrictamente personal. Nadie le obligó a fumar. ¿Nadie? Hay una estructura social que indirectamente obliga a fumar. Hay una industria, hay grandes intereses económicos, hay elevadas utilidades que van a las pocas manos de éstos y otros monopolios de la muerte. Estos monopolios viven y prosperan gracias al desarrollo de la dependencia a ciertas drogas. Todo esto implica un complejo mecanismo social, sólo en apariencia, la muerte de ese canceroso es de su culpabilidad individual.

Existen unas tantas enfermedades llamadas carenciales; debido a la falta de elementos en la alimentación diaria. Es el caso del bocio endémico, por falta del yodo, de la osteoporosis o caries de alteraciones lentales por falta de calcio o anemia ferroporiva, por falta de hierro en los alimentos. Tenemos amplísimos conocimientos sobre las necesidades biológicas del organismo; sabemos así mismo del contenido del principio nutritivo de los alimentos. Conocimientos no nos faltan y el médico puede diagnosticar con facilidad y gran precisión si un paciente adolece de este tipo de anemia. En este sentido puede considerarse también un fenómeno individual.

Basta corregir la deficiencia con gotas o tabletas conteniendo hierro, para curar su anemia. Pero el fenómeno es de carácter social. La solución colectiva es mejorar la dieta, incorporar los nutrientes en déficit y de nuevo desenfocamos hacia el campo económico. De esta manera, si vamos analizando muchas otras enfermedades, llegaremos a la conclusión de que no son simples fenómenos individuales sino que por el contrario, que están socialmente condicionadas. La lucha contra las enfermedades, la preservación y promoción de la salud, tienen que enmarcarse dentro de una política social.

Si bien es cierto que en nuestra Constitución y en otras leyes, entre los derechos individuales consta el derecho a la salud, no es menos cierto que la salud, no es un fenómeno individual sino más ampliamente colectivo, de carácter social. La salud no depende solo del individuo en sí mismo, depende de la estructura social, depende de que haya empleo, de que haya capacidad de compra; de que haya conocimientos sobre normas de higiene, lo que implica ausencia de analfabetismo, de cursos educativos y así sucesivamente, para entender que la salud tiene que enmarcarse dentro de una política social.

Debemos que ir hacia la nueva era conceptual en que se considere la salud no como simple derecho individual sino como derecho y obligación social. Si bien es cierto que sin salud no hay bienestar social, también hay que considerar que sin bienestar social no hay salud.



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

Tema V: Seguridad Social como Política
Documentos de:
Rubén Lo Vuolo
Marcelo Ribadeneira



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

LA SEGURIDAD SOCIAL COMO POLITICA PUBLICA

Rubén Lo Vuolo

LA SEGURIDAD SOCIAL COMO POLITICA PUBLICA

"Las viejas certezas han pasado
y las nuevas han dejado de ser
respuestas para convertirse
en preguntas".

Dalton TRUMBO, "La noche del Uro"

I. INTRODUCCION

La oportunidad de este seminario ofrece un inmejorable ámbito para discutir ciertos aspectos de la política de seguridad social, que considero sustanciales para comprender los términos del actual debate sobre la problemática articulación entre el Estado y la sociedad en América Latina. Las profundas transformaciones que están experimentando nuestras sociedades obliga a un correlativo esfuerzo de reflexión crítica con respecto al sistema de políticas públicas vigente, a los efectos de evaluar si el mismo cumple adecuadamente con los objetivos que justifican su existencia. La urgencia de este debate no reconoce motivos exclusivamente intelectuales, sino que debe asumirse como una prioridad política vital para el sostenimiento de nuestros sistemas democráticos, frente a la sistemática deslegitimación de sus instituciones representativas a que nos tienen acostumbrados quienes prefieren una sociedad no participativa.

Desde el comienzo, hay que destacar la existencia de una tradición que pretende presentar los fenómenos sociales como meras categorías objetivamente mensurables, ignorando así su dimensión simbólica, la de aquellas representaciones o construcciones que los individuos realizan y transmiten acerca de los fenómenos. La realidad, entendida como problema que nos preocupa interpretar y eventualmente modificar, es una construcción social arbitraria que se estructura desde la lucha y el conflicto. Se puede avanzar aún más y afirmar que es precisamente en ese proceso de construcción de la realidad percibida, donde se define gran parte de esa lucha.

En tal sentido, se nota una particular preocupación por discutir acerca de la eficacia de nuestros sistemas de políticas públicas para orientar un proceso sostenido de acumulación que sea capaz de elevar el bienestar y la

equidad en nuestras sociedades. Esto se vuelve más urgente frente a la continua exteriorización de situaciones sociales conflictivas, las que sugieren comportamientos perversos en las acciones y relaciones institucionalizadas que en un pasado reciente orientaban nuestra dinámica social en un sentido positivo, pero que hoy aparecen como elementos deslegitimadores del propio sistema político.

Frente a esta situación, resurgen nostálgicas interpretaciones que reducen todo a la identificación de "extrañas intromisiones" en un supuesto funcionamiento "natural" de mecanismos sociales. Por ejemplo, la crisis financiera de los sistemas de seguridad social de mayor maduración en América Latina, es suficiente para que algunos pretendan resolver el problema destruyendo directamente la institución, o bien desnaturalizando sus objetivos reduciéndolos al otorgamiento de prestaciones simbólicas, casi benéficas⁽¹⁾. También están quienes opinan que no es necesario debatir las bases fundacionales del sistema y que sus expresiones conflictivas simplemente requieren más de lo mismo. Esta posición no es sólo el resultado de una actitud intelectualmente contemplativa, sino que suele identificarse con los intereses de quienes se benefician con el funcionamiento actual de los sistemas.

Pero las situaciones críticas permiten también el desarrollo de actitudes reflexivas que pugnan por encontrar una racionalidad al problema que sea algo más compleja y oriente el debate hacia la creación de situaciones nuevas. De esta manera, la percepción de una crisis institucional puede convertirse en crítica de aquellos conceptos que conforman la base de su principio de organización, exigiendo incluso la revisión de sus axiomas para desplazarse hacia otros de distinto nivel y amplitud. Un aporte de este tipo puede ser útil también para quienes no se ven afectados momentáneamente por situaciones similares, pero que pueden estar interesados en los interrogantes que plantea un escenario diferente.

En este trabajo me propongo discutir aquellos elementos que considero claves para interpretar la actual situación de los sistemas de seguridad social más maduros de América Latina, bajo el supuesto que los mismos reflejan con mayor claridad las contradicciones endógenas y exógenas resultantes del principio de organización a partir del cual han sido construidos. El propósito es reflexionar primero

(1) En lo que sigue, debe interpretarse que los "sistemas de seguridad social maduros" son aquellos con características similares a Argentina y Uruguay, otorgando además una especial preponderancia al sistema de jubilaciones y pensiones como determinante de los comportamientos.

acerca de la lógica de su génesis y desarrollo, para tratar de comprender desde esa perspectiva que es lo que determina su dinámica actual.

El conjunto interrelacionado de elementos que definen un sistema social no tiene un contenido estático sino que está en permanente modificación por la propia dinámica del sistema. Es necesario, por consiguiente, indagar acerca de las condiciones preexistentes que posibilitaron su surgimiento, no para plantear un condicionamiento mecánico del presente por el pasado sino para comprender el movimiento cualitativamente nuevo surgido de tales condiciones.

Toda construcción de una institución social es un intento por modificar y condicionar ciertas acciones y reacciones del conjunto del sistema social, de forma tal que los procesos del conjunto ya no podrán comprenderse sin referirlos a la institución; de la misma manera, ésta carece de sentido sin su ambiente. Los sistemas de seguridad social ya califican y condicionan, con diferente intensidad, la dinámica de desarrollo de nuestros países. Definen nuestro particular "Estado Benefactor", al que podemos identificar como un arreglo institucional que pretende otorgar garantía pública para que ciertos sectores de la población accedan al consumo de algunos bienes y servicios, mediante mecanismos que buscan independizar dicho acceso de las determinaciones propias del funcionamiento de los intercambios a través del mercado. Por sus propios objetivos, la existencia de estas instituciones representa una contradicción con la lógica del sistema de producción y distribución; por consiguiente, es una expresión potencial de conflictos (Offe, 1984).

De esto se desprende que, en la construcción de una institución típica del Estado Benefactor, se debe definir, previo consenso sobre un sistema de valores, un espacio donde predomine la responsabilidad social sobre la individual. Sin embargo, el acuerdo sobre el campo de aplicación de esa responsabilidad social no obliga a un consenso sobre las formas y el contenido de su efectivo ejercicio. Este es un punto central: un sistema de seguridad social tendrá distinta conformación según sea la definición de responsabilidad social que se adopte.

A los efectos de este trabajo, definiré al sistema de seguridad social como un arreglo institucional que pretende otorgar una prestación social a toda la población que se encuentra incapacitada para generar ingresos por medio del ofrecimiento de su fuerza laboral en el mercado. Esta incapacidad puede resultar de la invalidez física o de la vejez (incapacidad supuesta), pudiendo recaer la prestación sobre la persona del incapacitado cubierto o sobre su grupo

familiar. Teniendo en cuenta esta definición, trataré de demostrar que los sistemas de seguridad social maduros están incapacitados para cumplir con el objetivo que justifica su existencia y que su crisis actual no es coyuntural, sino el resultado de su propia dinámica.

Para ello, analizaré primero el proceso de formación de los mismos para identificar los elementos que definen su dinámica. Esto me permitirá destacar las contradicciones que su crisis actual exterioriza y que definen lo que denominaré un "híbrido institucional". Lo anterior me permitirá sugerir algunas líneas de reflexión para pensar un eventual cambio del sistema que sea compatible con sus objetivos fundantes, que funcione con la dinámica que las inequidades de nuestras sociedades reclaman y que sea alternativo a otras propuestas actualmente difundidas que no atacan el núcleo del problema.

Tal vez el propósito de este trabajo pueda resumirse a esto último, es decir la identificación de la cuestión central. Después de todo, aún cuando la posición asumida no sea la correcta, discutir acerca de lo central ya es útil y merece que le dediquemos el tiempo necesario.

II. UNA INTERPRETACION DE LA GENESIS Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

a) El seguro social. La responsabilidad social como sumatoria de las responsabilidades individuales y el ahorro forzoso

La expansión del mercado laboral asalariado en América Latina fue el resultado de un proceso direccionado desde el poder político y que resultó esencial para la conformación de las economías capitalistas de mercado en la Región. Como una respuesta a las tensiones sociales derivadas de este proceso y al conflicto político propio de la formación de cada Estado en particular, desde principios de siglo se fueron instaurando instituciones con el objeto de atender las expresiones más salientes de esa situación, fortaleciendo al mismo tiempo la relación asalariada. Los sectores dominantes e interesados en la consolidación del sistema, habían advertido los riesgos derivados de una ilimitada anarquía en el funcionamiento de los mercados y en la utilización de la riqueza.

Ciertas cuestiones que referían al orden social necesario para que el sistema se establezca como dominante, eran fácilmente confundibles y coordinables con el interés individual (por ejemplo, la prevención de riesgos futuros derivados de la acción laboral). La lógica de los

originarios seguros sociales europeos fue adoptada como un modelo para los países que fueron pioneros en la materia. El mecanismo consistía en identificar acontecimientos considerados fortuitos y atribuibles a los riesgos propios del trabajo asalariado (accidentes de trabajo, invalidez, vejez, muerte, etc.). A partir de allí, se instituían prestaciones sociales que pretendían cubrir las consecuencias dañosas derivadas de los mismos.

Así, desde un comienzo se distinguieron tres elementos para normar las conductas reguladas por las instituciones de la seguridad social: el hecho fortuito causante, su consecuencia dañosa y el tipo de cobertura reparadora. Como lo determinante para la institución era el hecho causante vinculado con la relación laboral asalariada, éstas se fueron diferenciando con ese criterio a la vez que absorbían las heterogeneidades propias de esta relación social. Una institución de este tipo puede ofrecer, frente a un mismo hecho causante, coberturas iguales para individuos cuya situación se ve desigualmente afectada y/o coberturas desiguales para similares situaciones. Por lo mismo, dado que la institución absorbe solamente a quienes cumplen tareas laborales formalizadas, quedan sin cobertura frente a los hechos causantes del daño quienes realizan informalmente su actividad laboral (Paganini, 1987). En resumen, la relación laboral asalariada es la condición preexistente de los seguros sociales y el eje sobre el que se construyeron los mismos.

Una consecuencia derivada de esto fue la separación de los instrumentos políticos utilizados frente a situaciones de similar contenido "social" pero de diferente impacto en la relación entre el Estado y la sociedad. Para quienes actuaban en el mercado asalariado, la cuestión se derivaba en forma lógica. Empleadores, empleados y eventualmente el Estado (como garante del sistema y no sólo como empleador), acordaban un compromiso contractual por medio del cual los involucrados se obligaban legalmente a aportar recursos para financiar sus compromisos. Los fondos captados se acumulaban en una reserva técnica con fines preventivos, la que era, por lo tanto, una condición necesaria para la existencia del sistema. La idea era restar del consumo corriente una masa de ahorros que permitiera atender contingencias futuras, reconocidas como casos "fortuitos", utilizando para ello la potencialidad actuarial de la "ley de los grandes números". Coerción legal para asegurar el financiamiento, técnica actuarial para su administración y fragmentación propia del mercado laboral, caracterizaban estos sistemas.

Los derechos y obligaciones que se derivaban de esta institución eran un pilar fundamental del sistema. El derecho del asalariado a percibir un beneficio futuro

reconocía su fuente en el aporte al fondo de ahorros que realizaba a lo largo de su vida activa. Por otra parte, el empleador, mediante su "contribución" y el Estado, con su garantía, consolidaban el interés asociativo. Este esquema era totalmente funcional a las ideas centrales sobre las que se organizaba el orden social. En sociedades donde los individuos se relacionaban mediante el supuesto intercambio de equivalentes, los derechos a una prestación debían fundarse en una adecuada contraprestación o, de lo contrario, se diluía la responsabilidad individual (total o parcial) que servía de base para el sistema.

La importancia de este punto, fundada incluso en la reactualización que del mismo se está realizando, merece una sintética disgregación. El esquema prestación-contraprestación propio del mecanismo contractual de los seguros, solamente tiene validez práctica para quienes poseen bienes para ofrecer en el intercambio institucionalizado en el contrato. Esto significa que todo esquema contractual refleja necesariamente las heterogeneidades resultantes de las diferentes capacidades que tienen los involucrados para ofrecer prestaciones y reclamar contraprestaciones. En el caso de los seguros sociales, coherentemente con la ideología liberal dominante en la época, esto tiene su correlación con una concepción "individualmente preventiva" de las contingencias aseguradas. Es casi una virtud "moral" el ahorrar y prevenir hacia el futuro lo cual, bueno es decirlo, tiene incluso un rol pedagógico sobre el propio uso de la libertad de disponer de la propiedad de los bienes. En este contexto ideológico, las instituciones sociales deben limitarse a facilitar estos comportamientos que son valorados, casi metafísicamente, como positivos (EWALD, 1986).

La supuesta "solidaridad" de los sistemas de seguro social era en realidad la institucionalización de una "comunidad sectorial de intereses individuales". Por ello, aún cuando las contingencias cubiertas se asumían como "sociales", quienes no estaban en condiciones de formalizar el contrato, no por desinterés, sino porque no encontraban una contraparte interesada en su prestación, quedaban por definición fuera del sistema institucionalizado de protección. Sus contingencias, por consiguiente, se ignoraban o se debían atender con otros mecanismos. Incluso, al propio interior del sector asalariado se fueron creando condiciones contractuales diferentes según la jerarquía y la capacidad de presión de los distintos grupos de asalariados. La exclusión y la diferenciación propias del mercado laboral activo, se trasladan así a los sistemas destinados a atender la situación de los pasivos. Unos adquieren derechos individuales sobre las prestaciones que les ofrecen las instituciones de la sociedad organizada, otros solamente

deben esperar caridad o beneficencia. En otras palabras, pese a que la situación de todos es el resultado de un mismo sistema social cuyo principio de organización es la causa última de las diferencias, a algunos se les reconocen derechos patrimoniales individuales, mientras que a otros solo les queda esperar que se los considere como carga moral de la sociedad.

Ahora bien, una institución construida en base a estos principios no puede sino reproducir la desintegración y fragmentación propias de nuestras sociedades. Esto es más grave cuando se trata de instituciones destinadas a atender cuestiones de alta sensibilidad social. Para comprender mejor las derivaciones de este problema hay que indagar respecto del "adentro" de esta cuestión, es decir someter a validación la propia concepción de "contingencia social" implícita en una institución de este tipo.

La opinión que le atribuye a las contingencias sociales un contenido "fortuito" e imputable a quienes definen la relación laboral formalizada, ya no es sostenible. Las contingencias sociales, por el contrario, son un requisito para que el tipo de sociedad que fuimos conformando funcione, son una expresión del modo en que se produce y se distribuye la riqueza en la misma, de la forma en que se organiza el orden social. Cuando las contingencias sociales se asumen como el resultado inevitable del tipo de sistema social del cual todos son necesarios elementos coexistentes, pierde sentido atribuirles un carácter fortuito y pasan a ser "certezas", no son imputables a los individuos sino al sistema como unidad. Por consiguiente, dichas contingencias no pueden resolverse dentro del esquema prestación-contraprestación ya que el mismo es una reproducción mecánica, para los elementos involucrados, de la lógica que regula el intercambio individual de los mercados. Si es justamente esta lógica el origen del problema, no puede resolverse el mismo reproduciéndola para un espacio mayor.

Llevemos la cuestión a un extremo para que se comprenda el punto que pretendo exponer aquí. El pauperismo y la marginalidad social típicos de nuestras sociedades, son un claro ejemplo del error que se comete al encarar el problema desde la nostálgica visión liberal. En nuestras sociedades coexisten individuos que están imposibilitados objetivamente para ser considerados integrantes plenos de la sociedad porque su situación les impide poseer lo mínimo indispensable para ser, incluso, sujetos de derecho. Se vuelve muy confuso, en consecuencia, la propia atribución de derechos y obligaciones a estos individuos; su existencia como entidad jurídica pierde consistencia.

La integración de estos individuos para que participen de pleno derecho de la dinámica social, no como "población objeto" receptora de caridad pública, sino haciendo extensivas a ellos las posibilidades para que accedan a ciertos servicios en similares condiciones que el resto de los ciudadanos, es una prioridad social que compete a todos y un reaseguro de los sistemas democráticos. Pero para ello, como he tratado de fundamentar previamente, se debe salir del esquema prestación-contraprestación propio de los seguros sociales. Esto, como trataré de fundamentar luego, no pudo superarse en la etapa de la "seguridad social" y es el origen de las fragmentaciones y exclusiones que se perciben claramente en los sistemas de seguridad social maduros.

La visión política de la sociedad que implican los seguros sociales se correlaciona con las teorías económicas dominantes en la época de su surgimiento que, coherentemente, también han resucitado en los últimos tiempos. Un sistema que acumula fondos a partir de los ingresos corrientes de quienes participan en el proceso de producción, asegura la socialización de una importante masa de ahorros cuya existencia se consideraba un prerequisite para la inversión productiva. La teoría económica dominante sostenía que el ahorro ex-ante era lo que determinaba el monto de la inversión mediante los ajustes que el precio "tasa de interés" realizaba en el mercado. Como por otra parte la propensión al consumo de los asalariados era cercana a la unidad, la conclusión lógica era que debían restarse fondos del consumo asalariado mediante mecanismos institucionales para transferirlos a los capitalistas, quienes, por su conducta "ahorradora", los transformarían, por simple carácter transitivo, en inversión.

De esta manera, con los mecanismos del seguro social no sólo se obligaba a un ahorro forzoso sobre los ingresos que captaban los trabajadores, sino que por ser ex-ante (esto es planeado) permitía diluir su costo en el sistema de precios relativos. Aquí, no me estoy refiriendo a la teoría del "mark up", que atribuye a las cargas de la seguridad social un inevitable impacto en los precios absolutos de mercado (Arellano, 1980). Simplemente, señalo que, por ser una situación conocida, es un parámetro del cálculo empresarial que afecta los precios relativos de producción y consecuentemente la distribución de la renta. El sentido y la intensidad de ese impacto es motivo de otra discusión.

En otras palabras, el capital necesario para el fondo de salarios se distribuía en el tiempo mediante la constitución de un sistema de ahorro forzoso. El esquema teórico se complementaba con la visión de los equilibrios

parciales de los mercados que, entre sus distintos componentes, sostenía que salarios y nivel de empleo ajustaban el mercado laboral automáticamente. A ese mercado se reducirían entonces los impactos de las cargas de la seguridad social.

Por otra parte, la cultura impuesta por el esquema de los seguros sociales permitió la práctica común de encerrar el análisis de los sistemas dentro de sí mismos, despreocupándose de sus relaciones con el conjunto de las políticas públicas. Las entradas y salidas se definían al interior del propio sistema y el desarrollo intelectual se preocupó básicamente por las implicancias jurídicas de estas instituciones. Pero nada es estático cuando de instituciones sociales se trata y nuevos elementos se incorporaron al debate.

**b) La seguridad social como suma de los seguros sociales.
Sistemas de reparto como estabilizadores keynesianos del consumo**

Los límites que acotaban el campo de aplicación de los seguros sociales se intentaron superar, luego de las profundas transformaciones provocadas por la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial, con la construcción del concepto de "seguridad social", mediante el cual se proponía universalizar la cobertura del sistema a todos los ciudadanos. Para algunos, el nuevo concepto de seguridad social simplemente refleja un objetivo distante, un ideal simbólico, principalmente cuando se lo intenta aplicar a América Latina y otras áreas del Tercer Mundo.

Esta visión se justifica si se consideran los instrumentos utilizados para alcanzar la pretendida expansión de la cobertura al universo de ciudadanos. Si bien se generó consenso para la extensión de las coberturas, ésto se intentó realizar sin que la relación laboral perdiera su importancia como eje de la estructura del sistema. Esta situación condicionó y estableció límites a la dinámica del proceso de desarrollo de la seguridad social.

Por una parte, las relaciones de trabajo no asalariadas siguen siendo difíciles de incorporar por lo que sólo se avanza sobre aquellos trabajadores no asalariados que reciben mayores ingresos y están más integrados a la economía formal. Al mismo tiempo, se genera un híbrido en lo que refiere a la ecuación financiera del sistema, porque la influencia de los métodos tradicionales del seguro social siguieron siendo predominantes. Aún cuando no puede afirmarse que existiese una doctrina con respecto al

cuerpo de principios, basados en la práctica y ampliamente aceptados, que proveían la estructura y servían como modelo para legislaciones de numerosos países (Mouton, 1984).

Pese a que los sistemas de capitalización se ven superados en los hechos por los de reparto, no se profundiza sobre la necesidad de repensar la normativa jurídica para adaptarla a la nueva situación. Mediante los sistemas de reparto, los ingresos que se sustraen al consumo corriente de la población económicamente activa, no se utilizan para acumular una masa de ahorros, sino que se transfieren en el mismo período para el consumo de la población pasiva contemporánea.

De esta manera, la política de seguridad social deja de ser un sistema de ahorro forzoso, para pensarse como un "estabilizador automático del consumo". Es que había cambiado la visión sobre el funcionamiento macroeconómico del sistema y las nuevas concepciones difundidas por Keynes, tal vez mejor formalizadas por Kalecki, se convertían en una nueva ortodoxia. El ahorro ex-ante ya no se consideraba como un prerrequisito para la inversión, sino que incluso podía hasta ser negativo para la misma. La propensión al consumo era una de las variables independientes del nuevo modelo y el gasto público podía utilizarse como una poderosa política anticíclica. El pensamiento keynesiano es "funcional" a la instauración de los sistemas de reparto y permite la expansión del Estado Benefactor, dándole un contenido positivo a las transferencias de ingresos que el mismo implica.

Esta visión del funcionamiento del sistema capitalista reactualizaba ciertos aspectos de la teoría marxista de acumulación, poniendo énfasis en la separación de los procesos de generación y realización del valor. Por ser la propensión al consumo una variable independiente del modelo que afectaba en forma directa el nivel de empleo y de ingreso, cualquier factor que elevara dicha propensión tenía un impacto positivo sobre la economía porque elevaba las ganancias permitiendo su realización efectiva. Keynes se ocupa particularmente de la seguridad social cuando enumera los factores subjetivos que harán que los individuos destinen una mayor porción de su ingreso al ahorro: constitución de una reserva para contingencias imprevistas; provisión para una relación futura ingresos/necesidades que difiera de la presente (p.ej., por problemas de edad, cantidad de dependientes, etc.). La solución institucional de estos imprevistos debería repercutir favorablemente en la propensión al consumo y con ello afectar positivamente al empleo y el ingreso (Keynes, 1956).

El motor del sistema era la "demanda efectiva", por ser la demanda que maximiza la tasa de ganancias. La idea que el ahorro individual presente lleva a un mayor nivel futuro de inversión, luego de consumo, era errónea. Para Keynes, ahorro e inversión son variables determinadas y no determinantes del sistema. La teoría tradicional se había percatado que el ahorro dependía del ingreso pero había pasado por alto que el ingreso dependía de la inversión; el ahorro y la inversión no determinan la tasa de interés, como se suponía, sino el nivel de empleo. Una caída en el consumo reducirá la demanda efectiva y la rentabilidad de la inversión, lo cual disminuirá el nivel de actividad. Si esto es así, la caída del consumo presente (mayor ahorro), no asegura un incremento del consumo futuro sino una disminución neta de la demanda. En lugar de ahorrar, se debía incrementar el gasto para que el mayor poder de demanda induzca respuestas positivas por el lado de la oferta. La política monetaria y fiscal del Estado aparecían como elementos esenciales de esta nueva estrategia, cuya visión de corto plazo desvirtúa toda preocupación por el consumo futuro, dado que el mismo es resultado del consumo presente.

En este esquema pierde sentido preocuparse por la relación actuarial entre los aportes presentes y los beneficios futuros; las relaciones relevantes son ahora aquéllas que vinculan los ingresos y egresos corrientes. Ya no existe necesidad de constituir fondos y preocuparse por su valorización. El sistema de seguridad social, financiado por mecanismos de reparto, es una forma de transferir ingresos corrientes cuyo monto depende del aporte, el beneficio y la tasa de sostenimiento entre aportantes y beneficiarios. La preocupación por asumir compromisos de pagos futuros no se justificaba en este esquema.

Aquí es necesario detenerse. En el momento de su constitución, e independientemente del mecanismo de financiamiento, es de suponer que todo sistema de seguridad social que otorgue derecho a percibir un beneficio en función del aporte, ha de funcionar con una alta tasa de sostenimiento. Luego, es un sistema potencialmente capaz de acumular reservas. La diferencia está en que un sistema de capitalización requiere del mantenimiento de una reserva técnica para existir mientras que los sistemas de reparto pueden prescindir de ellas. Esto puede explicar porqué en muchos países latinoamericanos se prefirió mantener un sistema híbrido que funcionaba con una normativa propia de un sistema de capitalización en cuanto a los derechos individuales que otorgaba, financiándose a la vez como un sistema de reparto.

Por un lado, los beneficios se independizan funcionalmente de los aportes con lo cual, aquellas variables que deberían ajustarse mutuamente en un sistema de capitalización, pasan a ser parámetros de la ecuación financiera. Si las condiciones fiscales y la tasa de sostenimiento del sistema permiten un superávit, estos fondos excedentes pueden derivarse a otros fines porque no es necesario acumularlos como reserva técnica. Como sigue prevaleciendo la noción de "responsabilidad individual" como base del sistema, que en el caso previsional se vincula con el concepto de "salario diferido", las cargas destinadas a financiarlo no se asimilan a las imposiciones fiscales típicas sino que se consideran más bien como un crédito que el particular tiene contra el Estado. Este, mientras tanto, va comprometiendo sus futuras recaudaciones en una deuda que se acumula desordenadamente y que va introduciendo rigideces en los futuros balances fiscales.

Esta situación puede apreciarse claramente si se observa la experiencia argentina. Los excedentes generados por el conjunto de las Cajas en el período 1950-54, equivalían anualmente al 4% del PBI a precios de mercado. Estos fondos fueron colocados a extensos plazos en títulos públicos que pagaban una tasa de interés muy inferior a la inflación. Por otra parte, el Estado, dada la situación de superávit del sistema, no cumplía con sus obligaciones como empleador o las abonaba con los mismos títulos públicos con los que consolidaba los fondos acumulados. Según estimaciones realizadas, si se deflacionaran las adquisiciones anuales de títulos realizadas en el período 1946-61, se acumularía un equivalente al 47% del PBI del año 1961 (Feldman, Isuani y Golbert, 1986).

Todo esto no es una simple comprobación de la magnitud de las transferencias realizadas, sino advierte a la vez sobre los peligros de acumular capitales líquidos en una economía inflacionaria y con un mercado de capitales pequeño. Desde otro ángulo, es lo que Joan Robinson advirtió también sobre la teoría keynesiana: lo inadecuado no reside en la inconsistencia de la teoría sino en su limitado rango, ya que ofrece poca luz sobre los problemas de un sistema con escasez de capital para hacer rentable el producto potencial (Robinson, 1978). En otras palabras, el debate refiere indefectiblemente a la teoría de la acumulación en nuestros países subdesarrollados; esto es, una específica explicación de la reproducción capitalista del subdesarrollo.

c) Dinámica y crisis de un sistema de seguridad social híbrido

Keynes, al comentar el Beveridge Report, había advertido sobre la necesidad de extender la teoría sobre los fondos destinados a financiar ciertos servicios que el Estado tomaba a su cargo. Estos servicios se vinculaban a las áreas que Keynes llamó "técnicamente sociales" (riesgo, incertidumbre, ignorancia, nivel de ahorro, población). Pero no estaba claro qué sistemas de transferencias eran los más aptos (Kregel, 1985). De cierta manera, tenía conciencia que el nivel de abstracción de su teoría dejaba muchos interrogantes en cuanto a su implementación práctica. Todo esto transformó a la seguridad social, particularmente a la política previsional, en un mecanismo confuso y contradictorio.

El aporte seguía definiendo el derecho a la percepción de un beneficio cuyo nivel, paradójicamente, no tenía ninguna vinculación con el del aporte. Esto permitió que se vuelva práctica común vincular ese beneficio con el salario de mercado que el beneficiario percibía durante su vida activa. Más aún, los salarios considerados eran los mejores de la última etapa activa. De esta manera, se trasladaba al sistema de seguridad social el "status" laboral alcanzado en la vida activa. Al mismo tiempo, la presión de los grupos corporativos, favorecida por el híbrido legal descripto, fue filtrando privilegios que se traducían en menores responsabilidades en los ingresos del sistema (edad, años de aporte, etc.) y mayores beneficios en la apropiación de sus salidas. El resultado es un sistema fragmentado, con grupos privilegiados y muchas veces con prestaciones múltiples.

De esta manera se fue construyendo una dialéctica entre particularismo y universalismo, con marcado predominio del primero sobre el segundo, que fue desvirtuando el pretendido contenido universalista de la política de seguridad social. El mercado formal de trabajo representa un límite difícil de superar cuando se intenta expandir la cobertura. Al mismo tiempo, las variables que definen la ecuación financiera del sistema de reparto que financia a los cubiertos, empieza a mostrar comportamientos perversos para el balance del flujo de fondos. Nuevamente, el caso argentino es significativo para ilustrar este punto.

Mientras en las zonas económicamente más desarrolladas se verifican altas tasas de cobertura e incluso sobrecobertura, debido a que algunos individuos reciben más de un beneficio, en las regiones más atrasadas, donde existe una menor integración de la fuerza de trabajo al mercado asalariado, las tasas de cobertura son menores al 50%. Para evaluar adecuadamente este punto, es necesario tener

presente que a mediados de la década del '50 todos los grupos ocupacionales contaban ya con cobertura legal en Argentina. Sin embargo, aún hoy el 40% de la población no tiene cobertura real. Pese a la generosidad de numerosas moratorias previsionales que se ofrecieron para captar afiliados a la Caja de Trabajadores Autónomos, la baja capacidad contributiva de algunos sectores, el crecimiento del cuentapropismo, la subocupación y las diversas formas del "empleo no registrado", volvieron inefectivas las medidas destinadas a incorporar al sector no asalariado.

Esta incapacidad del Estado para hacer efectivas las disposiciones legales, se refleja también en los altos índices de evasión. Esta situación, sumada al sostenido proceso de envejecimiento de la población, repercute negativamente en la tasa de sostenimiento real del sistema. La Caja de Industria, Comercio y Actividades Civiles tenía para 1983 una tasa de sostenimiento potencial estimada en 2.85, mientras que la real era de 2,46. La situación en la Caja de Autónomos muestra claramente la ineficacia de los esquemas basados en la lógica de la prestación-contraprestación para incorporar a los no asalariados: la tasa real se estimaba en 1.92 mientras que la potencial era de aproximadamente 3.3. La situación en la Caja del Estado se ve particularmente afectada por la utilización del sistema previsional como instrumento prebendario: la tasa de sostenimiento, asumiendo una evasión nula, era de de 1,4, siendo a la vez la que en 1985 pagaba los beneficios medios más elevados.

La dinámica de este proceso ha determinado una permanente necesidad de traslado de fondos entre y hacia las Cajas previsionales. Así, se reciclan fondos que se sustraen al programa de asignaciones familiares y se realizan sistemáticos aportes desde el Tesoro Nacional para financiar los déficits del sistema nacional de previsión. Todo esto aumentó el peso del sistema previsional en el conjunto de las políticas públicas lo cual, en el contexto de una crisis fiscal, obliga a un ajuste por el lado de los beneficios previsionales y de los fondos dedicados a otras políticas de alta prioridad social. Estimaciones recientes ubican alrededor de 9% del PBI a precios de mercado, el gasto total del sector público argentino en el sistema previsional. De ese total, 6% sería del sistema nacional de previsión, 1% de las Cajas especiales que sostiene directamente el Tesoro Nacional y el resto son los sistemas que las provincias y municipios tienen para sus empleados. Comparativamente, el sector público argentino gasta 4% del PBI en educación, 5,2% en salud (incluyendo las obras sociales) y alrededor de 2,5% para vivienda, seguro de desempleo y asistencia social.

En cierta manera, el avance de los sistemas de seguridad social sobre el resto de las políticas sociales se ve posibilitado por las diferentes mecánicas de funcionamiento. La mayor parte de las políticas sociales no se manejan con la misma lógica de apropiación privada que caracteriza a los sistemas de seguridad social. Para estas políticas funciona usualmente el mecanismo típico de la política fiscal: se captan ingresos reconociendo "bases fiscales imponibles" y se gasta conforme a la prioridad determinada por el sistema político.

Esta situación es más grave si se considera que, por su propio diseño, el sistema de seguridad social no redistribuye progresivamente la renta. En efecto, por un lado se captan ingresos sobre la nómina salarial que, dada la estructura imperfecta de los mercados en nuestros países, son fácilmente trasladables a los precios o al nivel de ocupación estableciendo un punto de equilibrio inferior al pleno empleo. Por otra parte, el permanente traspaso de fondos desde el Tesoro nacional para atender los desequilibrios financieros se hace en un contexto fiscal donde se privilegian los impuestos indirectos. Esto se agrava si se considera que un importante sector de la población, que no tiene cobertura, financia el sistema como contribuyente de impuestos indirectos. El resultado es un esquema regresivo en la captación de los ingresos. Por el otro lado, dado que el sistema otorga prestaciones proporcionalmente a los salarios de mercado percibidos en la vida activa y que se excluye a gran parte de la población de los beneficios, se podrá concluir que la regresividad se acentúa por el lado del gasto.

Un sistema que en sus comienzos servía para captar recursos fiscales para su posterior transferencia hacia otras áreas, hoy es absorbedor de recursos. Esto es una demostración más de la ineffectividad de los mecanismos fiscales tradicionales para adaptarse a una nueva situación y explica, pero de ningún modo justifica, ciertas preferencias por los mecanismos monetarios observadas en los últimos tiempos. Nótese que esto tiene su correlación con la aparición de propuestas que buscan volver a mecanismos captadores de ahorros líquidos. Esto también es motivo de otra discusión.

Lo que aquí interesa destacar es que las urgencias fiscales dieron lugar para que se comenzara a cuestionar la naturaleza jurídica de las cargas destinadas a la seguridad social. Así, se comenzó a argumentar que las mismas debían considerarse imposiciones fiscales al igual que otras obligaciones tributarias y evaluarlas políticamente en consecuencia. Este planteo no se agota meramente en lo formal.

Si los aportes al sistema de seguridad social se identifican con el conjunto de las imposiciones fiscales, se abre una puerta para que otros tributos contribuyan al financiamiento de dicho sistema. De hecho, en 1980 se intentó sustituir en Argentina parte de la financiación del sistema previsional por una participación en la recaudación del impuesto al valor agregado, argumentando que dicha reforma tendría impactos positivos en el mercado de trabajo (Lo Vuolo, 1986). Este intento no prosperó. Más adelante, la crisis financiera del sistema nacional de previsión, reflejada en una sostenida caída de la relación salario medio/haber medio, obligó al Poder Ejecutivo a declararlo en estado de emergencia. En este año 1988 se tuvo que recurrir a una imposición sobre los combustibles y otros servicios públicos para transferir fondos al sistema previsional.

Esta tendencia no tiene consecuencias meramente fiscales. La equiparación de las cargas de la seguridad social con el resto de los tributos hace que pierda todo sentido derivar derechos y obligaciones diferentes de ambas imposiciones. Consecuentemente, el hecho que se pague un impuesto con afectación específica al sistema previsional, no debería otorgar derechos especiales sobre las prestaciones otorgadas por el mismo. Este argumento, que suele utilizarse a veces con un criterio exclusivamente fiscalista para desconocer el supuesto "compromiso" contraído por el Estado, deja espacio para cuestionar la propia lógica del sistema basado en la relación laboral. En otras palabras, pone al sistema previsional en condiciones de ser discutido y evaluado en relación con el resto de las políticas públicas.

Lo discutido hasta aquí pretende demostrar que la crisis de los sistemas de seguridad social de mayor maduración se presenta como dato de un proceso cuya dirección tiende a la universalización de la prestación, la desvinculación del derecho al beneficio del eventual aporte al sistema y la identificación de la política previsional con el conjunto de la política fiscal. Estas tres tendencias no pueden considerarse independientemente sino que son partes de un mismo proceso, le dan dirección y contenido a la propia dinámica del sistema.

Pero al mismo tiempo, se han señalado la existencia de contradicciones internas en este proceso, que se originan justamente en sus propios movimientos. Si bien no puede desconocerse que la crítica situación económica ha modificado el ambiente de referencia de los sistemas de seguridad social, hay un problema con su propia configuración. La traslación mecánica del esquema del seguro social al conjunto de la sociedad genera comportamientos

perversos que no pueden resolverse dentro de ese mismo esquema. Según mi criterio, esta es la cuestión central que explica la crisis de los sistemas previsionales más maduros en latinoamérica.

Frente a esta situación se notan dos posiciones igualmente peligrosas. Por un lado se pretende simplemente desconocer la crisis, exigiendo mayor transferencia de riquezas al sistema previsional sin modificar los comportamientos perversos descritos anteriormente. Por el otro lado, se postula frenar el proceso mediante la construcción de alternativas privadas a los sistemas públicos. Ambas posiciones se basan en el mismo supuesto "psicológico": existe una "expectativa" que cubrir y se refiere a la demanda de la población por percibir una prestación vinculada con el salario de mercado de su última etapa activa. Es interesante percibir como, desde posiciones aparentemente antagónicas, se reivindica la necesidad que las instituciones públicas respondan a las "presiones de la demanda" (en un caso directamente y en el otro subsidiariamente), que pretende presentarse como "autónoma" cuando en realidad es inducida por la propia cultura instaurada por los sistemas de seguridad social vigentes. La reflexión final de este trabajo refiere a las consecuencias negativas que para nuestras sociedades pueden derivarse de esta forma de pensar el problema.

III. LA POLITICA DE LAS ALTERNATIVAS A LOS SISTEMAS HIBRIDOS

a) Más de lo mismo o la prolongación de la agonía de un sistema enfermo

El análisis anterior intenta fundamentar que este camino significa un permanente traspaso del problema hacia adelante en un proceso que, indefectiblemente, ha de deteriorar los beneficios y producir fuertes transferencias en perjuicio de otras políticas públicas. Pero esta situación, que aparentemente tiene un contenido exclusivamente financiero y algunos pueden presentarlo como una "reivindicación social" de la población pasiva frente a otros sectores, significa drenar fondos para seguir profundizando el desarrollo de un sistema fragmentado, inequitativo, regresivamente distributivo no sólo al interior del sistema sino también en relación con los ciudadanos no cubiertos y claramente deslegitimador de la acción del Estado.

Un sistema disperso, segmentado y heterogéneo, posibilita la reproducción, e incluso la potenciación, de aquellos privilegios sociales que surgen del ejercicio de la

"responsabilidad en el mercado". Esto no podrá superarse dentro del actual híbrido institucional, porque es resultado justamente de su propio principio de organización. O sea, un sistema estructurado alrededor de la relación laboral en donde el Estado garantiza la apropiación individual regresiva de la riqueza social, reconociendo derechos de propiedad sobre las prestaciones otorgadas por el mismo.

Avanzar en el sentido propuesto por los principios de la seguridad social no significa más del mismo sistema. La monopolización del debate alrededor del deterioro de los beneficios previsionales como resultado de la situación financiera, no ha permitido discutir con suficiente énfasis la forma en que las nuevas concepciones de la seguridad social modifican la relación de los individuos con el Estado y a través del Estado. La crítica situación económica de nuestras economías ha desnudado crudamente que no es el hecho causante lo que requiere cobertura o es motivo de preocupación social, sino el estado resultante de esos hechos. En ese estado de necesidad se sintetizan los objetivos del sistema social todo y a ellos se deben subordinar las distintas políticas.

La profundización de este esquema de "seguro social expandido" y la reivindicación del mismo como una "conquista social", ha de derivar en una presión insostenible sobre el Estado que puede crear el clima propicio para la resurrección de concepciones que pretenden retornar a la responsabilidad individual ante la utopía (para ellos, fracaso) de la responsabilidad social. De hecho, ya somos testigos de este fenómeno que, por supuesto, va de la mano con la pérdida de consenso acerca de los postulados de la teoría de la "demanda efectiva".

b) El festejo de la agonía o la resurrección del sistema con los mismos males congénitos

La crisis de los sistemas híbridos ha permitido el retorno de concepciones idílicas que pretenden recuperar el "sentido común" de la responsabilidad individual, planteando la necesidad de crear alternativas privadas al sistema público. Como suele argumentarse que estos sistemas privados de ahorro tienen objetivos similares a los de la seguridad social, creo oportuno señalar que nada justifica esta perspectiva. Los objetivos perseguidos en uno y otro caso son incompatibles.

En un caso se trata de una alternativa financiera para acumular ahorros individuales privados mientras que en el otro se concretiza la responsabilidad social de transferir parte de la riqueza corriente hacia el sector laboralmente

pasivo. En los sistemas privados el derecho a percibir la renta no puede derivarse sino como contraprestación por el aporte monetario oportunamente realizado, mientras que en el sistema público el derecho sobre la prestación previsional surge del objetivo estado de necesidad de los ciudadanos. En el primero la renta es directamente proporcional a la capacidad de ahorro; en el segundo se cubre homogéneamente una incapacidad de consumo.

Sintetizando, la posible acumulación de fondos privados no puede pensarse como una alternativa o complemento del sistema público porque ambos tienen objetivos y lógicas de funcionamiento diferentes. Por consiguiente, deben rechazarse aquellas nociones que ven a los sistemas públicos y privados como "grados" diferenciables de una sola política previsional. Esta pretensión no es ingenua sino que responde a un modelo social sobre cuyas consecuencias es necesario advertir.

La idea es fragmentar la sociedad para profundizar la diferenciación en el acceso al consumo, dejando al Estado la función de proveer bienes a los ubicados en la escala inferior de la distribución del ingreso. Esta alternativa, que en un primer análisis aparece como atractiva desde el punto de vista de la equidad, puede derivar rápidamente en un Estado "pobre para los pobres" que rescate el viejo esquema de la beneficencia caritativa.

Además, creo que, en el actual contexto de deslegitimación de las políticas públicas de los Estados democráticos latinoamericanos, los sistemas privados basados en la responsabilidad individual pueden denostar rápidamente a los que se sustentan en la responsabilidad social. Esta conclusión se desprende de la propia lógica de ambos sistemas. Si los privados premian la capacidad de ahorro mientras que los públicos deberían recaudar ingresos tributarios sobre la misma, está claro que los primeros serán preferidos por quienes tienen ingresos por encima de su consumo. Esto puede derivar, por ejemplo, en una resistencia al cumplimiento de las obligaciones tributarias destinadas al sistema previsional público, en una exigencia permanente de beneficios fiscales para el sistema privado y en una presión de los sectores que puedan acceder a este último para que la carga del público se reduzca.

c) Muerte y reencarnación del sistema de seguridad social

Cuando el pensamiento liberal predicó que era racional dejar que cada individuo satisficiera sus necesidades en función de sus propias prioridades subjetivas y a partir de una distribución del ingreso que venía dada, se apresuró a

explicar que las prioridades colectivas eran simplemente la suma de las individuales. Así, se pretendía quitar entidad propia e independiente al interés social; éste era una simple agregación de una categoría que lo precedía: el interés individual. Esta concepción no fue atacada desde la seguridad social con la profundidad que merece.

Los riesgos, los daños y los estados de necesidad derivados de los mismos, no son el resultado natural y excepcional de actividades que por su especificidad pueden atribuirse a ciertos individuos. Si esto es así, entonces las instituciones sociales deben ser sistemas orientados a repartir equitativamente los daños sociales o, lo que es lo mismo, a distribuir equitativamente las ventajas sociales. De esta manera, el centro de gravedad de las políticas públicas se traslada al proceso de redistribución de las rentas entre los ciudadanos y quedan desvirtuadas las tradicionales concepciones que ven en las denominadas políticas sociales, instituciones "compensatorias" de los movimientos concentradores y excluyentes que caracterizan el funcionamiento del mercado.

El desafío es, por el contrario, transformar al conjunto de las políticas públicas en instrumentos eficaces para la construcción intencionada y planificada (esto es, fuera de la lógica del mercado) de una sociedad que privilegie una sostenida creación de riqueza que permita aumentar equitativamente los niveles de bienestar de sus ciudadanos. En una sociedad democrática, esto significa convertir al problema social en el centro de discusión de los partidos políticos. Para ello, hay que modificar la estructura de funcionamiento de las políticas públicas y transformar a nuestros partidos en instituciones aptas para este debate.

Entrando por este umbral, podemos concluir que el paso lógico que sigue a la implantación del sistema de reparto no es el regreso a los viejos esquemas de capitalización, como pretenden algunos redescubridores del pensamiento liberal, sino la total asimilación del sistema de seguridad social con las políticas fiscales del Estado. Esto significa asumir que se aporta al fisco en función progresiva a la capacidad contributiva de los ciudadanos, para posibilitar que con esos recursos el Estado lleve adelante las políticas públicas que las instituciones democráticas determinen como más adecuadas para el interés social general. Esto permitirá coordinar, evaluar y determinar prioridades entre las mismas.

Para el sistema de seguridad social, esto significa otorgar cobertura a todos quienes están laboralmente incapacitados para generar ingresos mediante el ofrecimiento

de su fuerza de trabajo en el mercado, asegurando al mismo tiempo el otorgamiento de un beneficio vinculado con algún indicador objetivo del estado de necesidad de la población cubierta. Como esto puede ser prácticamente imposible de lograr con el instrumental político disponible en nuestros países, podría plantearse un beneficio homogéneo que asegure al menos que el universo de la población cubierta reciba un ingreso básico. Esto facilitaría la evaluación conjunta de ese beneficio con otros que se otorguen mediante otras políticas públicas. El financiamiento de este sistema es motivo de discusión dentro del conjunto de la política fiscal, privilegiando instrumentos que busquen la redistribución progresiva de la renta.

Esto es un horizonte, tal vez tan utópico como en su momento puede haber sido la idea clásica de seguridad social. Pero al menos, es la definición de un rumbo que se ajusta a un sistema de valores que nos permita convivir en una sociedad más equitativa. Cada uno de los aspectos que involucra este trayecto merece una profunda discusión, pero eso no invalida la importancia de reflexionar, sin duda imperfectamente, sobre las cuestiones centrales que determinan la conflictiva coexistencia de nuestras sociedades.

REFERENCIAS

- ARELLANO, J. (1976), **Sistemas alternativos de seguridad social: un análisis de la experiencia chilena**. Santiago: Colección Estudios CIEPLAN Nro. 4.
- EWALD, F. (1986), **L'Etat Providence**. Paris: Grasset.
- FELDMAN, J., GOLBERT L. e ISUANI E. (1986), **Maduración y Crisis del Sistema Previsional Argentino**. Buenos Aires: Boletín Informativo Techint Nro. 240.
- KEYNES, J. M. (1956), **The General Theory of Employment, Interest and Money**. New York: Harcourt, Brace & Co.
- KREGEL, J. (1985), **Budgets Deficits, Stabilization Policy and Liquidity Preference: Keynes's Post-War Policy Proposals**, en *Keynes's Relevance Today*. London: Mc.Millan.
- LO VUOLO, R. (1986), **The Financing of Social Security Programs in Latin America and the Impact on Employment: the case of Argentina**. Pittsburgh: University of Pittsburgh, Master Thesis.
- MOUTON, P. (1984), **Methods of Financing Social Security in Industrial Countries: An International Analysis**, en *Financing Social Security: The Options. An International Analysis*. Geneva: International Labour Office.
- OFFE, C. (1984), **Contradictions of the Welfare State**. Cambridge: The MIT Press.
- PAGANINI, M. (1987), **Contingencia Social: Concepto Contingente**. Santa Fe: Revista de la Seguridad Social de la Provincia de Santa Fe.



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

EL SEGURO SOCIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR:

UNA VISION CRITICA

Marcelo Ribadeneira

Edison Aguilar

Marco Herrera

Marco Morales

Agustín Ribadeneira

Marcelo Yépez

EL SEGURO Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR:
UNA VISION CRITICA

- 1.- Característica del Seguro Social y sus Tendencias
- 2.- Situación actual del IESS
 - 2.1 Estructura Organizacional
 - 2.1.1 La Estructura
 - 2.1.2 El Funcionamiento
 - 2.1.3 Los Recursos
 - 2.2. Cobertura y Prestaciones
 - 2.2.1 Area Médica
 - 2.2.2 Seguro Social Campesino
 - 2.3 Financiamiento
 - 2.3.1 Fuentes
 - 2.3.2 Papel del IESS en la acumulación capitalista
 - a) Presupuesto del IESS
 - b) Análisis del papel del IESS en la acumulación
 - c) Vivienda
- 3.- La Seguridad Social en el Ecuador
 - 3.1 Seguro y Seguridad Social
 - 3.2 Críticas a estos planteamientos
 - 3.3 Redefinición del ámbito de la Seguridad Social
 - 3.4 Formas de la Seguridad Social en el Ecuador
 - a) Seguro Mercantil
 - b) Seguro Social
 - c) Ministerialización
 - d) Seguro "Informal o Marginal"
- 4.- Nuevo Modelo de la Seguridad Social
 - 4.1 Premisas
 - 4.2 La Reproducción
 - 4.3 El Desgaste
 - 4.4 Las Restricciones
 - 4.5 Seguridad Social-Bienestar Social-Frente Social
 - 4.6 Modernización de Seguro Social en el Nuevo Modelo

1.- CARACTERISTICAS DEL SEGURO SOCIAL Y SUS TENDENCIAS

El nacimiento del Seguro Social en Ecuador data del 13 de marzo de 1928, con la expedición de la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa, que crea la Caja de Pensiones para los empleados fiscales, municipales y maestros. Es un sistema de Seguro Social que mezcla acciones de protección, cooperativas y financieras.

El Estado ecuatoriano en el presente siglo comienza a dar beneficios a determinados sectores, básicamente vinculados al Fisco, así, en 1905 se dicta la Ley de Jubilación para los Telegrafistas, en 1908 la jubilación por invalidez para los bomberos y en 1917 la jubilación para el magisterio fiscal. Otros riesgos propios que cubre el Seguro Social también son considerados en la década del 20, mediante normas de protección en materia de accidentes de trabajo. El 22 de septiembre de 1921 se dictan normas "sobre indemnización pecuniaria al obrero o jornalero por accidentes de trabajo", normas que para 1927 consagran la responsabilidad del empleador de proteger a sus trabajadores respecto a los riesgos del trabajo, criterio que se afianzaría en la Ley por responsabilidad por accidentes de trabajo del 6 de octubre de 1928.

Sin embargo de lo anteriormente citado, es evidente que a partir de 1928 se inicia en el Ecuador un régimen prestacional bajo el concepto de Seguro Social, organizado y dirigido desde el Estado.

En 1935 se crea el Instituto Nacional de Previsión, con el objeto de aplicar el régimen de Seguro General Obligatorio, norma que establece un organismo rector y eleva la protección de los trabajadores al carácter de obligatorio. El sistema se va perfeccionando con la creación de la Caja del Seguro, destinada a los empleados privados y obreros industriales y con la incorporación de la prestación médica

- 2 -

que se concede a través de un Departamento de la Caja del Seguro.

La consolidación de este proceso tiene lugar en 1942 con la expedición de la Ley del Seguro Social Obligatorio. Constituye el instrumento jurídico de aplicación de las técnicas y normas de un Seguro Social. En esta Ley se determina las prestaciones que otorgará el sistema y la obligación de incorporar a los trabajadores agrícolas al Seguro Social.

Las décadas del 60 y 70 se caracterizó por la integración del sistema, la fusión de las Cajas, la desaparición del Instituto Nacional de Previsión y la integración del sistema en el "Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social", como un modelo unitario, nacional y de carácter obligatorio.

Un segundo elemento en la caracterización del Seguro Social Ecuatoriano, es el desarrollo de sus prestaciones. En efecto, en 1928, se conceden las prestaciones de jubilación por invalidez, vejez y sobrevivientes. Para 1937 la prestación de enfermedad y maternidad y, a partir de 1951 se inicia el proceso de concesión de la prestación de cesantía. Se consolidó el sistema para 1964 con la expedición del Decreto 878 que establece como responsabilidad patronal el pago de subsidio en dinero por enfermedad para los trabajadores y empleados públicos y la cotización de la prima especial patronal del 1,5% mensual para financiar el Seguro de Riesgos del Trabajo, accidentes y enfermedades profesionales.

En materia de prestaciones complementarias, se desarrolla el seguro de cesantía adicional y las denominadas jubilaciones especiales, obtenidas por contratación con el Instituto y por leyes especiales que benefician a sectores vinculados con el Estado.

- 3 -

En materia de servicios se conceden los préstamos quirografario e hipotecario, y, como ayuda a la comunidad los servicios del Monte de Piedad.

El Seguro Social Ecuatoriano, hasta el año 64, protegió exclusivamente a quienes prestaban servicios bajo un contrato de trabajo, nombramiento, etc., es decir, el amparo se brindaba a aquellas personas con relación estable, y permanente de trabajo.

En 1964 se expande la cobertura del Seguro Social incorporando a sectores que por sus modalidades de trabajo o por sus condiciones económicas, no podían acceder al tradicional sistema del Seguro Social. Se incorpora a los artesanos, domésticos, clero, trabajadores de la construcción, escogedores de café, pescadores, trabajadores azucareros, etc.

En el ámbito de la cobertura, merece mención especial el Seguro Social Campesino, que inicia sus labores en 1968 con 4 comunas; para ampliar su radio de acción, en 1973 con la expedición del Decreto Supremo 307 que establecía para el quinquenio la incorporación de 100 comunas, y la contribución del Estado para este fin. Este Seguro alcanza su madurez con la expedición de la Ley 81. El 13 de mayo de 1986 se expide la Ley 021 en la que se logra la incorporación del trabajador agrícola y de su familia, la afiliación voluntaria y el fondo marginal de Seguridad Social, lo que permitiría, en teoría, tener la normativa legal para proteger al sector rural, mediante el Seguro Social Campesino, el Seguro Agrícola, la afiliación voluntaria rural e iniciar los trabajos para cubrir a los sectores urbanos (marginales).

La vigencia de la concepción laborista para la incorporación al sistema del Seguro Social, ha determinado que para 1986 se cubran 1294.195 personas que representan el 13,4% de la población ecuatoriana y tan sólo el 36,5% de la población económicamente activa.

De 1950, al 79, la población asegurada creió anualmente a un ritmo del 4,63%, destacándose la década del 70 en que se desarrolla a un ritmo promedio del 6%, con un ligero decrecimiento para lo que va de la presente década, en que se reduce al 5,6%, considerando únicamente la población del seguro general.

Es de anotar, que en las cifras globales, el impacto del aumento de población está dado por el crecimiento masivo del Seguro Social Campesino. En efecto, a 1970 existían 4.093 derechohabientes, a 1973, en que arranca el programa con financiamiento estatal 5.419, a 1978 asciende a 72.796 y a 1981, en que se dicta la Ley del Seguro Social Campesino, asciende a 108.522. A la fecha, existen 560.000 derechohabientes en este sistema.

2.- SITUACION ACTUAL DEL IESS

2.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El desarrollo de una institución estatal y de su aspecto organizativo, en especial, están determinados, en primer lugar, por la función y la ubicación que tiene la institución en el aparato estatal. Depende si, como parte de la reproducción social, su funcionamiento se orienta hacia la acumulación o hacia la legitimación y, de la ubicación al interior de cada una de ellas. Es, por tanto, diferente si, participa en la reproducción de las condiciones generales de la producción y de la circulación o de la reproducción de la fuerza de trabajo.

En segundo lugar, hay que considerar la naturaleza tanto del objeto de trabajo como de sus actividades. Esto equivale a establecer importancia social, económica y política. En tercer lugar, hay que tomar en cuenta el avance y la apropiación del conocimiento disponible, en lo que se refiere a la planificación y la organización de las actividades, la administración de los recursos, la

- 5 -

disponibilidad y la calificación del personal institucional y la tecnología disponible e incorporada.

Estas determinaciones explican el modelo organizacional de una institución estatal, sin dejar de mencionar las variaciones debidas a la lucha social de los distintos actores sociales involucrados.

El modelo organizacional es, por tanto, resultado de esta compleja determinación. Comprende: 1) la estructura administrativa; 2) el funcionamiento y 3) los recursos.

La estructura administrativa es la disposición orgánica de la decisión, la gestión y el control. Define la jerarquía, la competencia y la responsabilidad de cada instancia y, la coordinación entre éstas. La estructura administrativa se expresa en el conjunto de disposiciones legales generales y específicas que legitiman y norman la existencia de una Institución.

La organización del trabajo y la productividad que depende de la incorporación de tecnología y del desarrollo de la división de trabajo, permiten comprender el funcionamiento de una institución que, además, siempre estará en relación con lo que entrega a la sociedad como bienes o servicios.

En cuanto a los recursos, humanos, materiales o administrativos, importa su número, calidad, distribución y su adecuada y oportuna disponibilidad y uso.

El modelo organizacional del Seguro Social Ecuatoriano, conforme la determinación anotada, se caracteriza por ser esencialmente de doble naturaleza. Por un lado, interviene facilitando o asegurando, la reproducción de las condiciones generales de la producción y de la circulación, y por otro, interviene en la reproducción de la fuerza de trabajo.

Es precisamente esta doble naturaleza, su contradicción fundamental, la que se explica su desarrollo: la oposición

de intereses entre su función de garantizar la reproducción de las condiciones generales de la producción y de la circulación (inversión y financiamiento social), y su función de garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo (gasto social).

Esta contradicción moldea el aspecto organizacional y de gestión del seguro social, que, como resultados finales, buscan proporcionar capital barato al desarrollo capitalista y, también, reparar la fuerza de trabajo para su más pronta reincorporación a la producción. Esta contradicción, entre lo que significa inversión y financiamiento social y, gasto social, está condicionada o delimitada por la función legitimadora, que también ejerce el Seguro Social, como parte de la reproducción social. Legitimación frente a los intereses de los sectores sociales ligados al capital y frente a los intereses de los sectores sociales ligados al trabajo.

Además, en el caso del Seguro Social Ecuatoriano, hay que tomar en cuenta que, el modelo organizativo es el resultado de una forma de seguridad social, que se originó y desarrolló en formaciones sociales industrializadas (europeas), y, que fue trasplantada a una sociedad atrasada como la ecuatoriana. También hay que considerar que, los rasgos organizacionales reflejan el desarrollo alcanzado por la administración pública del resto del Estado Ecuatoriano o, dicho de otra forma, por la escasa diferenciación de aquélla.

2.1.1 LA ESTRUCTURA

Para el cumplimiento de sus funciones el Seguro Social desarrolló estructuras administrativas diferentes y en permanente disputa.

Las variadas "reformas administrativas" han provocado un crecimiento desproporcionado e incoherente de la estructura administrativa de la institución. En gran parte, han

consistido en fusiones y superposiciones, que han desnaturalizado la relación entre los distintos planos de la gestión y han provocado que no estén claramente definidos ni establecidos: líneas de jerarquía y dependencia, los ámbitos de competencia y responsabilidad, y que la ausencia de coordinación sea la norma.

Son las disputas en torno a la jerarquía, la competencia, la coordinación, las que matizan el desarrollo o la historia de los órganos de decisión del Seguro Social. La no comprensión del origen de estas diferentes estructuras administrativas, hace que en los informes nacionales o extranjeros sobre este tema, se plantee como aspiración: la unificación de las estructuras existentes, entendiendo como tal, el sometimiento del resto a una de ellas, y también, la "reforma administrativa" para modernizar la gestión y el funcionamiento del Seguro Social sin haber previamente replanteado la orientación de la actividad del instituto.

Lo mismo puede decirse de la instancia operativa que, producto de estas reformas epidérmicas o formales, ha sufrido un estacamiento y una estructura anárquica, donde se combina lo atrasado con lo moderno.

En cuanto al control existe una frondosidad y dispersión de disposiciones que, en la práctica, no garantizan sino que interfieren en la gestión administrativa y financiera. Este es un aspecto sumamente sensible que refleja la falta de transparencia en las relaciones con el resto del aparato estatal. Dichas relaciones han estado encaminadas a cumplir con la acumulación, de ahí, la abundancia de mecanismos de control contable y financiero.

La normalización es inexistente y aparece como imposible, pues, la generación de sistemas universales de información y normas generales devienen en una contradicción, por ser originados en sistemas administrativos superpuestos e impiden y convierten en una utopía el desarrollo de la

investigación, la planificación y el control administrativos.

La relación de la estructura organizacional con el resto del aparato estatal ha sido enmascarada con el fantasma de la autonomía, lo que aparte de constituir una ficción en la práctica se ha manifestado en una estrecha dependencia, dada la especificidad de las funciones del Seguro Social y la trascendencia de sus actividades, reproduciendo los males de la administración pública y el atraso administrativo de toda el área social del Estado.

Se ha denominado crisis cuando el atraso organizacional afecta al papel que el Seguro Social juega en torno a la reproducción de las condiciones generales de la producción y de la circulación, o cuando los gastos destinados a la reproducción de la fuerza de trabajo amenazan a los primeros.

Eso explicaría la inexistencia de un plan de desarrollo organizacional o administrativo del IESS, dando la impresión de que su funcionamiento es por inercia y que las reformas administrativas se han encargado de superponer estructuras, funciones y disposiciones legales que han creado una anarquía, donde se combina lo anacrónico con lo moderno y que podría autorizar a caracterizarla como una estructura tumoral

2.1.2 EL FUNCIONAMIENTO

Las funciones del Seguro Social configuran no sólo la estructura sino también su funcionamiento que expresa la organización, producción y productividad del trabajo, alcanzadas mediante la incorporación de tecnología y la división de trabajo para la ejecución de sus actividades.

El indicador más sensible de la división de trabajo en el avance de una institución es la superación de la gestión exclusivamente operativa y la incorporación de la

investigación, la planificación, el control, la normalización en la decisión, gestión y ejecución.

En el caso ecuatoriano no existe ningún indicio de investigación, planificación, control o normalización administrativos. El control está concentrado en los aspectos financieros y contables y no en la calidad de los servicios que presta la institución.

La incorporación de tecnología es diferencial en las áreas del Seguro Social. En las áreas operativas se puede encontrar una alta incorporación de tecnología moderna, mientras en las áreas administrativas es atrasada y hasta obsoleta. Diferencia en los dos casos, que se explica por las limitaciones que impone la legitimación.

En este aspecto del desarrollo organizacional se puede evidenciar mejor el papel de la legitimación, como reguladora de la contradicción entre las dos principales funciones del Seguro Social. El incremento de la producción y de la productividad, por una mayor división de trabajo o por una mayor incorporación de tecnología, está limitado por la legitimación ante los sectores ligados al capital, en tanto no ponga en peligro a la empresa privada. Inversamente, no puede ser tan baja la producción y la productividad que haga que las actividades sean muy caras y pongan en peligro la legitimación estatal ante los sectores ligados al trabajo.

2.1.3 LOS RECURSOS

De manera general, también, en el manejo administrativo de los recursos se expresa la contradicción en torno a las funciones del Seguro Social y los límites que le impone la legitimación estatal. Pues, es la administración eficiente de los recursos la que, además de los otros elementos, interviene en la organización, producción y productividad del trabajo.

Estas determinaciones y condicionantes generales permiten analizar el número, la calidad y la distribución de los recursos para la gestión. Se entiende entonces el porqué de las insuficiencias o deficiencias en la adquisición, abastecimiento, reposición, mantenimiento y disponibilidad en general de los recursos, que son distintos por las distintas áreas y por los distintos planos o instancias de la gestión: la decisión, la gestión, el control, la normalización.

2.2 COBERTURA Y PRESTACIONES

El esquema prestacional del Seguro Social Ecuatoriano y su evolución son productos, por un lado, del modelo europeo que le sirve de referente, y le imprime rasgos determinantes, y por otro, de las condiciones concretas de desarrollo de la sociedad que impone determinadas limitaciones y ajustes al modelo en su aplicación y marca rasgos específicos en su desarrollo.

El modelo europeo clásico del Seguro Social, es la respuesta que da la sociedad capitalista en países industrializados y de "pleno empleo", a la necesidad de proteger la fuente fundamental de la riqueza, la fuerza laboral, amenazada por los "riesgos" del proceso de industrialización y de urbanización, y del deterioro del habitat, y que se orienta a la reparación o "curación" de la fuerza de trabajo, a la atención de aquellos aspectos de su reproducción cuya ausencia o déficit podrían afectar la continuidad de los procesos de trabajo al interior de la unidad productiva, y consecuentemente afectar la continuidad del proceso de valorización del capital. Por tal razón el esquema se limita a la protección de la fuerza de trabajo en su reproducción, como fuerza laboral, para reponer su fuerza muscular y conservar la vida, la salud y su capacidad de consumo, y elimina otros aspectos de la reproducción, como la satisfacción de necesidades socio-culturales: recreación, deporte, educación y capacitación. Al mismo tiempo, el Seguro Social constituye una respuesta del sistema

capitalista que legitima la presencia del Estado en la sociedad.

La aplicación de un modelo, creado para países industrializados y de salarización general a una sociedad altamente heterogénea, tanto en su estructura productiva como en la del mercado laboral, genera una contradicción entre tal modelo, asumido por el Estado, y las necesidades reales de la reproducción de la fuerza de trabajo.

El modelo impone como aspecto fundamental la limitación laboral de las prestaciones, a empleados y obreros asalariados. Su ampliación obedece a las condiciones propias del desarrollo de la sociedad, particularmente de contradicción que surge entre las necesidades del sistema en el ámbito de reproducción social, que exige orientar las acciones del Estado hacia la creación de las condiciones generales de la producción, y las presiones sociales que exigen la intervención del Estado en el mejoramiento de las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo.

De modo que las fases de ampliación prestacional y de cobertura hacen referencia a los distintos momentos de esta contradicción. Fundamentalmente al nivel de presión y lucha social de las clases ante el Estado.

En 1928 se comienza otorgando jubilación y montepío, en correspondencia a las presiones y expectativas de los beneficiarios de la Caja de Pensiones: empleados estatales y bancarios. Recién en 1964 se asume el Seguro de Riesgos del Trabajo, típica prestación correspondiente a trabajadores manuales, lo que de paso permite matizar el concepto de que en nuestro país el Seguro Social surgió por efecto directo y único de la lucha de los obreros. Caben entonces las preguntas: por qué los beneficiarios fueron, en primer lugar, los empleados estatales y bancarios y ¿por qué el esquema prestacional no se ajustó inicialmente a las condiciones de trabajo de los obreros manuales?.

El desarrollo de la contradicción entre la orientación estatal de apuntalar los procesos de producción y circulación y la presión social que exige atención en la reproducción de su fuerza de trabajo, ha dado como resultado la extensión paulatina de la cobertura a otros grupos de trabajadores que no tiene el status correspondiente de trabajadores manuales o empleados asalariados bajo una modalidad "reducida" del esquema prestacional, generando internamente un proceso de diferenciación que contradictoriamente constituye una ruptura con el modelo clásico laborista, y a la vez refleja amplificadamente los grados de explotación a los que se ven sometidos los trabajadores en la sociedad.

Este proceso se inició en 1964 con la creación de los Seguros Especiales y se consolida en 1981 con la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino, sector que recibe el esquema prestacional más reducido.

En la actualidad podemos distinguir varios grupos diferenciados de acuerdo al esquema prestacional como se puede ver en el cuadro siguiente. (Anexo 4)

Del cuadro se establece que los trabajadores bajo el régimen de Seguro General, secciones "A" y "B", con excepción de afiliados voluntarios y diplomáticos en el exterior, y más trabajadores de la construcción (Seguros Especiales), reciben el total de prestaciones y servicios establecidos, mientras que al resto se le otorga diferencialmente el esquema reducido. Vale destacar que, además, del esquema prestacional oficial, algunos grupos de trabajadores han conseguido incrementos en la cesantía y jubilación a través de contratos adicionales; tal el caso de trabajadores bancarios, magisterio y trabajadores gráficos.

Los factores de diferenciación son: la cesantía, el subsidio de enfermedad, el subsidio por maternidad, el seguro de riesgos del trabajo, los préstamos y los fondos de reserva. Lo que se mantiene constante para todos los grupos es jubilación, mortuoria y seguro de enfermedad.

En lo que respecta a la población protegida es necesario resaltar la limitada cobertura, que no sobrepasa el 14% de la población total y el 40% de la población económicamente activa. El crecimiento de la población asegurada al Instituto se ha dado con ritmo variable. En el período 50-62 fue de 5% anual aproximadamente. Entre 1962 a 1970 el ritmo baja al 4% aproximadamente. En la década de los 80 el crecimiento fue del 7.15% anual, en los años 83, '84 y 85, se registran crecimientos entre el 10 al 15% anual, debido a la incorporación masiva del Seguro Campesino. En los años posteriores la tendencia se estabiliza en un 7% anual de crecimiento, aproximadamente.

En cuanto a la cobertura de población por sectores de la economía, se pone de manifiesto que el Seguro Social refleja aproximadamente la estructura de la PEA del país. Concentrar el mayor porcentaje de beneficiarios en el sector terciario (42% aproximadamente de la PEA total), mientras el sector secundario alcanza sólo 17%, aproximadamente. Igualmente se manifiesta una tendencia de incremento en la cobertura en el sector primario que de un 10,84% de la PEA en 1982 pasa al 26,24% en 1984, debido a la incorporación de los campesinos.

Las principales prestaciones que actualmente el Instituto otorga son las siguientes:

- SEGURO DE ENFERMEDAD: atención médica, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y hospitalaria. Si la enfermedad produce incapacidad temporal para el trabajo el asegurado recibe un subsidio en dinero.
- SEGURO DE INVALIDEZ: pensión jubilar a los afiliados que se incapacitan física o mentalmente para el trabajo. El monto mínimo es el 100% del sueldo mínimo vital.
- SEGURO DE VEJEZ: jubilación ordinaria a afiliados que cumplieren 55 años de edad y 30 de aportación, 60 años de edad y 25 de aportación ó 65 años de edad y 15 de aportación.

- SEGURO DE MUERTE: concesión de pensiones de montepío y seguro de viudez y orfandad causados a determinados deudos o sobrevivientes del afiliado fallecido. Si el fallecido es jubilado sólo hay lugar a pensiones de montepío.

- FONDO MORTUORIO: entrega de una cantidad de dinero a los deudos de un asegurado que hubiere cumplido por lo menos 6 cotizaciones calendario dentro de los últimos 12 meses anteriores al fallecimiento.

- SEGUROS DE RIESGOS DEL TRABAJO: comprende tanto los accidentes de trabajo como las enfermedades profesionales, riesgos que generan derechos en caso de disminución de la capacidad o incapacidad para el trabajo.

- SEGURO DE CESANTIA: es una modalidad de cooperativa de reparto y se otorga al asegurado cuantas veces éste quedare cesante por más de dos meses, y hubiere acreditado por lo menos 24 imposiciones. El monto se fija en relación a los tiempos de servicio y las remuneraciones percibidas por el afiliado.

2.2.1 AREA MEDICA

Es precisamente la prestación médica el prototipo de la función destinada a la reproducción de la fuerza de trabajo. Para su análisis hay que ubicarla dentro de la contradicción que, al interior del Seguro Social, le enfrenta con las otras actividades destinadas a la función ligada al capital.

Es en este contexto como se pueden entender fenómenos como la denominada crisis del Area Médica, la lucha por su autonomía administrativa y los problemas para su crecimiento.

El conflicto en torno a la autonomía se origina porque, luego de un primer período de crecimiento o desarrollo

autónomo, el Area Médica se integra con la llamada Area Administrativa, lo que produce una fusión de las deficiencias e insuficiencias administrativas propias de la incorporación a una estructura destinada a otros propósitos.

La llamada crisis se evidencia cuando, por la incorporación de tecnología, de insumos, equipos y fármacos,, y el incremento de la división de trabajo que demanda el cumplimiento del modelo curativo de atención médica, los costos se elevan y comienzan a aparecer los déficits, es decir, el gasto en salud se incrementa restando fondos que podrían ser destinados al área de inversión y financiamiento social.

Lo anterior también explica los problemas para el crecimiento, pues, los proyectos de ampliación de cobertura han sido rechazados por los costos que representarían.

Estos elementos permiten entender la problemática general del Area Médica: 1), la ubicación en una institución que cumple dos funciones: la una, referida a la acumulación, y la otra, para la reproducción de la fuerza de trabajo; y 2), el tipo de actividades que realiza para proteger el desgaste de los trabajadores que demanda un incremento sostenido de los gastos provocados por un esquema primordialmente reparador.

Esto explica el embotamiento o estancamiento del desarrollo organizacional que restringe su productividad. Resultando una estructura administrativa: i) con escasa división del trabajo o especialización, ii) que en su funcionamiento no tiene presencia la investigación administrativa, la planificación, el control ni la normalización; iii) con mínima incorporación de tecnología administrativa, y iv) sin suficiente disponibilidad de los diferentes tipos de recursos necesarios para su gestión. Todo esto repercute, también, en el incremento permanente de sus costos.

El desarrollo administrativo, y por ende la productividad, están limitados por la necesidad del Estado de legitimarse ante el capital, estableciéndose una empresa estatal de servicios ineficiente y de baja productividad que no compite con ventaja ante el capital involucrado en la misma área de servicios.

Pero así mismo, no se puede disminuir la productividad y la producción por debajo de un límite que la haga muy costosa y afecte la legitimación frente a la fuerza de trabajo.

Además, es necesario, tener presente la función económica de la prestación médica: i), al asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo mediante el servicio de salud brindado socialmente que libera al capital individual del costo de su reproducción que es asumido colectivamente y, ii) porque mantiene una tendencia a la baja del valor de la fuerza de trabajo al recibir este servicio que, de otra manera, debería ser adquirido directamente mediante un salario más alto demandado ante el capital.

Todo aquello explica las características principales de esta prestación:

- a) Ambito de cobertura poblacional: existe una distribución de las actividades, infraestructura y recursos médicos concordante con la concentración de la población general, población económicamente activa, población afiliada y actividades económicas de mayor rentabilidad.
- b) Calidad de prestación: se mantiene la función básica de reparar en el menor tiempo posible la fuerza de trabajo para que se reintegre al proceso de producción. No se modifica la tendencia, desde hace muchos años, del 90% de todas las consultas dedicadas a la recuperación y de 10% a fomento y prevención, y aún así, este último porcentaje, está sobrevalorado. Permanece invariable la atención estrictamente individual, en contradicción

permanente con el supuesto reconocimiento del ser humano como ente bio-psico-social. (Anexo N° 5)

La efectividad de la prestación, primero, no es de interés por el modelo desarrollado; segundo, no es posible identificarla, porque no existe el conocimiento epidemiológico de las características de la población cubierta, para valorar la prestación y su capacidad de reducción de las tasas negativas de morbilidad, mortalidad general y materna, accidentabilidad, etc., y peor, algún tipo de tasa positiva. Más aún, se mantiene la disgregación de la atención dirigida al individuo enfermo, independientemente de lo que se realiza o debe realizarse en el ámbito del trabajo en el que aquel individuo adquiere una enfermedad o está sujeto a situaciones riesgosas para su salud, a cargo de Medicina del Trabajo e Higiene y Seguridad Industrial.

- c) **Financiamiento:** El modelo curativo, dispensarial y hospitalario, que incorpora rápidamente la tecnología de punta, desarrolla al máximo la división del trabajo con su especialización y tecnificación crecientes e irreversibles, siempre encontrará un presupuesto insuficiente, aquí y en cualquier sociedad. El déficit de esta prestación seguirá en ascenso. (Anexo 6 y 7)
- d) **Control y gestión:** La caracterización general de la estructura y funcionamiento administrativo, realizada al inicio del análisis de esta prestación, explican que hasta el momento no exista elaborada otra alternativa que la derogatoria del 1111 y sus agregados.

2.2.2 SEGURO SOCIAL CAMPESINO

El Seguro Campesino tiene como ámbito específico de acción el mantener, asegurar y garantizar una parte de la reproducción de la fuerza de trabajo campesina. De aquella que no se cubre con los ingresos obtenidos por la venta y/o

autoconsumo de productos agrícolas y artesanales. Concretamente cubre las necesidades en los periodos "no productivos" del campesino: vejez, invalidez, enfermedad; y las necesidades a lo largo de todo su ciclo vital: protección a la salud.

Este Seguro se inicia mediante la modalidad de un plan piloto en el año 1968. Su cobertura alcanza a 4 comunidades campesinas y a 4.093 beneficiarios. Las prestaciones que se otorga son de: a) enfermedad, maternidad, atención odontológica y canastilla maternal, b) auxilio de funerales. En 1973, el Gobierno de las Fuerza Armadas, incrementa la contribución estatal al programa del Seguro Campesino, con lo cual se logra ampliar la protección a 263 organizaciones y 107.900 personas al año 1980.

Posteriormente, mediante Decreto N° 81, de noviembre de 1981, se aprueba la "Ley de Extensión del Seguro Social Campesino", en donde se establece la ampliación progresiva a todos los miembros de la familia campesina pertenecientes a comunas, cooperativas, asociaciones o cualquier otra forma similar de organización popular, así como a familias campesinas que sin pertenecer a organización popular alguna, manifiesten su voluntad de afiliarse.

En dicha Ley, el IESS consagra los beneficios que anteriormente se otorgaban, pero ahora bajo el principio de universalidad de los beneficios al conjunto familiar, sin discriminación alguna; establece un mecanismo de equidad para el cálculo de las prestaciones del carácter económico - en base al salario mínimo vital - acorde a la cambiante realidad económica del país; y, además, incrementa significativamente el hasta entonces exiguo financiamiento basado en el principio de solidaridad social, esto es, una contribución adicional del 1% repartido entre Estado, empleadores y trabajadores asalariados afiliados, más el aporte mensual de los jefes de familia campesina (1%).

La cobertura se amplió significativamente alcanzando al año 1986: 1364 organizaciones y 434.034 beneficiarios.

La Ley 021 consagra el seguro social para los atrabajadores agrícolas en relación de dependencia, norma la afiliación voluntaria para el sector rural y reforma la ley de creación del Seguro Social Campesino.

Sin embargo, esta significativa ampliación del programa, ha ido y va encontrando serias incompatibilidades con la estructura normativa, administrativa, económico-financiera y operativa. Incompatibilidades que responden a que la dinámica funcional del modelo implementado, su concepción doctrinaria de origen y la metodología utilizada no responden a la específica, compleja y cambiante realidad en la que se desenvuelve el campesinado y el sector agrario en general.

Esto se ha traducido en una expansión significativa del gasto estatal destinado al sector rural, pero que en cambio muestra relativos éxitos y mayúsculos problemas. En efecto, los índices de morbimortalidad no evidencian descensos significativos, las condiciones sanitarias del medio ambiente no han mejorado, los problemas nutricionales siguen presentes, el costo de los programas curativos de salud es alto comparado con los beneficios reportados, la participación del campesino en los programas es baja, la deserción de beneficiarios va creciendo, etc.

En los últimos años el modelo del Seguro Campesino ha privilegiado las prestaciones de salud. Este sistema se caracteriza por ser de naturaleza reparativa, cuyas insuficiencias desde el punto de vista social y de eficiencia y eficacia son notorias. Los esfuerzos se concentran en curar enfermedades más que en combatir las causas de su aparición y desarrollo. En efecto, estadísticamente se revela que las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen las patologías prevaletentes de las zonas rurales.

Esta aparición del sector público de mantenimiento de la fuerza de trabajo campesina, significa un importante avance social, al cual, al cabo de la experiencia de los años, es menester fortalecer y mejorar, en base a propuestas integrales fundamentadas en el conocimiento de la realidad campesina.

2.3 FINANCIAMIENTO

2.3.1. FUENTES

El financiamiento del Seguro Social se basa en tres fuentes, la aportación personal, la patronal, la contribución que hace el Estado del 40% de las pensiones pagadas por jubilación y muerte y, el reingreso por utilidades de las inversiones de sus capitales.

Las aportaciones patronales y personales financian cada una de las prestaciones, de la siguiente forma:

Seguro de Enfermedad	5,41%
Riegos de Trabajo	0,50%
(Pensiones)	
Cesantía	3%
Cooperativa mortuoria	1%
13ra. y 14 a. pensiones	1%
Campesinado	0,70%
Invalidez-vejez-muerte	6,39%
Gastos administrativos	1,2%

Cada prestación tiene contabilidad, financiamiento y balances propios, siendo independientes su administración. (Nota: la Ley 021 establece un financiamiento global del sistema).

Hay que anotar que entre los países latinoamericanos, el nuestro es uno de los pocos en que la aportación patronal y

personal es igual, más aún desde 1964 la aportación patronal está intocada.

Al respecto, vale preguntarse en realidad, de donde surgen los fondos depositados en el Seguro Social. La cotización empresarial, por ejemplo, es trasladada inmediatamente a los costos de producción y por ende a los precios finales de los productos y servicios, de donde se deduce que son los consumidores - léase toda la población - quienes soportan el costo del sistema. En tanto, los aportes estatales se obtienen del monto de impuestos o contribuciones que son, así mismo, pagados por buena parte de la población nacional (principalmente, como se conoce de aquellos que perciben sueldos fijos). Si consideramos, además, que la riqueza de la sociedad puede dividirse en sobre producto social (ganancia) que es apropiada por los sectores propietarios de los medios de producción y de circulación, y el producto necesario (salarios) que corresponde a la porción que se destina a la subsistencia de los trabajadores. Se deduce fácilmente, por la composición numérica de los trabajadores respecto al total de la población, que los fondos surgen, en su mayor parte, del producto necesario. Son entonces los trabajadores, activos y no activos, unos afiliados y otros no, los que sostienen el sistema.

El impacto económico que produce este mecanismo de financiamiento, frente a la escasa cobertura poblacional es calificada como de regresividad, en el sentido de que profundiza las distancias de privilegio entre los afiliados y la población total.

El carácter que asume los fondos depositados en el Seguro Social, sea por los patronos, sea por el Estado o bien por retenciones de una parte del salario de los propios trabajadores, corresponde a una fracción del salario. Las retribuciones que recibe el trabajador pueden ser entregadas directa y cotidianamente (salario directo) y, entregadas indirectamente o en el futuro (salario diferido). Las

pensiones y servicios del Seguro Social justamente corresponden a este último tipo.

Por otra parte, el régimen de financiamiento del Seguro Social combina el de reparto simple para los servicios, principalmente, los de asistencia médica; y, el de acumulación (capitalización) para el caso de las pensiones. Este último permite además obtener otra fuente de ingresos que surge del rendimiento de los capitales invertidos.

Las inversiones del IESS se han orientado a las denominadas inversiones privativas e inversiones no privativas, es decir aquellas propias del IESS, destinadas por Ley o Reglamentos y aquellas ajenas al Instituto, propias del mercado bursátil.

2.3.2 PAPEL DEL IESS EN LA ACUMULACION CAPITALISTA

a) PRESUPUESTO DEL IESS

Para 1980 el presupuesto del IESS constituía el 50,5% del presupuesto total del Estado, porcentaje que ha ido decreciendo paulatinamente, hasta que en 1987 era del orden del 41,2%.

En lo relativo a gastos corrientes y de capital, encontramos que en 1980 los gastos de capital del IESS eran del 57,2%, mientras que los del Estado eran del 27,6%, para 1987 esta cifra cae al 41,4% y para el Estado es el 27,6%.

Los problemas de mayor importancia en los ingresos del IESS son: la deuda del Estado, la mora patronal privada y pública y la baja rentabilidad de las inversiones.

Deuda del Estado.- Tiene su origen en el no pago de sus obligaciones. El Estado debe cubrir varias obligaciones con el IESS: aportes patronales de sus servidores; pago del 40% de las pensiones jubilares y de montepío en curso de pago; valor de la reserva matemática para el financiamiento de las

jubilaciones especiales del magisterio, telecomunicaciones, ferrocarriles, trabajadores de la industria gráfica y el permanente y crónico déficit de las Cajas Militar y Policial.

El Estado "ignora" estas obligaciones y a partir del año 1964 recurre a un sistema de pago a 20 años plazo, con intereses del 7% mediante pagos semestrales (anexo N° 8).

La repercusión mayor de la deuda del Estado, estaría dada por la falta de oportunidad de inversión que tiene el Instituto y la baja o nula ganancia que se tiene por este concepto.

Deuda Patronal.- Varios son los patronos en mora, desde hace varios años. El caer en mora en las obligaciones para con el Instituto ha constituido un buen negocio, pues, mientras se cobraban intereses y multas del orden del 16% anual en la banca, se privilegiaba el ahorro con tasas mayores. Aún hoy en que el IESS cobra el 32% sigue constituyendo un atractivo financiero no cubrir las obligaciones para con el IESS. Por problemas de carácter administrativo es imposible señalar el monto de la mora, pero se calcula que en el presente año, sería del orden de 3.800 millones de sucres.

Deuda Patronal Pública.- Corresponde a la deuda de Municipios, Concejos Provinciales, Universidades, que constituyen una dura carga para el Instituto.

Rentabilidad de las Inversiones del IESS.- Las inversiones del Instituto tuvieron el siguiente comportamiento:

1978	7,39%
1979	10,22 %
1980	8,51%
1981	8,78%
1982	10,79%
1983	9,30%

El rendimiento promedio fue del 9%, frente a una inflación promedio del 30%, durante el mismo período, lo que nos da un crecimiento negativo en la rentabilidad institucional.

Los valores invertidos por el IESS están en los siguientes rubros:

Bonos Fiscales	2.288
Cédulas Hipotecarias	10.853
Bonos Prenda	887
Bonos de Garantía	1.074
Obligaciones de Empresas	106
Acciones de Empresas	1.189
Intereses por cupones	8.700
SUMAN.....	26.097 millones de sucres

Déficit Caja Militar y Policial.- Entre los graves problemas institucionales está el de la diferencia entre los ingresos y egresos reales de las Cajas Militar y Policial. En 1980 ingresaron 319 y egresaron 752 millones. Para 1987 ingresaron 5.635 millones y egresaron 9.490. En el período el déficit fue del orden de 9.120 millones, que mediante el sistema de consolidaciones serían pagados a largos plazos y bajos intereses.

E) ANALISIS DEL PAPEL DEL IESS EN LA ACUMULACION

El Estado capitalista cumple dos funciones principales: acumulación y legitimación. La acumulación comprende el conjunto de acciones tendientes a mantener o crear las condiciones de rentabilidad de los capitales particulares. La legitimación es el conjunto de acciones tendiente a mantener o crear las condiciones de armonía social a través de la mistificación de los procesos y la represión y control sociales.

La intervención del Estado en términos de la acumulación tiene que ver con los egresos orientados al desarrollo de proyectos y servicios que rebajen el costo de la

reproducción de la fuerza de trabajo. Estado se encarga de aquellas necesidades que el capitalista no cubre con el salario, y por tanto, propende al incremento de la tasa de ganancia. Tal es el caso de los egresos en el otorgamiento de servicios sociales: las prestaciones del Seguro Social, los servicios ministeriales.

Otro tipo de egresos estatales orientados a la acumulación son aquellos que elevan la productividad para sectores de la producción como es la infraestructura física: los complejos viales y parques industriales. Estos egresos no producen plusvalor, siendo por ello indirectamente productivos.

El IESS es parte del Estado y como tal cumple con sus funciones principales: acumulación y legitimación. La función de acumulación la cumple el IESS, en primer lugar, al encargarse de aquellas necesidades de la reproducción de la fuerza de trabajo que el capitalista no cubre con el salario:

- Una parte de las necesidades en periodos no productivos de los trabajadores: vejez, enfermedad, cesantía.
- Una parte de las necesidades mediatas que se extienden a lo largo de la vida de los trabajadores: salud.
- Una parte de las necesidades de bienes de consumo duradero a través de sus sistemas de crédito quirografario e hipotecario.

Por otro lado, el IESS ha intervenido en el proceso de acumulación al desarrollar un conjunto de inversiones que, al interior cumplen el objetivo de mantener el valor de los medios monetarios que maneja, en el plano general del Estado están orientadas a influir en procesos de valorización de ciertos capitales y apoyar financieramente al Estado el desarrollo de obras de infraestructura.

Las inversiones que el IESS realiza pueden ser caracterizadas brevemente:

- Inversiones en empresas de producción (como el caso de Guapán y TAINA) o de servicios (hoteles). Se trata de inversiones en áreas de gran importancia económica, en apoyo directo a procesos de valorización de importantes fracciones del capital o inversiones en que los capitales privados no se arriesgan, sea por que su grado de concentración y acumulación no lo permite, o porque simplemente no ofrece grados de rentabilidad suficiente.
- Los préstamos al Estado y a entidades gubernamentales ocupó, desde sus inicios un lugar importante en las inversiones del IESS. Constituyen préstamos preferenciales con bajos intereses orientados al financiamiento de obras de la más diversa índole, especialmente en el desarrollo de la infraestructura física.

Se debe aclarar que es debido a la condición de liquidez privilegiada que el IESS ha mantenido, en comparación a otros organismos estatales, lo que le ha convertido en una especie de financiera barata de emergencia del Estado.

Esta misma condición orientó a la participación del IESS en la formación del BEV. En 1961 el BEV se crea como parte de la política de Alianza para el Progreso que impulsaba programas de reforma con apoyo financiero norteamericano, orientando la inversión estatal en proyectos habitacionales realizados por el sector privado, además de impulsar los sistemas de ahorro y crédito para vivienda: el mutualismo. El IESS aportó a la creación del BEV con 111 millones de sucres frente a 13 millones a cargo del Estado.

- La adquisición de terrenos constituye un rubro casi permanente en las inversiones del IESS. Desde 1930 el Instituto ha venido adquiriendo terrenos urbanos y rurales, sea por adjudicaciones del Estado, por remates y principalmente, por compra. La adquisición de terrenos rurales periféricos a la ciudad, para su incorporación urbana, contribuyen al proceso de conversión de la renta del suelo en dinero, consolidando procesos de acumulación que, para el caso de Quito, en la década de los 30, constituyó un importante antecedente para el nacimiento de la industria de la construcción y un factor del desarrollo especulativo de la urbanización.

El IESS adquiere terrenos más o menos a ritmos constantes desde 1930, destacándose, su concentración en los años 1946, 1950, 1962 y 1970.

- Los préstamos hipotecarios constituyen un importante servicio a los afiliados y una inversión que tiende a crecer permanentemente. Dependiendo de la modalidad de obtención de vivienda, los efectos económicos del crédito varían.

Para el caso de construcción de vivienda bajo la modalidad "manufacturera por encargo", el crédito se convierte en capital productivo que permite al afiliado obtener su vivienda. Para el caso de compra de vivienda terminada el crédito asume la forma de capital de circulación de la industria promotora inmobiliaria, constituyéndose en la condición de existencia de esta forma de producción. Debido a que la producción inmobiliaria implica procesos industrializados tiende a convertirse en dominante en la rama de la construcción, desplazando a los procesos artesanales y manufactureros, por lo que es posible afirmar que la tendencia de eliminar la producción de vivienda por parte del IESS responde a la necesidad de las empresas inmobiliarias de disponer de masas, cada vez mayores,

de capital de circulación, sin cuya concurrencia es imposible la realización del ciclo inmobiliario.

- Dentro de los rubros de inversiones del IESS, ha tenido lugar importante los negocios de valores y papeles fiduciarios, notándose, en los últimos años, una tendencia creciente a preferir la compra de cédulas hipotecarias. En la actualidad el 70% del mercado de cédulas está cubierto por el IESS.

c) VIVIENDA

Las acciones del IESS en materia de vivienda tienen su origen en los préstamos de tipo bancario que otorgó desde su nacimiento en 1928, bajo el criterio de inversión rentable, de una forma de ocupar ventajosamente los dineros ingresados. En 1932 se establece el préstamo hipotecario amortizable a 20 años plazo para los afiliados.

En 1936 se autoriza a la Caja de Pensiones a adquirir terrenos y construir viviendas para entregar en venta o alquiler a los afiliados. En 1937 inicia su labor constructiva con el Barrio Bolívar al Norte de Quito, y en 1942 el Barrio Grace, en Guayaquil. La construcción de viviendas recibe un considerable impulso en la década del 70 por la construcción masiva de programas habitacionales. Entre 1937 y 1983 el IESS entregó algo más de 15.000 viviendas a sus afiliados.

Si bien la construcción de vivienda hasta 1983 constituyó un importante servicio a los afiliados, aunque con gran limitación a las reales necesidades, en cuanto al número de unidades y sectores sociales servidos, son los préstamos hipotecarios los que han pasado a constituirse en la acción fundamental en este campo. Podría pensarse que las expectativas de los afiliados respecto al Instituto giran en torno a los préstamos y la prestación médica. Más aún, si se considera que las tasas de interés son más bajas que en el sistema financiero nacional.

El IESS entre 1970 a 1986 concedió un total de 95.540 préstamos hipotecarios. El monto total entregado desde 1928 hasta 1986 supera los 53 mil millones de sucres.

Las variaciones en la política de vivienda del IESS constituyen momentos del desarrollo de la contradicción entre una orientación de los egresos dirigidos al apoyo a los procesos de acumulación y los egresos dirigidos hacia la reproducción de la fuerza de trabajo. Dependiendo de la presión social ejercida por fracciones del capital o por sectores laborales, la política se orientará hacia soluciones de vivienda, que implican procesos de valorización de capitales particulares, o hacia soluciones de vivienda que implican, un servicio a los afiliados.

En la década del 70 se consolida la empresa promotora inmobiliaria, que para poder realizar su ciclo productivo supone la concurrencia de una masa de capital circulante, necesaria para el retorno del capital más la ganancia a manos del productor, y que asume la forma de préstamo hipotecario.

De tal manera, la Resolución 480 que prohíbe la construcción de vivienda en el IESS significa el aumento de la masa líquida de capital circulante que la empresa inmobiliaria requiere para sus operaciones. Significa que la presión social ejercida por la fracción del capital inmobiliario impuso en la Institución una orientación que tiende a favorecer sus intereses, a apoyar procesos de valorización por sobre la necesidad y obligación del Instituto de atender la reproducción de la fuerza de trabajo.

El capital inmobiliario ejerce presión no solamente sobre el aumento de la masa líquida del capital circulante disponible en el IESS, sino también en el aumento del monto individual del crédito, que le permite reajustar precios y mantener o aumentar las tasas de ganancia.

Resulta interesante observar como se disparan en los últimos años los montos totales de los préstamos hipotecarios: para 1980 alcanzó la suma de 1.149'186.758,47 y para 1986 se incrementó en más de 12 veces (14.449'177.052), lo que significa un aumento anual aproximado del 200%.

3.- LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ECUADOR

3.1. SEGURO Y SEGURIDAD SOCIAL

Una importante proposición que puede ser extraída de la literatura de un amplio sector de especialistas en la materia es la clara distinción entre Seguro y Seguridad Social.

Como características del Seguro Social:

- Limitada cobertura poblacional generalmente a trabajadores que mantienen relaciones estables y permanentes de trabajo.
- El modelo de Seguro Social está diseñado para otorgar prestaciones que suplan el ingreso perdido o disminuido del trabajador cuando, a causa de algún siniestro o infortunio: invalidez, vejez, enfermedad, maternidad, desocupación, etc., no puede continuar trabajando normalmente.

El alcance de las prestaciones depende de las condiciones en que se desarrolla el proceso de proletarización en las sociedades capitalistas.

La naturaleza de las prestaciones se basa o en el principio de proporcionalidad, esto es, cada uno percibe lo que él depositó o lo que el patrono y el Estado depositan por él; o en el principio de necesidad mínima, es decir, las prestaciones deben garantizar el mantenimiento de un mínimo nivel de vida.

- Las fuentes de financiamientos son tripartitas: aportan trabajadores, empleadores y Estado. Las cotizaciones son fijadas de acuerdo a la "nómina de salarios".

El régimen de financiamiento combina el de reparto simple para los servicios principalmente los de asistencia médica, y el de acumulación (capitalización) para las pensiones. Esto permite obtener otra fuente de ingresos que surge del rendimiento de los capitales invertidos.

La tendencia que muestra el sistema del Seguro Social son sus recurrentes crisis, producto del aumento de los gastos, de la disminución relativa de los ingresos y del ineficiente manejo administrativo de los recursos.

- La gestión y administración es de naturaleza tripartita, autónoma, asistencialista e institucionalmente unificada.

Como características de la Seguridad Social:

- Cobertura Universal. Protege sin excepción a todos los miembros de la sociedad.
- Universalidad de contingencias y riesgos que afectan el nivel de vida cotidiano de todas las personas durante todo el ciclo vital, según la conocida fórmula de brindar atención "desde antes de la cuna, hasta después de la tumba". Esto implica una adaptación de las prestaciones a las necesidades sociales.

La naturaleza de las prestaciones varía entre el principio de equidad social, esto es, el otorgamiento de prestaciones debe garantizar el nivel de vida acostumbrado previamente, y el principio de igualdad, lo cual significa, igual derecho y prestación a todas las personas.

- El financiamiento debe basarse en los principios de solidaridad social y redistribución del ingreso. las fuentes de financiamiento deben combinar las contribuciones, principalmente, del Estado que debe surgir de impuestos especiales; de los empleadores, a través del impuestos al valor agregado o a sus réditos o ganancias; y, de los propios trabajadores que bien podrían seguir aportando sobre la nómina de salarios. Se plantea que sólo un financiamiento de este tipo permitirá una verdadera redistribución del ingreso en favor de los más necesitados.

- La gestión y administración debe basarse en el desarrollo de los principios de centralización de las decisiones, de participación y responsabilidad de todos los miembros de la sociedad, y de democratización, como la capacidad de todo sector social a tener voz y voto en la administración y gestión.

La situación concreta en nuestros países dista mucho de adecuarse a las premisas planteadas para la Seguridad Social. Al contrario, la realidad se opone diametralmente a ella. De allí que se afirme que sólo existe Seguro Social y no Seguridad Social. Pero, eso sí, este es el ideal a alcanzarse, el patrón de referencia.

3.2 CRITICAS A ESTOS PLANTEAMIENTOS

Este modo de proceder tiene varios dilemas teóricos y metodológicos.

En primer lugar, la caracterización de "lo existente", "lo real", es decir del Seguro Social, describe simplemente una realidad histórica concreta. Define lo aparente, la manera de manifestarse las cosas. No se detiene a descubrir la esencia, los mecanismos que se encuentran en la base de estos fenómenos.

En segundo lugar, la construcción de modo ideal a alcanzarse, esto es, la Seguridad Social, adolece de una grave anomalía: no tiene sustento en una totalidad social, económica y política futura. El modelo teórico no tiene ningún referente histórico concreto.

En tercer lugar, ¿es lícito comparar en el mismo nivel de análisis, la realidad existente del Seguro Social con la imagen-objetivo de la Seguridad Social?. Esta comparación es válida únicamente cuando la idea del futuro es impulso para el análisis del presente, pero no cuando se convierte en su materia o su medida. Comparación que además, lleva implícita una conceptualización del cambio social, basada en una teoría evolucionista de la historia. De la asistencia social a la beneficencia, de ésta a las cajas de previsión y de élla al Seguro Social, el estadio histórico por el que necesariamente debe atravesarse para alcanzar la Seguridad Social, el último estadio, el más avanzado del sistema.

En cuarto lugar, el Seguro Social, al proporcionar a la población hospitales, pensiones de invalidez, subsidios de enfermedad, aparece como representante del interés general, asume la función natural de corregir los efectos negativos de libre juego del mercado capitalista, y de poner justicia en la redistribución de la riqueza social. Los hechos desmienten dramáticamente este planteamiento: las desigualdades existen, la miseria crece, los gastos sociales decrecen, etc.

3.3. REDEFINICION DEL AMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Por todo lo señalado, es necesario plantearse la posibilidad de redefinir la problemática de la distinción entre Seguro Social y Seguridad social. Para ello, se propone un nuevo núcleo categorial que guíe las investigaciones sobre Seguridad Social en sociedades capitalistas: el proceso de reproducción social.

La reproducción social implica, sobre todo, la constante renovación de las condiciones tanto materiales como económico-sociales del proceso capitalista de producción.

a.- Desde el punto de vista material, la reproducción abarca la sustitución de los bienes consumidos en el proceso de trabajo. Para asegurar la continuidad de la producción es preciso que, el capital usado sea al menos reconstituido. Es decir, que se renueven materias primas, medios de trabajo, maquinarias utilizadas, y se produzcan los suficientes medios de consumo para reconstituir el desgaste de la fuerza de trabajo.

b.- Desde el punto de vista económico-social, la reproducción presenta dos aspectos:

b.1. La renovación de las condiciones que permiten la sobrevivencia de los agentes sociales. Es decir, por una parte, que se reproduzca el monopolio de los medios de producción en las manos de una clase de la sociedad, y, por otra parte, la existencia de otra clase social obligada a vender su fuerza de trabajo para obtener el dinero necesario para la adquisición de sus medios de subsistencia.

b.2. La renovación de los requisitos que permiten "la realización de la producción". Esto exige visualizar al proceso capitalista de producción como un momento, una fase, dentro del total de operaciones cíclicas de producción, circulación, consumo, en permanente movimiento. El capital debe transformarse ininterrumpidamente de la forma monetaria a la productiva, de esta forma a la mercantil, y de élla nuevamente a la forma monetaria.

Justamente en la combinación de estos elementos de la reproducción social se encuentra el ámbito específico de

acción de la Seguridad Social. Concretamente en las formas que la sociedad ha organizado para evitar las interrupciones o paralizaciones en ese movimiento.

- 1.- La constante repetición del ciclo de compra-venta de los medios de producción puede verse, voluntaria o involuntariamente, interrumpido. La interrupción voluntaria implica que los insumos, máquinas, etc., pueden ser compradas, pero el propietario de los medios monetarios no lo hace porque considera que los precios van a bajar. La interrupción involuntaria sucede cuando las materias primas no están disponibles porque en períodos previos se elaboraron en proporciones equivocadas, o los medios monetarios son insuficientes para comprarlos (e.g. falta de divisas para importar maquinaria).

El ciclo puede paralizarse también por accidentes o sucesos que eventualmente pueden ocurrir: robo de las materias primas, daño de la maquinaria, incendio o explosión del edificio, sequías, etc. Cuestiones que están sujetas a fuerzas fuera de control de cada propietario y que no se encuentran aseguradas automáticamente en los propios mecanismos del mercado. Estas interrupciones conducen a que medios de producción queden ociosos y el trabajador desocupado.

La sociedad para evitar este último tipo de interrupciones ha organizado formas mercantiles de seguridad, que cubren y solucionan los riesgos: las compañías de seguros privados, el ahorro individual de un fondo de reserva, las inversiones en bienes inmobiliarios, etc.

- 2.- Las interrupciones en el ciclo de compra-venta de la fuerza de trabajo, dan como resultado:

- 2.a. Consecuencias en el nivel de ocupación de la fuerza de trabajo. Estas interrupciones pueden

ser voluntarias cuando el capitalista impone el "lock out" (paro forzoso), o involuntarias cuando, por efecto de la modernización y tecnificación del aparato productivo, se suprimen algunos empleos. Los trabajadores implicados pueden ser descalificados o simplemente transformados en cesantes.

- 2.b. Consecuencias en las condiciones que permiten su reproducción. El avance tecnológico y la competencia obligan a cada empresario a planear con exactitud sus costos de producción, lo cual implica planear anticipadamente y a mediano plazo los costos salariales. Esto presupone la emancipación del precio de la fuerza de trabajo de las fluctuaciones de la oferta y la demanda en el mercado laboral. El resultado es siempre la disminución del salario en relación al valor de la fuerza de trabajo.

Las condiciones de reproducción pueden verse afectadas también por la expansión del denominado ejército industrial de reserva. El salario que se paga al trabajador depende de las oscilaciones en la proporción en que los obreros se dividen en ejército activo y en ejército de reserva.

- 2.c. La contradicción entre la disponibilidad continua de fuerza de trabajo en la cantidad y calidad requeridas y la reproducción del individuo poseedor de esa fuerza de trabajo.

El salario pagado al trabajador por la venta de su fuerza de trabajo no incluye el total de sus necesidades, sino sólo aquellas que debe satisfacer para que regrese cotidianamente y en la misma condición social al proceso de trabajo.

El salario no reconoce las necesidades en los periodos "no productivos" (infancia, enfermedad), las necesidades a lo largo de toda la vida del obrero (educación, protección a la salud), las necesidades no uniformes (número de hijos), y las necesidades de bienes de consumo duradero (vivienda).

La tendencia que se observa actualmente es que aquellos bienes y servicios reproductivos que cubre el salario son producidos mediante procesos capitalistas de producción y adquiridos en el mercado (consumo simple), y los demás medios se organizan como consumo colectivo, delegándose su responsabilidad al Estado.

El Seguro Social representa la respuesta de la sociedad al mantenimiento, reproducción y renovación del número, condiciones y contradicciones de la fuerza de trabajo.

3.- El producto elaborado en el proceso de trabajo debe necesariamente realizarse, debe venderse. Es posible su interrupción en forma voluntaria o involuntaria. En el primer caso, se trata de actos de especulación. En el segundo caso, cuando se dan condiciones de imposibilidad de venderlos. Esto sucede porque la realización de las mercancías depende de leyes fuera de su acción directa: la expansión del mercado. Por ello, medios de producción, medios de vida existen en exceso.

Además, la continuidad del ciclo de realización puede paralizarse por accidentes o infortunios fuera del control del propietario del producto. Tal el caso de la pérdida de las mercancías por incendio, robo, explosión, humedad, etc. En tal caso, la sociedad ha organizado una forma de aseguramiento que toma cuerpo en el "seguro mercantil".

- 4.- Tanto la compra de medios de producción, como la venta de mercancías requieren ciertas operaciones de circulación que completen su ciclo y que permitan llegar al lugar de consumo en condiciones de ser consumidas. Se considera al transporte y al almacenamiento como las más importantes.

En estos momentos existen riesgos y contingencias que paralizan el movimiento, similares a los señalados anteriormente. Respecto al transporte es necesario distinguir los medios de transporte: camión, buque, vagones, etc., y los canales de transporte: puentes, puertos, canales acuáticos, etc. Lo normal es que la Seguridad Social en su forma mercantil cubra únicamente los primeros. Respecto a la permanencia de las mercancías en acopio y conservación se requiere silos, almacenes, tanques, etc., sujetos a riesgos, por lo cual se les hace extensivo esta forma de aseguramiento.

- 5.- El capitalista propietario de los medios de producción, de circulación y del producto, así como el personal directivo de las empresas son siempre seres vivos. Como tal están sujetos a las leyes naturales y físicas. Por ello se envejecen, se enferman, mueren y dejan deudos, etc.

La sociedad también ha organizado otra forma de asegurar las consecuencias de estos infortunios: el seguro mercantil.

3.4 FORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ECUADOR

La Seguridad Social entonces es la organización que se da la sociedad para asegurar, reponer, mantener ciertas condiciones que permiten la reproducción ininterrumpida del proceso capitalista de producción. Esta Seguridad Social en el caso ecuatoriano se organiza en 4 formas:

a) El Seguro, que proponemos denominarlo MERCANTIL, que comprende aquellos mecanismos económicos y sociales que permiten mantener, asegurar, garantizar, reproducir el constante movimiento del ciclo del capital, de las siguientes fases, momentos y elementos:

- La transformación de la forma monetaria a la forma de medios de producción.
- La realización de los productos elaborados.
- La transportación y almacenamiento.
- La reproducción de los agentes sociales propietarios y de su familia.
- La reproducción de los agentes que cumplen funciones directivas en el proceso de producción y/o circulación, y de sus familias.

Cuando ocurren determinados accidentes o siniestros de carácter involuntario, fuera del control de cada capitalista particular y que no se encuentran solucionados en los propios mecanismos del mercado.

La manera de brindar las prestaciones puede ser a través de las compañías de seguros privados o la venta directa de servicios.

Desde el punto de vista social, el seguro mercantil tiene un claro carácter clasista, cubre al sector dominante de la sociedad, y al capital en general.

b) EL SEGURO SOCIAL, como el sistema público de mantenimiento de la fuerza de trabajo activa. Es

la respuesta del sistema social al cúmulo de infortunios acaecidos en la reproducción de la fuerza de trabajo.

Este seguro comporta dos componentes: 1) transferencias en forma monetaria: subsidios de enfermedad, pensiones de jubilación o cesantía, etc., y transferencias que permiten conservar el consumo de los trabajadores que el salario no le permite o no los cubre y 2) suministro directo de bienes y efectos útiles: vivienda, hospitales, fármacos, etc. Estos corresponde a una forma social, no mercantilizada de necesidades que tampoco están reconocidas por el salario.

- c) LA MINISTERIALIZACION, que comprende aquellas intervenciones estatales en el aseguramiento, principalmente, de la fuerza de trabajo no activa, es decir de aquellos trabajadores no usados directamente en el proceso de valorización, como son la fuerza de trabajo potencial; la aún no incorporada al mercado laboral (niños, mujeres); y la fuerza de trabajo caduca: que ha sido expulsada del mercado laboral sea por edad o por incapacidad.

Concretamente son las acciones sociales que desarrollan varios Ministerios e Instituciones Estatales.

- d) EL SEGURO INFORMAL O MARGINAL, que lo entendemos como los mecanismos sociales y económicos de autoprevisión, de autoseguridad organizados por los propios trabajadores, para reproducir su ciclo vital cuando ocurren siniestros, accidentes o infortunios como son la enfermedad, la muerte, la invalidez, etc. Son las denominadas estrategias de supervivencia. Son autosoluciones a los riesgos y contingencias que pueden presentarse, y

que garantizan la reproducción material de la fuerza de trabajo y de la unidad familiar.

Este seguro cubre en general al ejército industrial de reserva, es decir, aquella fuerza de trabajo disponible para el capital conformada por los desempleados y desocupados. La practican los hoy denominados informales o marginados.

De esta manera, claramente nos distanciamos de la concepción dominante de diferenciación del Seguro y Seguridad Social. Para nosotros queda claro el uso de estos dos términos: la Seguridad Social como la organización que se da la sociedad para asegurar, garantizar, reponer las condiciones de reproducción del proceso capitalista de producción, y el Seguro Social, tan solo como una forma de la Seguridad Social, de aquella que cubre la reproducción de la fuerza de trabajo activa.

4. NUEVO MODELO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

4.1. PREMISAS

Una concepción de la Seguridad Social que de cuenta de su origen, de su estructura, de sus funciones, permitirá entender cuales serán sus posibles vías de desarrollo, en concordancia con lo anteriormente señalado, facilitará entender los obstáculos, las limitaciones, las formas nuevas o recreadas o avances en la práctica de la misma, sin que para cada nuevo fenómeno, (sea limitación o propuesta de desarrollo), se tenga que recurrir a conceptos o esquemas teóricos que no tengan relación con las concepciones que animan, explican y dan coherencia a la forma de entender la Seguridad Social y a su forma de hacerla realidad, mediante una institucionalidad y funcionamiento dados.

Esta concepción debe ser comprehensiva de la realidad, que de cuenta de los diferentes fenómenos o causales de una

práctica social determinada, que de cuenta de su proceso interno y de sus relaciones al interior de como se hace realidad dicha Seguridad Social, y que, a la vez, permita entender las diferentes relaciones e interrelaciones que se dan al exterior de esa institucionalidad con el resto de componentes del mundo social.

Además, por supuesto que también es importante, manifestar, explícitamente, desde qué punto de vista se la realiza, en representación o defensa de qué intereses es elaborada y propuesta, para entender qué intereses coinciden con ella o cuáles se le oponen y tener una visión de los límites y posibilidades de desarrollo.

Este intento de ubicar los diferentes elementos, que permitan entender de manera integral la función básica de la Seguridad Social, se lo realiza en un nivel de generalidad o de abstracción para posibilitar la discusión de sus supuestos principales.

Segundo, se establece que el ámbito primario e importante de competencia de la Seguridad Social está referido a la protección de los recursos humanos, mano de obra o fuerza de trabajo.

Tercero, se asume que la capacidad de trabajar está presente en toda la población, ya sea en potencia, cuando no se integra a la producción, cuando lo está, o cuando entra en receso o cesantía; se toma como similar: población en general, recursos humanos y fuerza de trabajo.

Cuarto, se considera que la población o fuerza de trabajo es utilizada en un proceso productivo cualquiera, y que para que tenga la condición de ser útil, es necesario un proceso de generación o reproducción de esa población.

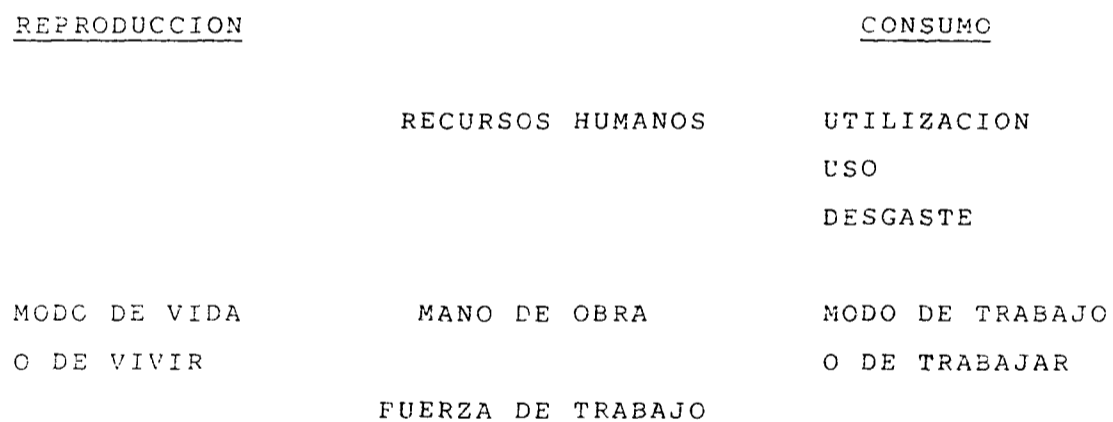
4.2. LA REPRODUCCION

Existen dos momentos importantes a ubicar en el ciclo de los recursos humanos o fuerza de trabajo. El primero, un proceso de reproducción permanente, tanto de la reposición inmediata o diaria para estar en capacidad de volver a trabajar al siguiente día, como la reposición de todo el ciclo vital, familiar, de toda una generación o de toda la población, es decir la reposición mediata y a largo plazo. El segundo, un proceso de utilización, de uso, desgaste o consumo, de la capacidad de trabajo de esos recursos humanos o fuerza de trabajo.

Existen dos elementos a considerar en la problemática o necesidades de los recursos humanos:

- 1) el MODO DE VIDA O DE VIVIR y
- 2) el MODO DE TRABAJO O DE TRABAJAR.

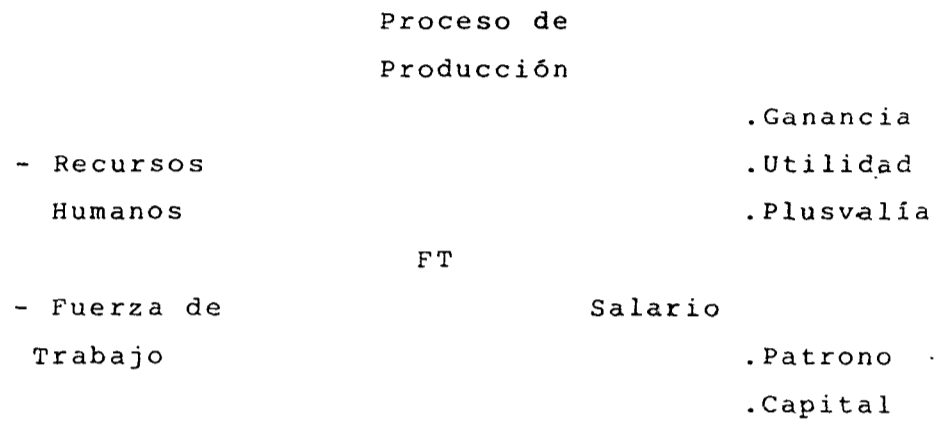
Esquema N° 2



Para analizar el modo de vivir de los recursos humanos o fuerza de trabajo se entiende que los medios que obtienen para su reproducción son resultados de la integración a un proceso productivo (a un trabajo), por el que reciben un sueldo o salario, directamente, y además, indirectamente, como parte de ese salario servicios de diferente tipo, tal es el caso del Seguro Social, al que aporta de su sueldo un porcentaje determinado, y al que "aporta" también el patrono, considerando este aporte patronal como parte del sueldo o salario que percibe el trabajador.

- 44 -

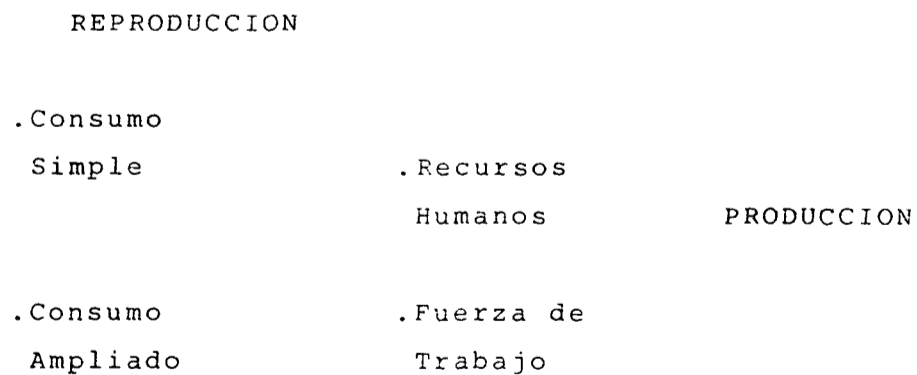
Esquema N° 3



Es el sueldo o salario percibido, directamente o indirectamente, mediante servicios, lo que permite la reproducción o reposición, inmediata o diaria y la mediata, como familia, generación o población de los recursos humanos o fuerza de trabajo.

Para que esto se logre es necesario que se de un proceso de consumo, tanto simple (bio-social) como ampliado (socio cultural) de la fuerza de trabajo.

Esquema N° 4



El consumo significa la capacidad de acceder, las formas, la cantidad, la calidad de los bienes necesarios para el mantenimiento de la fuerza de trabajo (consumo simple o bio-social) y para el perfeccionamiento de la misma (consumo ampliado o socio-cultural). Bienes que pueden ser de dos tipos, bienes naturales directos (aire, agua, etc.) o bienes socialmente producidos.

Las formas y contenidos de como se realizan estos dos tipos de consumo constituyen el modo de vivir de los recursos humanos o fuerza de trabajo, su forma de reproducirse.

Esquema N° 5

REPRODUCCION DE LOS RR.HH.

CONSUMO SIMPLE (BIO SOCIAL)	CONSUMO AMPLIADO (SOCIO CULTURAL)
MANTENIMIENTO	PERFECCIONAMIENTO
. Alimentación	. Educación formal
. Vivienda	. Servicios de Salud
. Vestido	. Transporte
. Reposo	. Recreación formativa
. Recreación no estructurada	. Comunicación social
. Bienes naturales directos	. Actividad creativa Artística o científica
	. Organización Política
	. Conciencia Social

4.3 EL DESGASTE

La integración de los recursos humanos, mano de obra o fuerza de trabajo, a cualquier proceso de trabajo, conduce a necesidades o áreas que deben ser protegidas y desarrolladas para una real utilización de los recursos.

Estas áreas son: 1) capacitación; 2) mantenimiento, en lo que tiene relación la higiene y la seguridad industrial y la

eliminación de riesgos; 3) reparación o recuperación, a esta área se relacionan especialmente los servicios de salud y Medicina del Trabajo; y, 4) protección de la cesantía, o cuando la fuerza de trabajo deja de ser útil, por cualquier circunstancia, vejez, invalidez y minusvalía o fallecimiento.

Es sólo en esta área, la del desgaste, consumo productivo o modo de trabajar, donde precisamente se han establecido las diferentes prestaciones (en servicios o en dinero, y esto último, en subsidios o indemnizaciones), que corresponde a la concepción clásica de, frente a un riesgo conocido, establecer un tipo de seguro; así tenemos, riesgos y seguros de: enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, muerte y cesantía.

Es esta área la que protege el esquema actual de Seguro Social, y lo hace de manera incompleta.

Esquema N° 6

FUERZA DE TRABAJO

. DESGASTE	
. USO	
. CONSUMO PRODUCTIVO	AREAS
- CAPACITACION	. Tecnificación y Profesionalización
- MANTENIMIENTO	. Higiene y Seguridad Industrial . Eliminación de Riesgos
- REPARACION	. Medicina del Trabajo . Servicios de Salud
- CESANTIA	. Tercera Edad

- . Minusvalía
- . Invalidez
- . Muerte

Esquema N° 7

CICLO VITAL DE LA FUERZA DE TRABAJO

ACTIVA

PRODUCCION

_____ 0 _____ 15 _____ 65 _____ + EDAD

NO PRODUCCION

ANTES

CESANTE

4.4. LAS RESTRICCIONES

Es necesario señalar las restricciones importantes del esquema actual del Seguro Social:

- 1.- La primera y más grave, la cobertura únicamente a un porcentaje reducido de la población (14%) y aún de la población económicamente activa. Pero, además, la protección es esencialmente individual.
- 2.- De las dos áreas que interesan en la dinámica de los recursos humanos o fuerza de trabajo, la única que está considerada es la del desgaste, consumo productivo, o el modo de trabajar. No se toma en cuenta la otra, tan importante, la del modo de vivir, las condiciones en

que se reproduce la mano de obra para que llegue a estar en capacidad de trabajar.

- 3.- Pero, aún más, la protección en el área de consumo productivo o del desgaste, no es integral y total, sino fragmentada y parcial.

4.5. SEGURIDAD SOCIAL-BIENESTAR SOCIAL-FRENTE SOCIAL

Los elementos teóricos señalados en este capítulo, permiten establecer una nueva conceptualización de la función básica de la Seguridad Social y su correspondiente estructura y funcionamiento, y a la vez, las vías de progreso y desarrollo.

Para ello es necesario:

- 1.- Dejar de lado la concepción que sustenta el actual modelo laborista, que asocia, indefectiblemente, seguro frente a un riesgo determinado, y que presupone, necesariamente, un estado de pleno empleo para la extensión universal de la Seguridad Social.
- 2.- Rebasar las tradicionales propuestas para superar las falencias crónicas de la Institución del Seguro Social, derivadas de los típicos diagnósticos administrativos enmarcados estrictamente para funcionalizar el modelo existente.
- 3.- Superar las restricciones más importantes de este modelo señaladas anteriormente, cuales son, i) la protección, casi exclusiva, a la fuerza de trabajo asalariada y permanente; ii) la protección únicamente en la esfera del consumo productivo o del modo de trabajar de la mano de obra incorporada a la producción; y iii) la protección incompleta aún en esta área delimitada.

- 4.- Abandonar el etapismo obligado desde Seguro Social hacia la Seguridad Social.
- 5.- Reconocer la existencia de las diferentes formas de la Seguridad Social en nuestro país, y éstas son: 1) el seguro mercantil; 2) el seguro social; 3) la ministerialización de los servicios, y 4) el seguro "informal o marginal".

Por tanto, establecer una conceptualización de la Seguridad Social debe permitir explicar la realidad en una sociedad dada, y entender como se la puede cambiar, transformar o desarrollar. Debe, así mismo, dar cuenta del movimiento del conjunto social y su influencia o determinación en la Seguridad Social y a la vez cómo ésta influye en el conjunto de una formación económica social como la ecuatoriana.

Se propone considerar a la Seguridad Social como todas las acciones que la sociedad realiza para asegurar, mantener, garantizar, la reproducción de la fuerza de trabajo, como población general, y para proteger su consumo productivo. Es decir, es una práctica social encaminada a velar por las condiciones, formas y contenidos de la reproducción de los trabajadores en las áreas del consumo simple y del ampliado, y, así mismo, de las condiciones, contenidos y formas de realización del consumo productivo de la capacidad de trabajo en todo tipo de actividad humana dirigida a la producción de bienes materiales o servicios. Esta práctica social es uno de los elementos que permite la reproducción social, la reproducción de todo el conjunto social, con su forma particular de producción de bienes y servicios y de las relaciones sociales que establecen para ello los diferentes sujetos sociales, así como, resultante de la forma característica de la reproducción social en una sociedad dada.

Las características de esta concepción de la Seguridad Social son: 1) universal, considera la fuerza de trabajo como toda la población en proceso de adquisición de la

capacidad de trabajar, activa y cesante; 2) integral, abarca el área de la reproducción de los trabajadores y el área del consumo de la capacidad de trabajo; 3) compleja, porque establece los diferentes ámbitos que comprende cada una de las dos áreas de la reproducción y del consumo productivo, 4) de óptima calidad, por la influencia real en el proceso de la reproducción social de todo el sistema social. El financiamiento se lo considera producto de toda la sociedad, y al Estado, como el nivel más alto de organización política de la sociedad, y no como un elemento extraño o por sobre el conglomerado social que distribuye parte de la riqueza social, entre otras cosas, a través de las diferentes instituciones involucradas en la realización de esta Seguridad Social.

El modelo que se propone reconoce las diferentes formas de la Seguridad Social, las incorpora y supera, en la búsqueda de la tan ansiada unidad de gestión, en un esquema organizativo dinámico que responda a la realidad de nuestro país.

Así, se reconocen las áreas de los Ministerios y del Seguro Social actual, involucrados en el área de la Seguridad Social.

Esquema N° 8

AREAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

AREAS ESTATALES	ASEGURAR LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO	PROTEGER EL CONSUMO PRODUCTIVO DE LA F.T.	AREAS ESTATA- LES
(MAG)	. ALIMENTACION	CAPACITACION	M. TRABAJO
(MICIP)	. VESTIDO	MANTENIMIENTO	HIGIENE SEG. INDUST.

			(IESS-MIN. TRABAJO)
-VIVIENDA	. Vivienda		
-EDUCACION	. Educación	Reparación	Medicina del trabajo Servicios de Salud (IESS-MIN TRABAJO)
-SALUD	. Salud		
-TRANSPORTE	. Transporte	Cesantía	Tercera Edad Minusvalía Invalidez Muerte (IESS-M.B.S)
-RECREACION	. Recreación		
-DEPORTE			
-COMUNIC.	. Comunicación Social		
-MIN.TRA BAJO	. Organización		
(M.B.S.)			
-CULTURA	. Conciencia		

La construcción del Nuevo Modelo plantea la necesidad de reorganizar el área social del aparato estatal y constituir el Frente Social, mediante la coordinación de actividades, la integración funcional y la integración administrativa, de los ministerios y dependencias involucrados, que a la vez, que reconoce como válida la centralización, establece, de acuerdo a la realidad, la diferenciación de acciones y objetivos, para la ciudad y el campo y según grupos poblacionales.

Así mismo, es necesaria la modernización del Seguro Social para su adecuación al Nuevo Modelo, para su nueva ubicación

en el Frente Social y a fin de afrontar las nuevas áreas que son de su competencia.

4.6 MODERNIZACION DEL SEGURO SOCIAL EN EL NUEVO MODELO

Hay que partir reconociendo los límites y posibilidades en los cuales es posible una reforma o una readecuación de la Institución. Y precisamente, la doble naturaleza de las funciones del IESS, en torno a la reproducción de las condiciones generales de la producción, de la circulación y de la fuerza de trabajo, es la que impone los límites de su accionar y también de sus readecuaciones.

Se pueden resumir como tendencias generales de cada una de las funciones del Seguro Social: facilitar capital barato a la circulación y a la producción capitalistas, debido a un ineficiente funcionamiento de las inversiones y del capital financiero de la Institución; de la misma forma, se puede señalar que, en cuanto a la reproducción de la fuerza de trabajo, las prestaciones y los servicios tienden a bajar su cobertura e incrementar su costo.

Una modernización buscaría como propósitos finales, revertir simultáneamente esas tendencias, en consecuencia, buscaría la mayor rentabilidad de las inversiones y en el manejo del capital, lo que significa, hacerlo eficientemente en términos capitalistas. De la misma manera, se deberá buscar, de forma sistemática y progresiva, el incremento de la cobertura y la disminución de los costos de las prestaciones y servicios de la reproducción de la fuerza de trabajo.

En relación con la segunda, la orientación debe superar las restricciones actuales del modelo, mediante la tendencia a la universalización y a la integralidad, esto es, que las actividades del Seguro Social, en lo que le compete actualmente, se dirijan a cubrir las necesidades derivadas del desgaste, el consumo simple y el ampliado y que este tipo de seguridad se vaya incrementando al total de la

población. Es decir, ampliar la cobertura del nuevo modelo de prestaciones.

Para ello, necesariamente, se debe invertir la orientación del modelo vigente, lo que implica, priorizar las acciones de tipo general o colectivo (socializar el consumo), por encima de las acciones individuales, en otros términos, empezar a trabajar sobre las causas de los problemas o necesidades, como la única manera de disminuir los costos, para no caer en la tentación o en la corriente actual, que propugna la ampliación de la cobertura, en especial de servicios, mediante la disminución de la calidad, de manera de afectar los costos y mantener la tendencia a disminuir los gastos sociales, como parte de las políticas de ajuste, o de austeridad, ante la crisis de la economía capitalista.

En cuanto a la función destinada a la reproducción de las condiciones generales de la reproducción y de la circulación, la modernización tendrá que reconocer el carácter capitalista de sus relaciones con el resto de la economía, replantear su funcionamiento admitiendo: que no se puede actuar con criterio de "beneficio social" dirigido hacia el capital, que es necesario actuar bajo la lógica capitalista, que exige como una condición, para mantenerse en el mercado, la modernización, la incorporación de la tecnología más desarrollada, para poder competir en condiciones ventajosas, y guiados por criterios de selectividad y oportunidad, que no contradigan el funcionamiento del IESS, o en otros términos, que no le hagan competencia.

En concordancia con estos principios se proponen los siguientes lineamientos generales para la modernización del IESS en las áreas de organización, prestaciones, cobertura y financiamiento.

- 1.- Desarrollo Organizacional: que comprende lo siguiente:
 - a) Establecer una estructura que integre las dos áreas principales de gestión y que reconozca la diversidad de

funciones que realizan, porque constituyen una unidad; b) un desarrollo gerencial para que su funcionamiento sea eficiente, eficaz y efectivo, a través de la incorporación y desarrollo de la división del trabajo y de la tecnología administrativas, para que sea posible la normalización, investigación, planificación y control administrativos; y, c) un desarrollo administrativo para la adecuada disposición de los diferentes tipos de recursos en tiempo, cantidad y calidad, implantando una política de desarrollo de los recursos humanos, y coherentes sistemas de abastecimiento y equipamiento.

- 2.- Democratización de las Prestaciones: Mediante: a) su homogeneización, para los diferentes sectores actualmente afiliados; b) la oportunidad de entrega; y, c) de óptima calidad. Es importante enfatizar la necesaria integralidad de las prestaciones que cubran el desgaste y los consumos simple y ampliado.

Por lo que, proyectos o estrategias que busquen establecer este nuevo tipo prestacional se deben estimular y desarrollar para que enriquezcan el conocimiento de las reales posibilidades de ejecución e institucionalización.

- 3.- Universalización del Nuevo Tipo de Prestaciones: Homogéneo, integral, oportuno y de óptima calidad.

- 4.- Optimización del Gasto Social: La reubicación de la apreciación del gasto social como inversión, que facilita la acumulación capitalista y permite nuevas y mejores condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo, por lo que el gasto social se vuelve rentable. Es decir, planteamos la readecuación del papel del Estado frente a la acumulación del capital y a la reproducción de la fuerza de trabajo.

ANEXO N. 1

POBLACION ASEGURADA DEL IESS 1970-1986

AÑO	AFILIADOS	PENSIONISTAS	CAMPESINOS	POB. ASEGURADA
1970	308.347	44.957	4.093	357.397
1971	328.658	47.918	4.093	380.669
1972	349.944	51.022	4.093	405.059
1973	372.205	54.267	5.419	431.891
1974	395.441	57.655	16.344	469.440
1975	419.652	61.185	44.291	525.128
1976	444.839	64.858	54.496	564.193
1977	471.000	67.071	70.495	608.566
1978	498.137	71.681	72.796	624.614
1979	526.248	72.966	78.694	677.908
1980	555.335	80.599	107.900	743.834
1981	585.397	87.288	108.522	781.207
1982	598.986	91.572	120.516	811.074
1983	623.460	96.373	202.345	922.178
1984	648.224	102.883	305.822	1'056.929
1985	715.396	106.452	389.806	1'211.654
1986	750.334	109.827	434.034	1'254.195

Fuente: Boletines estadísticos .I, II, III, IV del IESS; Memoria institucional 1986
Elaboración UDIFOM.

ANEXO N. 2

ESTRUCTURA DE LA POBLACION ASEGURADA Y ESTRUCTURA DE LA PEA POR SECTORES. 1984

SECTORES	POB.ASEGUR.	%	P E A	%
PRIMARIO	319.569	29.31	1'217.686	39.93
SECUNDARIO	179.267	16.44	517.082	16.95
TERCIARIO	461.398	42.32	1'170.091	38.37
OTROS	27.022	2.49	144.692	4.75
PENSION.	102.883	9.44	-	-
T O T A L	1'090.139	100	3'049.551	100

Fuente: INEC, IESS

Elaboración: UDIFOM

ANEXO N. 3

POBLACION PROTEGIDA POR EL IESS POR SECTOR ECONOMICO Y RELACION CON LA PEA. 1982-1983-1984

S E C T O R	1 9 8 2		1 9 8 3		1 9 8 4				
	P E A	POB. PROTEG.	% PEA	POB. PROTEG.	% PEA	POB. PROTEG. & PEA			
PRIMARIO	1'225,175	132,917	10.84	1'224,414	210,338	17.83	1'217,686	319,569	26.24
SECUNDARIO	471,359	176,908	37.53	493,626	172,419	34.95	517,082	179,267	34.67
TERCIARIO	1'041,140	402,344	38.64	1'142,149	411,830	37.37	1'170,091	461,398	39.43
OTROS	129,472	24,781	19.14	136,013	25,989	19.11	144,692	27,022	18.68
PENSIONISTAS	-	87,728	-	-	97,980	-	-	102,883	-
T O T A L	2'867,146	824,678	28.76	2'956,202	951,452	32.18	3'049,551	1'090,139	35.75

Fuente: INEC, IESS
Elaboración UDIFOM

ANEXO N. 4

GRUPOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL SEGUN PRESTACIONES Y SERVICIOS OTORGADOS

REGIMEN	BENEFICIARIOS	PRESTACIONES								SERVIC.				
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	
Cta. indiv. A	Trabajadores y servidores en general, trabajadores de la pequeña industria, trabajadores industriales y clero (1)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cta. indiv. B	Públicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Bancarios, autónomos y semiautónomos (2)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gráficos (3)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Magisterio (4)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Voluntarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguros especiales	Domésticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Profesionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Trabajadores de la construcción (5)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguro artesanal.	Artesanos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Artesanos voluntarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seg. Agrícola	Trabajador agrícola (6)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seg. Campesino	Campesinos (7)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PRESTACIONES.

- 1.-Jubilación y montepío.
- 2.-Cesantía.
- 3.-Mortuoria.
- 4.-Enfermedad: atención médica.
- 5.-Enfermedad: subsidio.
- 6.-Maternidad: atención médica.
- 7.-Maternidad: subsidio.
- 8.-Riesgos del trabajo.

SERVICIOS.

- 1.-Préstamo hipotecario.
- 2.-Préstamo quirografario.
- 3.-Préstamos especiales.
- 4.-Fondos de reserva.

NOTAS.

- (1). Algunos grupos tienen contrato de cesantía adicional financiada con un 1-5% del aporte personal.
- (2). Los trabajadores bancarios no tienen fondos de reserva. Tienen contrato de cesantía adicional financiada con un 2-8% del aporte personal.
- (3). Los trabajadores gráficos tienen jubilación especial financiada con un 3-5% del aporte personal y 6% patronal. Los trabajadores gráficos bancarios no tienen fondos de reserva y tienen cesantía adicional financiada con un 3-5% personal.
- (4). Los afiliados del magisterio tienen cesantía adicional financiada con un 2-5% del aporte personal y jubilación especial financiada con el 5% del aporte personal.
- (5). El patrono aporta con el 8.33% para pago mensual de fondos de reserva.
- (6). Solo jubilación y auxilio de funerales.
- (7). Solo jubilación y auxilio de funerales. Atención médica a toda la familia.

Fuente: IESS

Elaboración UDIFOM.

ANEXO No. 5

PRESTACION MEDICA

PRODUCCION E INDICADORES DE HOSPITALIZACION Y CONSULTA EXTERNA

MATRIZ Y REGIONAL - 1979 - 1984

SERVICIO / INDICES	A					S
	1979	1980	1981	1982	1983	
HOSPITALIZACION						
<u>Camas hospitalarias</u>						
DOTACION NORMAL	1.336	1.406	1.496	1.549	1.572	1.589
EGRESOS HOSPITALARIOS	43.748	47.816	48.918	52.950	52.975	54.271
PORCENTAJE OCUPACION	87,6	89,1	83,7	87,0	85,0	85,1
PROMEDIO DE ESTANCIA	9,8	9,6	9,3	9,3	9,0	9,1
GIRO DE CAMAS	31,0	34,0	33,0	34,2	33,7	34,2
INDICE DE SUSTITUCION	1,9	1,2	1,8	1,4	1,6	1,6
CONSULTA EXTERNA						
<u>UNIDADES PROPIAS</u>						
TOTAL CONSULTAS	1'425.861	1'544.085	1'626.926	1'769.045	1'692.465	1'908.20
PROMEDIO CONSULTAS POR HORA	3,8	3,7	3,5	3,4	3,5	3,6
% CONSULTAS RECUPERACION	90,4	90,5	89,8	90,3	90,4	90,2
% CONSULTAS FOMENTO	9,6	9,5	10,2	9,7	9,6	9,8
<u>SERVICIOS SUBROGADOS</u>						
TOTAL CONSULTAS	478.798	511.070	537.660	609.880	672.194	706.57
PROMEDIO DE AFECTAS POR CONSULTA	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7
CONCENTRACION DE CONSULTAS	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8

FUENTE: Departamento Nacional de Estadísticas de Salud - I.F.S.S.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION NACIONAL ECONOMICA FINANCIERA

Anexo No 6

EVOLUCION DE LA PRESTACION MEDICA

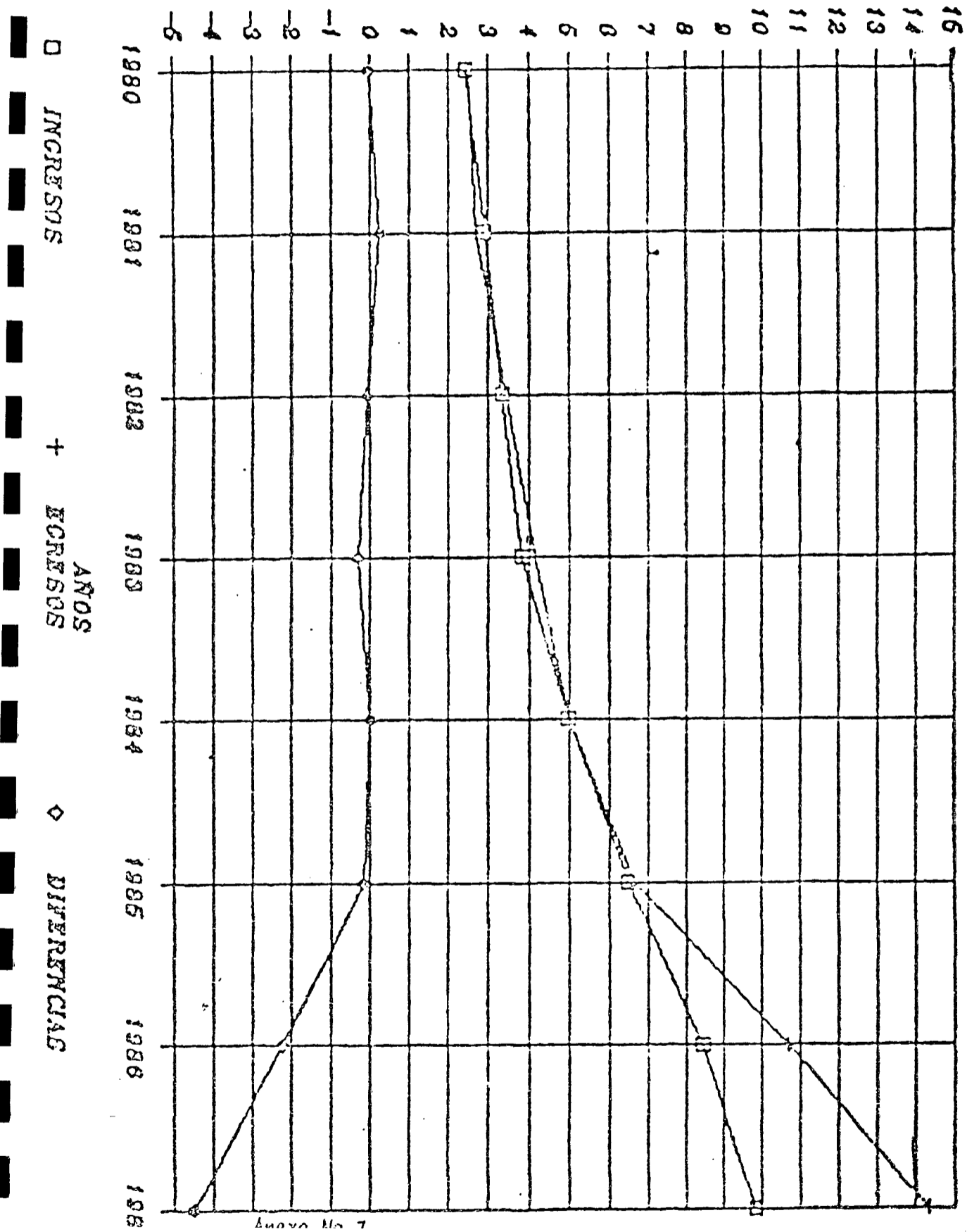
AÑOS	INGRESOS	EGRESOS	DIFERENCIAS	% AHORRO
1980	2,418	2,472	(54)	-2,23%
1981	2,884	2,658	226	7,84%
1982	3,338	3,424	(86)	-2,58%
1983	3,847	4,178	(331)	-8,60%
1984	4,999	5,001	(2)	-0,04%
1985	6,492	6,670	(178)	-2,74%
1986	8,440	10,679	(2,239)	-26,53%
1987	9,846	14,346	(4,500)	-45,70%
TOTALES	42,264	49,428	(7,164)	-16,95%

ASPECTOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS DEL I.E.S.S. . 08,87

EVOLUCION DE LA PRESTACION MEDICA

Millones de Suizas

MILLONES DE S/.
(Thousands)

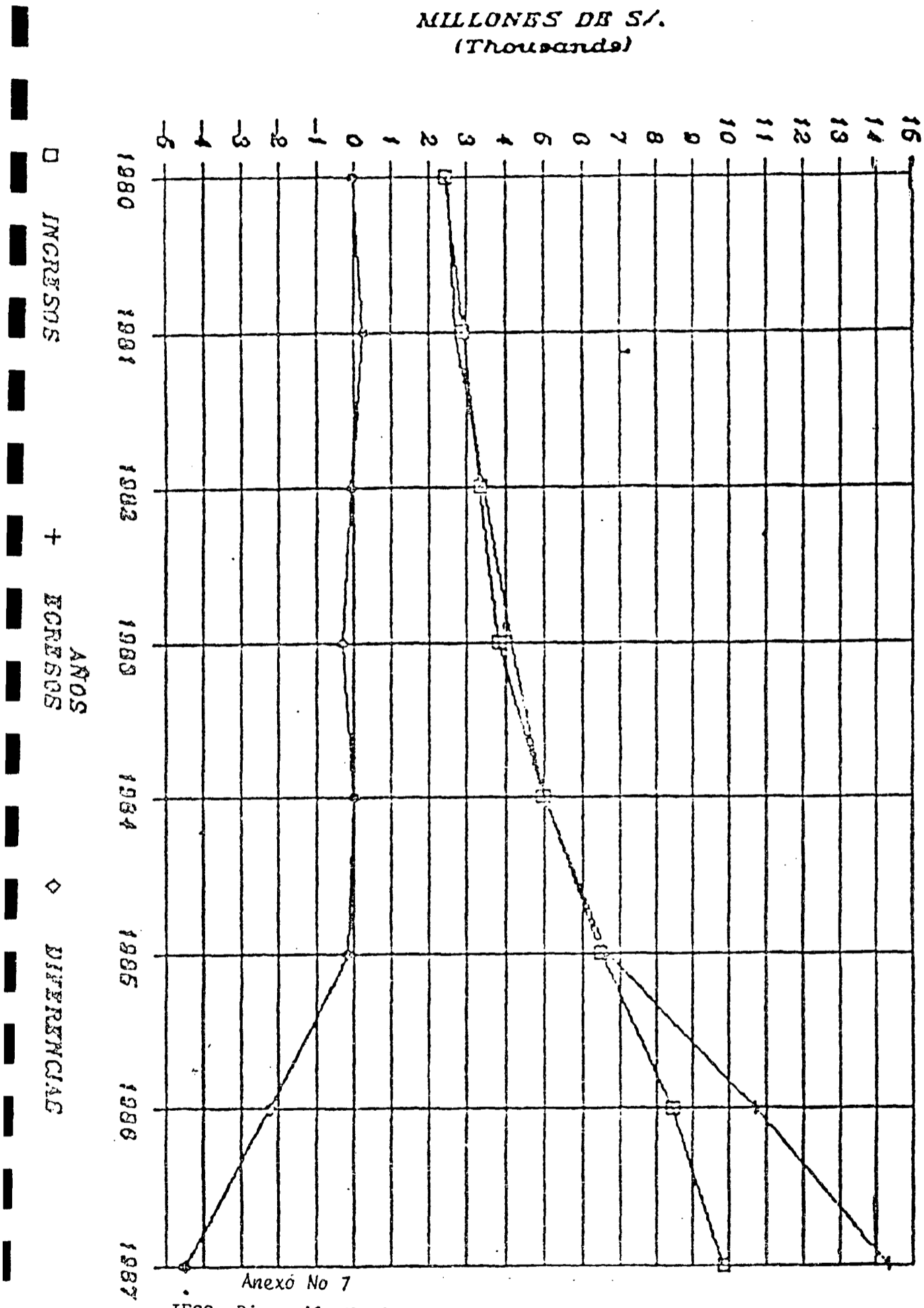


□ INGRESOS
 + GASTOS + INTERESES
 ◆ DIFERENCIAL

EVOLUCION DE LA PRESTACION MEDICA

Millones de Suces

MILLONES DE S/.
(Thousands)



Anexo No 7
IESS. Dirección Nacional Económica

Anexo No. 8

CONDICIONES FINANCIERAS EN LAS QUE SE CONTRATARON LAS CONSOLIDACIONES DE DEUDAS DEL ESTADO CON EL I.E.S.S.

No.	FECHA SUSCRIPC.	No. BOLETIN	VALOR TOTAL CONSOLIDACION	PLAZO DE AÑOS	A FE.1 FE.2	TASA INTER.SEMEST.	No.DIV. DIV.ANUAL	CONCEPTOS NEGOCIADOS
1	Set/1964	601709	169,035,076.89	25	Jun/66 Dic/90	7.00%	50	8.7 Renovaciones
2	Nov/1966	145652	195,415,427.21	20	Jun/67 Dic/86	7.00%	40	1.3 Obligac.Caja Pensiones
3	Nov/1966	145653	110,498,157.44	20	Jun/68 Dic/86	7.00%	38	10.6 Pensiones 40% 1958/64
4	Dic/1969	168595	862,123,320.61	20	Jun/71 Dic/88	7.00%	36	29.2 Periodo: 1965/67
5	Dic/1970	132644	652,590,405.21	20	Dic/71 Jun/90	7.00%	38	25.2 Periodo: 1968/69
6	May/1972	192333	106,687,549.64	20	Dic/72 Jun/92	7.00%	40	5.0 FF.CC. 1970
7	Dic/1973	155690	1,004,659,876.68	19	Jun/74 Dic/92	7.00%	38	Periodo: 1970/71
8	Dic/1976	189037	2,026,490,940.69	20	Jun/76 Dic/96	7.00%	40	Periodo: 1972/74
9	Dic/1977	149231	3,656,342,008.82	20	Dic/79 Jun/99	7.00%	40	133.2 Periodo: 1975/76
10	Dic/1984	147207	22,702,522,209.06	15	Jun/87 Dic/99	15.00%	30	1,623.5 Periodo: 1977/83
11	Dic/1985	143105	6,829,385,441.36	15	Dic/87 Jun/00	18.00%	30	324.6 Periodo: 1983/84
			38,314,750,413.61					

NOTAS: I Renovaciones de Consolidaciones de la de Pensiones: Años:1956/1963

II Dividendos anuales variables

** Están pendientes de pago las obligaciones del Estado por el período 1984-1988



ILPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

LA POLITICA DE VIVIENDA EN CONTEXTO DE CRISIS

Arq. Teodoro Peña Carrasco

Este documento ha sido elaborado con el aporte de los integrantes del taller sobre Vivienda, señores

- Rafael Arizaga
- Diego Carrión
- Guido Díaz
- Jaime Idrovo
- Alfredo Maldonado
- Alfredo Mancero
- José Ordóñez
- Silvana Ruiz

" LA POLITICA DE VIVIENDA EN CONTEXTO DE CRISIS "

1. Objetivo central.

La intención central que este trabajo conlleva, es plantear un nuevo enfoque de las políticas habitacionales orientadas a la atención de las mayorías poblacionales, teniendo en cuenta la aguda crisis que afecta al país y recogiendo las experiencias adquiridas sobre diferentes alternativas para enfrentar el problema, partiendo de un diagnóstico más objetivo y concreto sobre la situación de la vivienda popular en el Ecuador.

2. Crisis y vivienda.

Los próximos años, debido a la persistencia de la crisis, serán especialmente difíciles para los países del Tercer Mundo (PTM) y particularmente nuestro país sufrirá los efectos de la des - preocupación vivida en los últimos años por los aspectos sociales a pretexto de construir un mercado liberal.

En el corto plazo el panorama es poco alentador, el crecimiento del Producto Interno Bruto será negativo o insignificante, exist_{ir}án enormes problemas que se deben enfrentar por el peso de la deuda externa y por el desbalance comercial; la iliquidez de divisas para importaciones de bienes y servicios para la producción y la poca solvencia económica de las entidades vivien - distas harán que las disponibilidades para inversiones sean cada vez menores.

El impacto de este lento crecimiento económico en el desarrollo de la zona urbana, acentuará el desconcierto sobre determinados efectos como: los altos niveles de desempleo real y disimulado, la continuación de la migración rural, el crecimiento del sec - tos urbano que será superior al 50% del crecimiento poblacional,

la concentración poblacional en condiciones de pobreza crítica en las ciudades principales, la ampliación del sector informal que podría llevar a una saturación de su mercado. La mayor parte de la presión para la vivienda será para hogares de recursos bajos y moderados, con una ilimitada capacidad de pagar la vivienda y servicios.

La necesidad de vivienda para los pobres será todavía más importante, ya que muchos la usarán como lugares de trabajo para la producción de bienes y servicios de baja escala para completar sus ingresos.

Por otra parte en la mayoría de las ciudades la tierra periférica o abandonada se ha convertido en la fuente de acumulación de capital para diversos grupos sociales. Esto se debe a que hay pocas oportunidades de inversión segura y a prueba de inflación. Este acaparamiento de tierras limita drásticamente las disponibilidades para uso en vivienda, comercio, industrias u otras actividades.

Sin embargo el gran número de gente que vive en situaciones extremas de hacinamiento se incrementará; la mayoría de las urbanizaciones espontáneas no tienen los servicios básicos y los establecimientos de educación y salud están fuera del alcance de sus pobladores.

Una reforma efectiva de las políticas de asentamientos y vivienda bajo estas condiciones no será fácil. Una complicación adicional constituye la diversificación y ampliación de las metas de desarrollo: el crecimiento y la industrialización, de los 50s, seguirán siendo preocupaciones primordiales, adicionalmente en los años siguientes, los temas de desarrollo rural, tecnología apropiada, cambios institucionales, redistribución, estabilidad social y consolidación democrática han adquirido igual importancia. Armonizar racionalmente éstas metas es a menudo desconcertantes.

3. Experiencias del pasado.

Uno de los mayores y patéticos resultados de los grandes esfuerzos que con importantes recursos se destinaron a planes y programas de vivienda, es que no han sido suficientes y adecuados para superar las grandes dimensiones del déficit habitacional, por una parte, y por otra la imagen de modernización y progreso de las grandes ciudades se ha ido deteriorando hasta identificarse con un crecimiento caótico y con la disminución de la calidad de vida a niveles extremos.

La respuesta más difundida, (en los PTM) a estas situaciones fue la planificación "macro-espacial", tratando el problema a nivel nacional y no únicamente el ordenamiento de las ciudades; las estrategias que se plantearon, tales como la determinación y desarrollo de "polos de crecimiento", y la creación de "ciudades satélites", etc.... buscaban reformar las fuerzas socio-económicas de la misma manera como estas afectan las formas espaciales, para lo cual se propusieron algunas medidas similares, como el fomento de procesos de industrialización, el aprovechamiento de las ventajas regionales y la desconcentración de las decisiones centrales y sectoriales que le dan forma a la inversión pública y privada.

En el caso ecuatoriano en los esfuerzos que se realizaron en esta dirección, dichas estrategias fueron difíciles de llevar a cabo por diversas razones, en todo caso no fueron suficientemente eficaces para reorientar las poderosas tendencias del mercado masivo y de escala que genera la concentración urbana. Es más las ciudades mayores, por lo general, absorben una cantidad significativa de subsidios a costo de otras ciudades y regiones, perpetúan desfases en las políticas de desarrollo que distorsionan la adjudicación de recursos generando como consecuencia mayores atractivos que provocan, a su vez, mayor migración a éstas mismas ciudades

4. Concepto que se re-evalúan.

Algunas ideas que hoy persisten en ésta materia, han demostrado únicamente grandes simplificaciones para ocultar intereses ajenos al objetivo de dotar de vivienda a las mayorías nacionales; tal es el caso de criterios como: "la vivienda es un gasto social y no una inversión productiva"; "la elevación de normas mejorarían la calidad de la vivienda"; "la construcción masiva de viviendas es la mejor manera de rectificar las fallas del mercado"; "los tugurios son una plaga y un fracaso que se debe erradicar"; la centralización administrativa haría más eficientes los recursos destinados a vivienda; etc., etc., etc...sin embargo, se están replanteando y revisando estos conceptos, por lo que conviene comentarlos.

4.1. Vivienda y productividad.

En la actualidad numerosos economistas están cambiando su posición al aceptar que las inversiones en vivienda popular demanda menos divisas extranjeras y menos trabajo especializado. frente a la certeza de que los programas de vivienda progresiva con participación de los usuarios, estimulan la creación de trabajos directos e indirectos en los países pobres.

Planteamientos en éste sentido, reconocen que la vivienda es parte esencial de la infraestructura de una sociedad productiva, valoran su potencial en términos de ahorro, inversión e ingresos que generan, aunque la construcción se realicen con materiales rudimentarios; revisan los conceptos inadecuados de la contabilidad nacional, el tratamiento errado de los beneficios, el descuido de los efectos multiplicadores de las inversiones e infraestructuras y obras complementarias, equipamiento del hogar y de las pequeñas empresas que se crean, directa o paralelamente a la construcción de vivienda y de los asentamientos de los pobres.

4.b. Las normas de calidad para la vivienda.

La idea de mejorar la calidad de la vivienda y los asentamientos por encima de las "normas mínimas" es una aspiración de todos los planes de vivienda, sin embargo el problema radica en que las normas no son escogidas con criterios de selectividad técnica y social, sino como reflejo de modos de vida ajenos a nuestra realidad económica y cultural, estableciendo muchas veces, "normas altas" como una evidencia de modernización y progreso o como justificación para reducir costos de mantenimiento, pero en ningún caso considerando las implicaciones que tendrían para las familias de bajos ingresos.

Las normas oficiales son apoyadas por grupos influyentes profesionales, administradores políticos etc. muchos de los cuales se benefician manteniéndolas; los "políticos", por ejemplo, las consideran como un símbolo visible de sus esfuerzos para conceder beneficios a sus electores.

Frecuentemente se olvida o ignora que estas "normas altas", inflan los costos y disminuyen la cantidad de vivienda e infraestructura a producir.

4.c. Asentamientos informales y vivienda.

A pesar de las limitaciones que tienen la mayoría de estas viviendas construidas con materiales rudimentarios, de deshechos, que se localizan en tierras invadidas, en los cerros, en tierras bañadas por las mareas altas, en los basureros o en los límites exteriores de la ciudad, éstas han contribuido a dotar de alojamiento a los pobres.

Sus habitantes, se supone, constituyen un gran número de personas de bajo estrato social y de bajos ingresos que proyectan una imagen de retraso, inestabilidad poblacional, desvalorización de la propiedad y pérdida de control por parte de las autoridades que no pueden operar con las medidas tradicionales para controlar el desarrollo urbano.

Pero en contraste con el "mito de los marginados" que ha guiado muchas de las políticas gubernamentales de los PTM en las últimas décadas, los dueños y arrendatarios de estas viviendas pertenecen a una mezcla de estratos sociales, excluyéndose únicamente la élite de altos ingresos que habita las modernas zonas residenciales. Los habitantes de este tipo de barricadas incluyen trabajadores de grandes empresas y pequeños empresarios, migrantes recientes y aquellos que han vivido en la ciudad muchos años, así como gente de ingresos medios y los pobres.

La impotencia de las autoridades para evitar estos tugurios ha permitido a algunos pobres ser dueños de viviendas de esta especie: viviendas construidas con materiales de deshecho, sin servicios y en las que han puesto los esfuerzos de toda la familia.

A lo largo de los años, la fuerza de la autoconstrucción, produjo una estructura de organización formada por individuos y grupos conectados entre sí, no por leyes escritas, ni sistemas administrativos centrales, sino por interacción mutua y actos colectivos.

4.d. Sobrecentralización administrativa y gobiernos locales débiles.

En gran parte del mundo, las naciones han empezado a rechazar la administración super-centralizada y esto es válido tanto en las economías socialistas como en las mixtas.

Las bases del descontento varían: la crítica más generalizada radica en que la supercentralización crea hipertrofia en el centro y anemia en los bordes.

Otro problema es que generalmente produce burocracias entorpecedoras; por su lentitud para reaccionar y su deseo de mantener el poder, por lo general, frenan más que aceleran el progreso hacia las metas propuestas.

En respuesta a estos bien conocidos peligros de la super -

centralización una creciente preocupación en el mundo en desarrollo ha consistido en cómo estimular más el esfuerzo y las iniciativas regionales; aceptando que la energía popular hasta ahora circunscrita a nivel local, debe ser liberada para general un nuevo impulso en el proceso de desarrollo.

5. Déficit habitacional en el Ecuador.

La determinación del déficit habitacional se puede abordar desde diferentes categorías inherentes al conjunto de necesidades insatisfechas de la población en materia habitacional, en un época y en un territorio determinado y realizar correspondientes proyecciones a futuro, pero para objeto del presente trabajo las limitaremos a los siguientes parámetros:

- a. Déficit absoluto acumulado en el tiempo y de incremento anual, por sectores y localizaciones geográficas, por residencia habitual y por la tendencia de la propiedad para vivienda.
- b. Déficit relativos a las condiciones de habitabilidad infraestructura y redes domiciliarias de servicios básicos, grado de hacinamiento, condiciones y estado físico de la construcción.
- c. Déficit de producción de las diversas entidades y sectores involucrados en la problemática habitacional, y;
- d. Déficit financiero del estado, gobierno, sector privado y capacidad de pago de los usuarios. Los diversos aspectos se analizan por separado; sin embargo, la comprensión integral del mismo sólo se logrará de la relación analítica de estos aspectos como elementos complementarios y como factores de mutua casualidad; por propuesta en este sentido se presenta de este capítulo.

Para la presentación y explicación del déficit, se ha considerado la información censal de los años 1962, 1974 y 1982, conjuntamente con los informes anuales de las instituciones en los mismos períodos, informes que complementados con las tendencias respectivas facilitaron proyecciones para 1987.

Para la calificación se adoptaron normas y criterios convencionales, aplicables al caso ecuatoriano, que permitan homologar el tratamiento estadístico y procesar analíticamente su información.

6.

6.1 Los datos generales sobre la población y vivienda que proporcionan los censos de los años de 1962, 1974 y 1982, se puede deducir que el crecimiento de vivienda es mayor que el crecimiento poblacional, lo que significa que no se produce déficit cuantitativo de vivienda por el crecimiento poblacional, y además que el número de personas que habita cada vivienda se ha reducido como puede verse en siguiente resumen:

POBLACION Y VIVIENDA TOTALES					
(en miles de personas y vivienda)					
	1962	% Crec.	1974	%Crec.	1982
Población	4'566	3.00	6'522	2.70	8'066
Vivienda	865	3.04	1'240	3.46	1'651
#pers/viv.	5'28		5.22		4.88

Fuente: INEC-CENSOS. Elaboración propia

La población urbana aumentó hasta representar el 49% y la rural disminuyó porcentualmente hasta el 51%, pero las viviendas de ambos sectores se incrementaron en proporción al crecimiento poblacional igualando el número de personas por vivienda (4.85 y 4.89)

POBLACION Y VIVIENDA POR ZONAS URBANA Y RURAL
(en miles de personas y viviendas)

	CENSOS					
	1962	%	1974	%	1982	%
POBLACION URBANA	1'619	35	2'699	42	3'968	49.2
VIVIENDA URBANA	295	35	507	41	817	49.5
POBLACION RURAL	2'863	65	3'823	58	4'092	50.8
VIVIENDA RURAL	570	66	742	59	834	50.5
VIV. URBANA DESOCUPADA			20	3.8	36	4.4
VIV. RURAL DESOCUPADA			104	12.3	158	18.9

FUENTE: CENSOS,- Elaboración Propia.

Es notorio el incremento de las casas desocupadas, en la zona rural aumentan alrededor de 7.000 viviendas anuales y en la zona urbana alrededor de 2.000 lo que podría explicarse hipotéticamente por el deterioro de las mismas, pues si consideramos el 1.5% índice aceptado internacionalmente, como deterioro anual de viviendas, estas sumarían alrededor de 24.000 anuales en el último período censal

Sin embargo se debe notar, que el total de viviendas desocupadas, 194.162 en 1982, significa el 11.8% del inventario nacional y en la zona rural el 18.9% del inventario rural.

6.2 En la zona urbana del país de la que se tiene información censal, en 1982, considerando el número de viviendas existentes y la población de residencia habitual, en 16 provincias se presenta un déficit cuantitativo equivalente a --- 128.025 viviendas, destacándose por su magnitud las siguientes provincias.

PROVINCIA	Nº VIVIENDAS	%NIVEL URB. NAC.
MANABI	38.947	30.4
LOJA	14.251	11.1
COTOPAXI	13.953	10,9
GUAYAS	11.021	8.6
OTRAS	49.853	39,0
TOTAL:	128.025	100

Sin embargo si comparamos con la cantidad de viviendas necesarias en cada una de las provincias en las que se presenta déficit cuantitativo, la significación porcentual de dicho déficit varía notablemente en las antes mencionadas provincias; para Manabí 40%, Loja 36%, Cotopaxi 35%, superando el tercio de la población provincial sin vivienda; en cambio para Guayas es apenas del 3.5%

6.3. Al examinar la ocupación de vivienda por el tipo de tenencia, así mismo en los diferentes momentos censales y considerando como déficit a las viviendas arrendadas, gratuitas y por servicios, se presentan las siguientes magnitudes

VIVIENDAS ARRENDADAS, GRATUITAS Y POR SERVICIOS
(en miles de viviendas)

	C E N S O S					
	1962	% Sector	1974	% Sector	1982	% Sector
NACIONAL	338	39	438	37	525	33
URBANO	193	66	287	59	376	48
RURAL	145	25	150	21	149	19

FUENTE: INEC-CENSOS.- Elaboración propia.

En 1982, 1/3 de la población nacional, la mitad de la población urbana y el 1/5 de la rural viven en viviendas que no son propias.

6.4 Condiciones de habitabilidad.

Las condiciones de habitabilidad en las viviendas se determinan según la disponibilidad o no de infraestructuras: conjunto de redes básicas, dotación de agua y energía eléctrica y evacuación de aguas y desechos; del espacio adecuado por habitante o el grado de hacinamiento y del estado físico constructivo de las viviendas, los mismos que examinaremos según los datos censales existentes.

Servicios.-

Los resultados definitivos de los censos de 1974 y 1982, establecían la existencia de viviendas sin ningún servicio en el orden del 51.5% y 33.3% respectivamente; y con todos los

servicios: agua, electricidad, evacuación de desechos, el 27% y 31% y con algún servicio las restantes

En la zona rural las viviendas sin ningún servicio representaba el 48.4% en 1974; el 31% en 1982 y en la zona urbana, 3.1% en 1974 y 2.3% en 1982, lo cual demuestra el grave abandono al sector rural en materia de servicios básicos.

Abastecimientos de agua.-

En lo que se refiere al abastecimiento de agua por red pública, carecen de este servicio fundamental el 48.2% de la población total en 1982; 20% de los que viven en las ciudades y 76.2% de los que viven en el campo.

Si comparamos con 1962 y 1974 se advierte un empeoramiento en las ciudades (del 88% al 86%) y mejoramiento en el campo del 12.6 al 18% de vivienda con abastecimiento de agua. Esta situación se debe al incremento de la población urbana que, a pesar de constituir conglomerados de más fácil atención que la población rural dispersa, los servicios públicos no se incrementan al mismo ritmo.

Servicio de energía eléctrica.

Este aspecto presenta una disminución significativa del déficit en términos porcentuales, comparado los tres últimos años censados 1962, 1974 y 1982; 67.7% y 58.8% y 37.9% respectivamente a nivel nacional.

Con respecto a su propia zona los porcentajes de vivienda que carecen de servicio eléctrico serían: Urbana 21.5, 16.4 y 9; rural: 91.5, 88.3, 68, en los mismos años.

Servicio higiénico (escusado).-

La disponibilidad del servicio higiénico privado o de uso común dentro del edificio se incrementó significativamente entre los períodos censales: en 1962 disponían el 33% de

las viviendas y en 1982 el 59%, al observar por zonas esta situación varía como se aprecia a continuación:

CENSOS	URBANA	RURAL
1962	79%	8%
1974	83%	13%
1982	90%	29%

Eliminación de aguas servidas.-

El sistema de eliminación de aguas servidas es más importante en la zona urbana, la cual según los censos de 1974 y 1982 es deficitario en 19.5% y 17.7% respectivamente. A nivel nacional el 61.9% en 1974 y el 51.7% en 1982 por influencia de la zona rural que cuantitativamente es altamente deficitaria 91% en 1974 y 84.6% en 1982.

6.5. Hacinamiento

Uno de los aspectos de mayor incidencia en el déficit habitacional tanto cualitativamente como cuantitativamente, es el hacinamiento o falta de espacio adecuado de alojamiento por habitante, que se ha determinado por la ocupación de más de tres personas por cuarto, sin contar la cocina, baño y pasillo como se aprecia en el siguiente cuadro.

VIVIENDA CON HACINAMIENTO (en miles)

CENSOS	NACIONAL	%	URBANO	%	RURAL	%
1962	312	37	87	11	225	26
1974	385	32	122	10	263	22
1982	347	22	124	8	223	14

En 1982 el déficit relativo disminuye de manera importante a nivel nacional, sin embargo en términos absolutos se mantienen aproximadamente las cantidades,

Estado físico y constructivo.-

Por otra parte, analizando el tipo de material predominante en techo, paredes y piso, se puede establecer, de manera genérica, las necesidades de mejoramiento en la construcción; según los censos de 1974 y 1982; 489 mil viviendas, el 41% en 1974 y 321 mil el 20.4% en 1982, de las viviendas existentes requerían de complementación o mejoramiento de las condiciones de la construcción.

6.6. Relación analítica de los déficits.

El déficit cuantitativo se presenta en 16 provincias del país, con 128 mil viviendas, en 1982

Por hacinamiento se requiere ampliar el alojamiento en 171 mil cuartos en las zonas urbanas y 280 mil cuartos en la zona rural,

En la zona urbana es posible que, el hacinamiento se dé en la vivienda arrendada que representa el 47,7% de las viviendas urbanas.

De este análisis se desprende que se necesitan 150.000 viviendas urbanas nuevas y 30.000 rurales, si no se reforma el régimen de tenencia de la vivienda.

En cuanto a los servicios: 759.500 viviendas, el 48.2% no tiene agua de red pública.

No disponen de servicio eléctrico 598.002 viviendas.

En lo relacionado a la eliminación de aguas servidas, ---- 148.880 viviendas en la zona urbana y 666.896 viviendas, en la zona rural no dispone de ningún sistema.

Por las condiciones constructivas se requiere de mejoramiento al año 1982, 321,000 Viviendas, el 20.4% de las existentes.

6.7. Resúmen de los requerimientos habitacionales a 1982

De la descripción y análisis de los datos censales se puede deducir que para 1982 los requerimientos en materia habitacional en relación a los aspectos estudiados sería a - proximadamente así:

Por insuficiente cantidad de vivienda,

- En la residencia habitual . 128.000 Viv. nuevas
- Por hacinamiento en vivienda arrendada 180.000 Viv. nuevas
- Por hacinamiento en vivienda propia 250.000 Cuartos(dornt)
- Por incremento poblacional 56.000 Vivi. anuales
- Por mal estado de construcc, 322.000 Mejoran/Viv.

Por falta de servicios

- Agua Potable 760.000 Instalada/domc.
- Electricidad 622.000 Instalada/domc.
- Eliminación aguas serv. 641.000 Servicios

6.8. Asentamientos.-

Otro aspecto importante en el tema que abordamos es el proceso urbanización progresiva que en el Ecuador se concen - tra en dos ciudades principales Quito y Guayaquil, sin em - bargo en los años 50s éstas solamente representaban el - 15% de la población, el país era eminentemente rural.

Evidentemente la causa fundamental para el rápido creci - miento urbano se origina en las migraciones, para 1975 un 43% de los pobladores de Quito y un tercio de Guayaquil e ran inmigrantes, la expulsión de población de campo es un efecto más de la crisis agrícola, cacaotera, bananera, e incluso de ciertas secuelas negativas de la reforma agra - ría.

La primera consecuencia de esta polaridad urbana es el in - cremento de la demanda de vivienda y de los servicios co - rrespondientes; la respuesta inmediata especialmente en

los inicios del petrolerismo, fue la construcción de las infraestructuras primero en Quito y luego más lentamente en Guayaquil, con la consiguiente concentración de recursos fiscales para estas dos ciudades, en detrimento de las 20 ciudades intermedias, que para 1974 ya pasaban de 20.000 habitantes cada una y para 1985:14 ciudades promedio los 100,000 habitantes y 8 ciudades pasan de 20,000 La expansión urbana caótica y en condiciones inaceptables de habitabilidad, presentaba una mezcla de culturas urbano-rurales ajenas a las expectativas y costumbres de los inmigrantes, pues estos no participaban, peor intervenían en la definición del hábitat, generando secuelas en la salud, educación, ocupación y desarrollo de la población, Particularidades, cifras y más detalles sobre esta situación exigen una recopilación más detenida de los diferentes estudios, especialmente regionales, que se han realizado en el país a partir de los 80s.

6.9. Viviendas realizadas por el sector no formal.-

Del cuadro que sigue podemos deducir lo que realiza el sector no formal (popular) por comparación con: el número de alojamientos construidos o habilitados anualmente en relación a la demanda nueva; con el número de soluciones habitacionales realizadas por las entidades viviendistas y con el número de viviendas realizadas por la empresa privada o de los sectores con recursos propios con permiso de construcción,

De este análisis se establece por una parte, que se cubre la demanda nueva, aspecto comprobable además por la tendencia del incremento de viviendas señaladas en el análisis de los censos, aunque con serios problemas en la calidad de las condiciones habitacionales, por otra, la importancia de la acción popular en materia habitacional, que si bien no resuelve los problemas en las mejores condiciones habitacionales, tampoco dispone de fuentes de recursos fi-

DOTACION DE VIVIENDAS REALIZADAS POR EL SECTOR NO FORMAL

VIVIENDA O ALOJAMIENTO HABITACIONAL POR SECTOR

	1982	%	1983	%	1984	%	1985	%	1986	%	
DEMANDA NUEVA	590.000	100	60.200	100	61.200	100	63.000	100	64.500	100	
<p>2 Promed. 74-82 Viv. % Viv. % Viv. % Viv. %</p>											
I.E.S.S	18	7.186	12.2	9.681	16.0	13.537	22.0	12.794	20.3	12.346	19.1
JNV/BEV*	17	8.084	13.7	6.000	10.0	15.000	24.4	13.000	20.6	10.245	15.9
MUTUALISMO	1.70	1.644	2.8	1.575	2.6	1.101	1.8	1.005	1.8	1.600	2.5
EMPRESA PRIV.											
(SECT. FORMAL)	11.0	5.285	8.9	3.644	6.1	8.655	14.0	8.001	12.77**	8.009**	12.4
SUBTOTAL:	47.70	22.200	37.6	20.900	34.7	38.300	62.2	34.800	55.2	32.200	49.9
SECT. NO FORMAL	52.30	36.800	62.3	39.300	65.3	23.300	37.8	28.300	44.8	32.300	50.1

* JNV/BEV (sólo viviendas nuevas sin préstamos para mejoramiento)

** Cantidades estimadas por la tendencia.

nancieros, y técnicos, organizativos y de servicios adecuados.

Sin embargo el sector no formal interviene en los últimos cinco años con un promedio de 52,3% de las soluciones habitacionales, tres veces más que la JNV/BEV o el I.E.S.S y cuatro veces más que la empresa privada y el mutualismo juntos.

7. Proyección del déficit a 1987.

La población en 1987 se estima en 10'026.000 habitantes considerando el 2,9% de crecimiento anual según proyecciones del INEC la población urbana representó el 53% y rural 47%.

De acuerdo a la dinámica de agrupamiento poblacional el incremento anual de nuevos hogares entre 1983 y 1987 fue de 62.400 : --- 33.000 viviendas en la zona urbana y 29.400 en la rural. Si consideramos las construcciones realizadas por las entidades vivendistas y la empresa privada que totaliza 32.400 viviendas que significa el 52% , el 48% representa lo que fue cubierto por el sector informal que adecua su vivienda en condiciones precarias.

Es importante señalar que el incremento sustancial de la participación del I.E.S.S. y la JNV/BEV entre los años 1980 - 1984 que promedian 7.803 y 9.722 viviendas anuales respectivamente , frente al período 1975 - 1979 cuyo promedio fue de 3.770 I.E.S.S y 4.075 JNV/BEV viviendas anuales.

Es también notorio que las cantidades de viviendas realizadas en el año de 1984; 13.537 el I.E.S.S y 21.000 JNV/BEV, superan el promedio de los dos últimos años 1985 y 1986, 12.570 el I.E.S.S y 13.400 JNV/BEV viviendas anuales respectivamente, debido a la inclusión de nuevas políticas como vivienda progresiva y préstamos de mejoramiento de vivienda.

Uno de los servicios como el eléctrico, podría esperarse un incre-

mento importante a 1987 dado el gran impulso en la comunicación de grandes centrales hidroeléctricas pero según las estadísticas del boletín N° 22 de INECEL; para el año 1987, la población servida llegaba a 6'308,382 habitantes, lo cual permite concluir que el 37% de la población carece de este servicio, déficit semejante (37.9) al establecido en 1982.

En lo referente a los servicio de agua potable, alcantarillado y letrinas, según el informe estadístico del IEOS de 1987 se puede establecer el siguiente cuadro deficitario:

	AGUA POTABLE		ALCANTAR, O LETRINA	
	1982	1987	1982	1987
% TOTAL	49.6	41.7	54.0	42.6
% URBANA	21.3	18.7	27.0	21.3
% RURAL	77.1	67.5	80.0	66.3

La superación del déficit, en los últimos 5 años de agua potable en la zona urbana es de solamente 0.5% lo que significa, de seguir este ritmo que se necesitarían 37 años y en la zona rural 67 años. Siendo la situación del servicio de eliminación de aguas servidas muy semejante en la zona rural.

8. Síntesis de las políticas habitacionales de las entidades públicas de vivienda.

La creación del Banco Ecuatoriano de la Vivienda, en el año de 1963, significó ciertamente la primera acción política para encarar el problema habitacional en forma sistemática, puesto que si bien las instituciones de Seguridad Social desde 1942 construyeron viviendas en Quito y Guayaquil con una inversión aproximada de S/. 253'129.000, que a su vez se tradujo en 4,024 (*) viviendas, éstas fueron dedicadas en sumayoría a la clase media ,

por la vivienda popular, aunque du ptopia estructura bancaria le levó a tornarse en un constructor de vivienda para la clase me - dia, puesto que este grupo social cuenta con mayores posibilida - dea para pagar un crédito.

Al inicio de la década de los sesenta, paralelamente al nacimien - to del BEV, se gestaron las primeras mutualistas. Para noviembre de 1961 inició sus actividades la Mutualista Pichincha, cuyo ám - bito de acción será el de tres provincias: Pichincha, Cotopaxi y Los Ríos; posteriormente, en 1963 aparecieron las mutualistas Previsión, Guayaquil y Benalcázar, creándose también mutualistas Ambato y Vargas Torres en Tungurahua y Esmeraldas respectivamen - te. De igual manera, en Cuenca, apareció la mutualista Azuay y la Imbabura en Ibarra. En los siguientes años, y hasta 1972, se crearon la mutualista Chimborazo, la Manabí y el Oro, cuyo des - pliegue vivierendista obviamente estuvo destinado hacia personas cuya capacidad de crédito les permitiera pagar un préstamo. No hay que olvidar que en el programa de la Alianza para el Progre - so, las asociaciones de ahorro y préstamos debían ser fuentes de financiamiento para la clase media, orientación que se mantiene hasta la presente fecha.

Junta Nacional de la Vivienda.-

La creación de la Junta Nacional de la Vivienda en 1973, consti - tuyó a no dudarlo, la ruptura del fuerte tabú que había consti - tuido la intervención del Estado en un sector vivienda, aunque lejos de ser entidad apropiada para llevar adelante la ejecución masiva de programas de vivienda popular y peor aún de constitu - irse en el organismo rector de una política integrada de asenta - mientos humanos, muchas áreas quedaban fuera de su control y sus fundadores no decidieron concretar medidas cuando menos, realti - vas al Desarrollo Urbano y la idea incial sobre la

La JNV se convirtió en el ejecutar técnico de la vivienda y BEV

la JNV para definir una política social, administrativa y financiera, dejando entonces sus enfoques sujetos a la línea que imprime sus directivos, como podría verse de un simple análisis de las tres etapas que ha pasado la entidad: a.) dictaduras 1973 - 1979; b.) "Gobierno democrático" 80 - 84 y c.) "Gobierno reconstructor" 84 - 88

Una evaluación, no publicada, del período 1973 - 77 anota que "En cuanto se refiere a la elevación del nivel habitacional el objetivo fue cumplido razonablemente", cita 175.000 nuevas viviendas, las estadísticas de la JNV/BEV señalan 22.669 viviendas "No obstante este beneficio no cubre a los sectores de bajos ingresos el sector encontró serias dificultades que se tradujeron en aumento incontrolado e injustificado de la densidad y ocupación de áreas residenciales y costos de producción y venta de sólo al alcance de los estratos de ingresos medios y altos"

Efectivamente el costo promedio, referido a SMV, en las tres etapas demuestran los diferentes enfoques que tuvieron la JNV y BEV En 1973 - 1979 representan 135 SMV

1980 - 1984	64 SMV
1985 - 1988	110 SMV

Se hace notorio que la introducción de políticas sociales en --- 1980 - 84, tales como conceptos de vivienda básica progresiva, mejoramiento de vivienda urbana y la participación directa de los usuarios redujeron los costos por unidad a mínimos de 7.1SMV en 1983 (Plan Nacional de Reconstrucción de vivienda 3.019 soluciones en 7 provincias).

A partir de agosto de 1984, el plan techo plantea el programa habitacionales en base a construcciones nuevas, totalmente terminadas; además de acciones mediante constructores privados y empresarios, desterrando la posibilidad de la autoconstrucción en

9. Conclusiones.

- 9.1. El déficit de viviendas que se podría presentar por crecimiento poblacional a nivel nacional, ha sido cubierto, por adecuación de vivienda, en más del 50% a cargo del sector no formal, sin condiciones aceptables de habitabilidad y sin apoyo de ninguna naturaleza por parte del estado. El otro 50 % lo cubre la empresa privada (11%) y las entidades públicas (37.7%) JNV/BEV y SME.
- 9.2. Existe déficit cuantitativo en la mayoría de ciudades especialmente pequeñas y medianas, en relación con la residencia habitual de la población por 128.025 unidades. La distribución de recursos es desigual preferenciándose a las dos ciudades principales a costa de ciudades medianas y asentamientos rurales dispersos y aisladas lo cual además genera mayor migración campo - ciudad, originando paulativamente un mayor deterioro de las áreas rurales.
- 9.3. Los problemas más acuciantes son la falta de servicios básicos como el agua (48.2%), electricidad (37.7%) y evacuación de aguas servidas (51.7%), hacinamiento(22%) y deficiencias de construcción (41.%), problemas que se reflejan de manera mucho más notoria en el área rural.
El número de viviendas inadecuadas por falta de servicios supera en ocho veces el déficit cuantitativo en relación a la residencia habitual.
- 9.4. En lo que atiende a la tendencia de la vivienda es importante anotar que 1/3 de la población no tiene vivienda propia y que dos de cada tres familiar tiene más de una casa en propiedad. Por otra parte es notorio el alto porcentaje de abandono de viviendas, 11.8% en las ciudades y 18.9%

- 9.5. La capacidad del sector informal demostrada en la habilitación progresiva de sus viviendas, podría canalizarse , con el apoyo institucional del estado, hacia la construcción masiva, a través del asesoramiento organizativo, técnico y financiero, con resultados más rentables no solamente en los aspectos sociales sino también en los económicos y en los efectos que generan en el trabajo en la calidad de vida de los usuarios y vecinos.

Con la inversión de una vivienda nueva pueden adecuarse tres y más viviendas populares, realizada con materiales locales, mano de obra apropiada y menos inversión de divisas

- 9.6. Los costos de las viviendas de "interés social", superiores a 75 smv, no están al alcance de la población que gana por debajo de tres smv, es decir de más del 50% de esta.
- 9.7. Algunas medidas políticas sobre vivienda progresiva, lotes con servicios y mejoramiento de vivienda, aplicadas a partir de 1980, permitieron bajar los costos de la vivienda y los montos de los préstamos a menos de 10smv y por ende incorporar a la población que ganan hasta una salario mínimo vital.
- 9.8. Los costos promedios de las viviendas en salarios mínimos vitales (smv) más bajos se presentan en los años 1980 , 1983 y 1984 en la JNV - BEV, llegando a 66 (smv), 27 (smv) y 49 (smv) respectivamente.

El programa de reconstrucción de viviendas destruidas por inundaciones y ejecutado en 1983 para 3.019 viviendas de madera por auto administración, a un costo de S/. 40.000,00 cada uno, equivalente a 7.1 smv, demuestra la viabilidad de soluciones habitacionales para la población de más ba-

- 9.9. Las experiencias de las entidades oficiales con organizaciones sociales en materia de autoadministración y autoconstrucción de viviendas es muy escasa, sin embargo hay diversas experiencias éxitosas en varios países de América Latina.
- 9.10. Las políticas de las entidades oficiales son definidas bajo presión del mercado financiero interno y externo; sujetas a normas de calidad externas a cambiantes enfoques que impiden una constante preferencia por la vivienda auténtica popular.
- 9.11. No hay iniciativa suficiente en el sector oficial, sobre investigación, estudio y aplicación de sistemas y tecnología apropiada para la autoconstrucción masiva que permita aprovechar el enorme potencial del sector no formal.
- 9.12. La descordinación institucional en el sector de los asentamientos humanos y vivienda desminuye la productividas de los esfuerzos y recursos destinados a esta temática, desorienta en la dirección de las políticas centrales de cambio y redistribución y entorpece las acciones locales tanto institucionales como populares en el objetivo de elevar la calidad de vida de los habitantes.
-

SUGERENCIAS SOBRE POLITICAS DE VIVIENDA EN CONTEXTO DE
CRISIS.

En resúmen podemos decir, que las políticas generales de vivienda y Asentamientos Humanos, inspiradas en las reflexiones expuestas y en el consecuente estilo de desarrollo que se proyecta en el país, deben atender fundamentalmente:

1. Al hombre como ser protagónico sujeto de la acción del Estado, incorporando toda su capacidad, creadora y las actitudes positivas de sus organizaciones, especialmente de los sectores populares.
2. La promoción de la solidaridad en toda la comunidad, orientada al logro de la justicia social mediante la participación popular, la redistribución de la riqueza y el mejoramiento de calidad de vida de las mayorías nacionales.
3. Al desarrollo integral y armónico de la población y del territorio, a través de una racional distribución espacial, una adecuada interrelación de los asentamientos humanos con sus áreas y regiones de influencia y un ordenado crecimiento urbano que contemple el control del uso del suelo y el equipamiento básico de acuerdo al rol específico de las ciudades.
4. El problema de las condiciones mínimas de habitabilidad de los pobladores en base a una reconceptualización del problema habitacional, tratando la solución de éste, como un agente multiplicador de las potencialidades socio económicas del país.

Finalmente la estructura institucional tendría que adecuarse, coherentemente a estas consideraciones sobre la política, priorizando las funciones de orientación y coordinación interinstitucional en las áreas de organización y promoción popular y asistencia técnica para las organizaciones autogestionarias de vivienda.

Resultando incuestionable la necesidad de revisar las actuales funciones, especialmente aquellas que coadyuven a la institucionalización de la dirección de las política habitacional para las mayorías populares y, sus incuestionables, también, relaciones con el contexto espacial urbano y poblacional.

No podemos entonces concebir una política que busque solamente enfrentar a la incapacidad del sistema de producir suficientes viviendas, mediante producciones masivas o a escala.

Se trata de generar con mística, entrega y eficiencia, entidades que destaquen la importancia de trabajar en vivienda y producir vivienda por su alto potencial de elevación de niveles de vida y por ser promotoras de múltiples valores que dinamizan el desarrollo personal, familiar y comunitario, valores que pueden ser optimizados a través de programas de organizaciones populares y participación política, y de esta manera, disminuir la tendencia del sector marginal a "incorporarse" a la sociedad de consumo de una manera ingenua y evitar en lo posible, su potencial frustración.

Se trata de comprender que la concentración de "poder hacer vivienda", que tiene el sistema imperante en nuestras sociedades, mediante control de la tierra, de los materiales, de la técnica, del financiamiento, debe ser enfrentado con la creación de un nuevo poder popular, en manos de los "sin techo" que rescate la tierra de la especulación afirmando su inminente función social, elimine la larga cadena de intermediarios que lucran con los materiales de construcción, genere nuevos sistemas financieros, e imagine con gran creatividad la tecnología propia y adecuada

de los planteamientos y diagnósticos presentado es posible sugerir las principales líneas de políticas para enfrentar el problema habitacional en la situación de crisis en que se encuentra el país.

1. Enfocar el problema de la vivienda de manera integral , considerando el papel de los asentamientos humanos en el desarrollo genetal del país, y proponiendo su ordenamiento y relación con las actividades de los sectores público y privado y canalizando esfuerzos de colaboración entre estos, contrarrestar las desigualdades regionales y privilegiar nuevas áreas de desarrollo especialmente vinculadas a estrategias de mejoramiento del sector rural.
 2. Priorizar a cargo del Gobierno Central la coordinación institucional, la elaboración y aplicación de la regulaciones, la instrucción de infraestructuras y el control y distribución de materiales de construcción para los asentamientos y vivienda a nivel nacional. Elevar la productividad de los gobiernos locales en proyectos de vivienda, fortalecer su autoridad y capacidad para reformar los códigos y reglamentos de la construcción, del uso y tenencia de la tierra y mejorar las realciones de cooperación con la comunidad en materia habitacional y proveer a los gobiernos locales para el desarrollo de tierras y servicios básicos para los asentamientos.
 3. Promover la intervención del sector informal, considerando su alto potencial humano, económico y multiplicador del desarrollo en la habilitación progresiva de sus viviendas con el apoyo institucional a través del asesoramiento organizativo técnico y financiero a organizaciones de pobladores para la autoconstrucción masiva
-

de viviendas contando con la cooperación de gobiernos locales, universidades nacionales y agencias internacionales.

4. Incrementar la disponibilidad actual de fondos para viviendas populares generando planes de ahorro obligatorio considerando tasas sobre los sueldos, utilidades de bancos, aseguradoras, urbanizadores, complejos, residenciales de lujo, y aplicar sistemas no convencionales de financiamiento que consideren la intermediación de las propias comunidades beneficiarias en programas de vivienda popular.

5. Incentivar investigaciones y estudios de tecnología apropiada y uso de materiales locales destinados a los asentamientos y vivienda popular, considerando los aspectos sociales y culturales de los sectores poblacionales más pobres y las condiciones ambientales y ecológicas de cada región.

Promover la integración e intercambio de experiencias en materia habitacional especialmente con los países de América Latina, con el objeto de optimizar los recursos y conocimientos locales.



LPES



Seminario Internacional
Nuevas Orientaciones de Políticas Sociales en
América Latina y el Caribe

LA POSTCRISIS: ¿UNA COYUNTURA FAVORABLE PARA LA VIVIENDA
DE LOS MAS POBRES?

Andrés Necochea Vergara

LA POSTCRISIS: ¿UNA COYUNTURA FAVORABLE PARA LA VIVIENDA DE LOS
MAS POBRES? *

1. La coyuntura presente

Tal vez uno de los hechos más significativos ocurridos en América Latina en los últimos años ha sido la intensa crisis económica que se experimentó a comienzos de la década de los ochentas, propulsada por los profundos cambios en los sistemas financieros internacionales como producto de los ajustes de las economías desarrolladas. De una situación en que el financiamiento externo es barato y abundante, con tasas de interés bajas e incluso, en ocasiones, negativas, se pasa a otra en que hay una restricción de financiamiento, con tasas de interés consecuentemente altas debidas a una fuerte limitación de los recursos disponibles en los centros financieros internacionales para los gobiernos y economías subdesarrolladas. El hecho de que las economías latinoamericanas se hubieran readecuado, en mayor o menor medida, a las condiciones imperantes en la década de los años setentas, hace que los efectos de estos ajustes sean devastadores en la mayoría de los casos, especialmente en las economías que mostraban un gran grado de apertura a los mercados internacionales y volúmenes muy altos de endeudamiento externo público y/o privado.

El presente trabajo trata de explorar, sobre la base de la literatura disponible sobre el tema y en términos globales, los efectos que esta crisis ha tenido sobre el sector vivienda en América Latina, ¹ bajo el supuesto de que se están iniciando procesos de ajuste

El presente trabajo constituye una versión abreviada y modificada de un documento más extenso escrito por Andrés Necochea cumpliendo un encargo de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Se agradecen los enriquecedores comentarios de Adolfo Gurrieri, Guillermo Rosemblut y Pablo Trivelli con los que se logró mejorar mucho el documento. Los errores que restan, sin embargo, son de responsabilidad exclusiva del autor.

¹ Es indudable que los países de América Latina no representan una realidad homogénea sino, al contrario, un universo con muchos grados de heterogeneidad dados por su historia reciente, su tamaño, el nivel de desarrollo alcanzado, etc. Sin embargo, haciendo ciertas salvedades, parecen existir patrones de validez más o menos general para el conjunto. Son esos patrones justamente los que aquí se trata de apuntar.

que, debidamente orientados, pueden servir para que las políticas de vivienda canalicen sus estructuras de subsidios a atender preferentemente a los sectores más pobres de la sociedad. Esto significaría una búsqueda conciente de los gobiernos de entender que la solución de la necesidad habitacional es una de las necesidades básicas de la población, junto con nutrición, educación y salud entre otras. Se postula, asimismo, que en América Latina se está produciendo un cambio gradual entre la opción inicial de fuerte restricción de gasto fiscal a una más caracterizada por un incremento y reorientación del mismo.

Esta posición, aparentemente optimista, se debe a que la crisis ha tenido, por lo general, una mayor repercusión sobre los sectores más pobres, expresada ésta en los mayores niveles de desempleo y caída en los salarios reales como producto de la baja generalizada de los niveles de actividad económica en la sociedad; y que frente a esta coyuntura se abren dos opciones extremas: la primera, de fuerte restricción de gasto que tiende sólo a agudizar los efectos negativos en las economías antes descritos, incrementando el tamaño del sector informal, la quiebra de las empresas y el subempleo, entre otros, situación que parece políticamente intolerable en el largo plazo, plazo que ya se está cumpliendo después de varios años de postcrisis. Un segundo camino, de reactivación por la vía de la generación de empleo argumenta en favor de un mayor compromiso del Estado en el sector de la construcción como mecanismo reactivador; esta construcción no necesariamente se refiere a viviendas, pero puede serlo si se toman en consideración su conveniencia en términos de generación real de empleo por unidad invertida -que es mayor en la medida en que la solución por la que se opte sea de más bajo costo- el efecto muy bajo que tiene este tipo de actividad sobre la balanza de pagos al tener una muy baja componente de divisas, la disposición de los organismos financieros internacionales (BID y Banco Mundial) de abrir líneas de crédito para financiamiento de programas de vivienda para sectores de bajos ingresos y, finalmente, los efectos saludables que sobre el escenario político tiene el alivio aunque sea parcial del déficit habitacional.

Es indudable, sin embargo, que el problema habitacional tiene su origen, en gran medida, en la distribución desigual del ingreso familiar en América Latina. De esta manera, políticas orientadas a mejorar su distribución, contribuirán también a aliviar el problema habitacional de la población. Asimismo, éstas tenderán a satisfacer el conjunto de necesidades básicas de los habitantes dado que se incrementarían las capacidades de consumo de los sectores más pobres, capacidad de consumo que normalmente debiera orientarse hacia la satisfacción de sus necesidades más elementales como primera prioridad. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que tales políticas no han sido exitosas en la mayoría de los casos en que explícitamente se ha tratado de aplicarlas, refiriéndose esta situación a condiciones estructurales de la economía, condiciones que se relacionan más bien con la distribución del poder económico y político en la sociedad. Su implementación requiere de cambios es-

estructurales que no se han producido en forma fluida en este conjunto de países.

Estas dos opciones que se abren a los gobiernos latinoamericanos parecen necesariamente excluyentes. La primera, de restricción de gasto público, que según algunos se justifica dados los altos costos que la crisis significa sobre el erario nacional en términos de pago de la deuda misma o, al menos, de los intereses.² La adopción de este camino a comienzos de la crisis significó una disminución real del P.I.B. del orden del 9% entre 1981 y 1985, disminución que en algunos países supera el 20% expresándose en desempleo y condiciones generalizadamente críticas.³ Esta caída real en el nivel de actividad económica permite suponer que esta opción, de mantenerse vigente las políticas de restricción de gasto, significa una caída de los niveles de demanda real - no subsidiada - de vivienda por debajo de sus índices históricos; y, por otra, que el Estado no dispondría de recursos para financiar programas sociales subsidiados de vivienda en forma incremental.⁴

Así, el manejo de la crisis deberá hacerse con otros mecanismos de ajuste, aunque sin incrementar en forma importante el gasto fiscal.⁵ Esto significa que la única opción viable en el mediano y largo plazo sería una de reorientación del gasto, más que una de restricción del mismo.⁶

Esta opción que se abre a las políticas de vivienda asociadas con el gasto público consiste, por consiguiente, en derivar hacia el sector una mayor cantidad de recursos que los historicamente asignados sobre la base de sus implicaciones favorables sobre el empleo, especialmente en el de los de menores niveles relativos de capacitación y educación, como una de las formas de paliar los efectos sociales negativos de la crisis. Esto implicaría un alto nivel de compromiso

² Según von Knebel, "Los países de la Región en 1986 tuvieron que destinar el 35% de sus ingresos provenientes de la exportación de bienes y servicios sólo para el pago de los intereses de la deuda externa" (von Knebel, 1987).

³ Ibid

⁴ Ingram, 1984, muestra claramente este punto.

⁵ Ibid.

⁶ La posición de la Cepal ha sido que la reducción del gasto no se justifica y que la opción abierta es la de reorientar gasto y producción y comprimir la demanda interna como opciones de política frente a la restricción externa. Véase, por ejemplo, Eyzaguirre y Valdivia, 1987 y también, Lagos, 1987.

del Estado en programas de construcción de vivienda popular por las condiciones más arriba mencionadas.

Cabe mencionar, adicionalmente, que el rol que los organismos internacionales de financiamiento, tales como el BID y el Banco Mundial, pueden jugar en esta coyuntura puede ser importante en la medida en que sus recursos se orienten hacia el apoyo de una estrategia de esta naturaleza. El hecho de que la mayoría de los gobiernos estén interesados en obtener divisas para el pago de sus compromisos externos, hace atractivo recurrir a ellos a fin de obtenerlas y, de paso, reorientar el gasto fiscal a la solución de los problemas de los sectores más pobres. En la medida en que esto sea comprendido y, al parecer habría una creciente tendencia a pensar el tema en esos términos (Buckley y Renaud, 1988), su rol puede pasar a ser cada vez más protagónico en esta coyuntura.

La reorientación del gasto público hacia la satisfacción prioritaria de las necesidades básicas de la población significa un sacrificio de los aportes que el Estado ha venido haciendo tradicionalmente a los sectores altos y medios altos de la sociedad en el gasto social (Rodríguez, 1985). Esto es y ha sido particularmente cierto en el caso de las políticas habitacionales. No es impensable, sin embargo, que el espacio que el Estado abandona en su readecuación sea cubierto por otros sectores privados de financiamiento dado que, la inversión inmobiliaria aparece como particularmente atractiva en este contexto (Buckley y Renaud, 1988).⁷ Esta readecuación, sin embargo, no se producirá en forma automática ya que estos sectores, que tienen acceso muy directo al poder, no van a ceder sin oponer resistencia sus tradicionales regalías de acceso a los recursos públicos para subsidiar sus necesidades.

Finalmente, vale la pena cerrar esta introducción destacando el hecho de que después de un período relativamente escaso de publicaciones sobre vivienda popular en América Latina se muestra un renovado interés en el tema.⁸

⁷ Estos autores muestran que como inversión para el sector privado, la inversión en vivienda para estratos medios y altos es de las más rentables y seguras dado el alto valor residual de las mismas, al carácter relativamente estable de su precio y a la valorización que experimentan por la apreciación del mercado de suelos.

⁸ En la década de los años setentas hay una tendencia a desplazar de las publicaciones especializadas el tema de la vivienda popular en América Latina. Se mantienen las publicaciones de conjuntos habitacionales desde una perspectiva de arquitectura, especialmente los que se construyen para satisfacer las necesidades de vivienda de los estratos medios y altos. La autoconstrucción y la producción informal de vivienda, que tuvieron mucha

En efecto, desde una perspectiva de reformulación de políticas, en el Brasil se reestructura en su totalidad el Banco Nacional de la Vivienda, la institución de mayor envergadura en el Continente, luego de una fuerte crítica al rol regresivo que su inversión había tenido. En México el FONHAPO modifica sus mecanismos financieros en función de las necesidades de los sectores de menor capacidad de pago, adecuando los pagos a las capacidades reales de la población en términos de salarios mínimos y su evolución (Huelsz, 1987). En Chile se revisa, a partir de 1985, la orientación del gasto en vivienda derivando una cantidad significativamente mayor a subsidiar las necesidades habitacionales de los sectores de pobreza extrema. En Costa Rica, se restudia un plan de vivienda basado fuertemente en la capacidad de captación de recursos externos provenientes de las agencias internacionales de financiamiento conjuntamente con el advenimiento del actual régimen.

Desde una perspectiva de la producción académica, el tema es retomado en diversas publicaciones latinoamericanas, especialmente las que se relacionan mayoritariamente con la producción de las organizaciones no gubernamentales de asistencia técnica a pobladores. El tono dista mucho de tener el pesimismo estructural de los años sesentas, reemplazándose por otro más optimista en relación a las perspectivas de solución de los problemas de vivienda de los sectores más pobres. Finalmente, parece necesario agregar que no sólo se retoma el tema, sino que el número de artículos y publicaciones sobre vivienda económica aumenta considerablemente, especialmente en el seno del Año Internacional de los Sin Casa, designación que las Naciones Unidas asignan a 1987.

2. Antecedentes de las actuales políticas habitacionales.

2.1. Cité y conventillos en el siglo XX

El acceso de los sectores pobres de la sociedad a la vivienda se logró, hasta la década de los años cuarentas y cincuentas, en la mayoría de los países de América Latina, fundamentalmente a través del arriendo de piezas de conventillo en las áreas cen-

presencia editorial durante la década anterior, parecen tomarse como solución consensual para el problema habitacional popular sin mover ello a producción de literatura al respecto.

- * Vale la pena destacar que este optimismo es compartido por posiciones de corte más bien estructural como los trabajos de Ricardo Lagos (Lagos, 1987) y los de la escuela liberal (Torche, 1987).

trales de las ciudades.¹⁰ Eran éstas construcciones especialmente diseñadas para ello o casas señoriales deterioradas abandonadas por sus dueños y arrendadas por piezas por familias enteras. Se pagaba por ellas una alta renta y se obtenía una localización que, aunque mínima en superficie, permitía caminar hasta los lugares de trabajo sin necesidad de incurrir en gastos de transporte. Las condiciones de vida en ellos era muy precaria siendo tildados de insalubres e inhumanos. La renta obtenida por los propietarios fue normalmente muy alta, estimándose en algunos casos en Buenos Aires del orden del 36% anual a fines del pasado siglo (Scobie, 1986).

El tema de la vivienda tendrá un rol crecientemente protagónico en el debate político del siglo XX. El legado de este período es fundamentalmente un conjunto de principios básicos de regulación de las relaciones que rigen los alquileres. Esta legislación, con obvias modificaciones, en muchos casos se encuentra vigente y normando el mercado formal del arriendo; se ha agregado a éste un mercado informal creciente que no se rige por tales disposiciones y que abarca aproximadamente a un tercio de los hogares de bajos ingresos en América Latina (Gilbert, 1987).

2.2. Cambios a mediados de siglo.

A partir del proceso de industrialización substitutiva del siglo XX las relaciones entre los gobiernos y la población, en materia de vivienda, experimentan algunas modificaciones importantes que vale la pena destacar.

a. El desarrollo de una base industrial abre paso al surgimiento de una clase obrera estable y creciente, con una orientación política progresista, con ingresos relativamente estables y con capacidad de presión y participación política por la vía de sus organizaciones tanto sindicales como de los partidos políticos que los representan. Su legitimación como clase coincide con la época del máximo apogeo del modelo de substitución, época en que se produce un crecimiento significativo del ingreso nacional en muchos países.

b. Un proceso de cambio gradual de población de las zonas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia las grandes ciudades de América Latina. Al igual que en el caso de la industrialización, hay países en que este cambio se produce tempranamente (Cono sur, por ejemplo), mientras que en otros, de base poblacional más rural, se inicia éste más tardíamente.

¹⁰ La palabra conventillo se usa sólo en algunos países de América Latina. Tiene su equivalente en el concepto de la vecindad, mesón o tugurio en otros.

Este proceso de urbanización durará varias décadas, estando vigente hasta hoy día, y atenuándose sólo en la medida en que se inicia la aplicación de medidas destinadas a disminuir la expansión demográfica global.

c. La consolidación de una clase media urbana, que se desempeña en la propia burocracia del Estado o en el creciente sector terciario de la economía, asociado al desarrollo industrial y a la intermediación comercial.

d. El incremento de una clase urbana que no encuentra una inserción clara en el mercado laboral estable (de empleados y obreros) y que debe por lo tanto recurrir a sus propios recursos para resolver sus problemas laborales y de vivienda, al margen del sistema formal. Esta será tildada de marginal conceptualizándose posteriormente como el sector informal de la economía. Vale la pena destacar que en la mayoría de los casos no tendrá una representación política propia, dada su heterogeneidad, y que las organizaciones que de ella surgen serán poco integrales y básicamente gremiales.

e. El término de una serie de largas dictaduras, incorporando nuevos espacios de democratización que permiten la expresión de las mayorías a través de las urnas, abriéndose así nuevos espacios de participación política y legitimando la movilización como mecanismo de presión política sobre el gobierno.

f. A pesar del surgimiento de la clase media, la distribución del ingreso se caracteriza por una fuerte regresividad que refleja las articulaciones de los diferentes grupos sociales con el poder político y que, en una perspectiva de consumo, segmenta fuertemente la demanda en mercados muy diferenciados. Un grupo alto que concentra una proporción muy significativa del ingreso desarrolla un patrón de consumo de productos suntuarios, mientras los segmentos más bajos de la distribución mantienen ingresos de subsistencia que limitan fuertemente su participación en el consumo, incluso de productos esenciales. Las clases medias consolidadas, que tienen capacidad de participación y presión política a través de los partidos y organizaciones que los representan, presionan fuertemente sobre los recursos del Estado con miras a mejorar su patrón de consumo, especialmente el de consumo de bienes intermediados por el Estado: vivienda, salud y educación, apropiándose así de una porción significativa de los subsidios que éste otorga. En términos estrictamente de distribución de los ingresos, esta clase incluye tanto a los sectores obreros como a los empleados y burócratas. Los grupos más pobres, a su vez, al no encontrar una forma clara de inserción en la estructura de poder, no logran presionar sobre los recursos del Estado sino en forma más bien esporádica a través de manifestaciones callejeras y tenderán a ser conceptualizados como protagonistas de los movimientos sociales urbanos. Esos movimientos estarán fuertemente marcados por los

Intereses de los sectores obreros que asumirán su liderazgo a través de sus propias organizaciones políticas, instrumentados como base de poder, pero sin ser funcionales a sus intereses o reivindicaciones frente al Estado en la mayoría de los casos (Valdés, 1986).

Esta nueva rearticulación de clases sociales hace que un mundo relativamente pacífico del siglo XIX se transforma en otro con una alta efervescencia política, en el que los grupos organizados encuentran cauces efectivos de acceso al poder y a los beneficios de él derivados. El tema de la vivienda, por su alta capacidad movilizadora de la población, encuentra un lugar central en este contexto.

Los términos de las reivindicaciones demandadas al Estado se modifican. Ya no se le pide que asuma un rol de mediador de conflictos, de generación de normas mínimas de habitabilidad de los espacios, o de regulación del mercado de arriendos. La restricción de las libertades del propietario de la vivienda hace que el arriendo sea cada vez menos atractivo para el capital y que, por lo tanto, se restrinja fuertemente su oferta formal para los sectores populares, y que en sustitución aparezca la demanda de vivienda en propiedad como interés central de las diversas clases ya que el discurso político ha incorporado el concepto de déficit habitacional en su formulación y ha aceptado una responsabilidad del Estado en su solución.

Esta nueva articulación va a beneficiar directamente a los que tienen mayor capacidad de presión sobre el Estado, normalmente, los grupos que tienen canales directos de participación política u organizacional en la estructura de poder ya que serán estos los caminos para hacer presentes las demandas habitacionales. Así, las nuevas políticas de viviendas en propiedad van a estar dirigidas preferentemente a los grupos medios altos -empleados y profesionales independientes preferentemente- y a los sectores medios de ingresos representados en este caso por los sectores obreros y asalariados en general. El sector informal, creciente en estas economías, será normalmente excluido de estas formas reivindicativas quedando la solución de su problema habitacional liberada a su propia capacidad, al margen de los recursos fiscales, especialmente en los sectores más pobres. Finalmente, dado que los segmentos más altos de la distribución de ingresos tiene capacidad de pago, recurrirán a los recursos del Estado por vías más indirectas, especialmente a través de la formulación de políticas de financiamiento hipotecario, con tasas de interés relativamente bajas, a través de las cuales percibirán parte importante de los beneficios que el Estado estará dispuesto a otorgar; el argumento central de esta acción será el de que la construcción para este estrato genera empleo y moviliza recursos que, de no existir incentivos fiscales, no se canalizarían hacia el sector construcción sino hacia otras formas de

consumo suntuario, argumento de dudosa validez dado el carácter que la vivienda asume en estos estratos de significativa social.

3. Las políticas de vivienda antes de la crisis

El inicio de la planificación habitacional y del diseño de políticas de vivienda en propiedad se plantean junto con las nociones de desarrollo económico y Estado moderno a partir de los años cuarentas, coincidiendo en alguna medida, con la creación de la CEPAL en 1948. Su diseño original está fuertemente influido por las formas de operación en los países anglosajones, trasladándose estas experiencias sin mayor crítica a las realidades de algunos países pioneros de América Latina.

La experiencia acumulada a la fecha por la operación, diseño y evaluación de resultados de diversas políticas es considerable, ya que se han intentado múltiples vías de solución al problema habitacional y se han hecho diversos análisis sobre el tema. En general existe consenso en que las políticas habitacionales han tendido a ser insuficientes ante las necesidades cada día más urgentes de la población de modo que se han incrementado significativamente los volúmenes de población afectados por situaciones de carencia de vivienda. Entre las razones que explican este hecho, vale la pena destacar: la insuficiencia del financiamiento asignado al sector habitacional; la fuerte regresividad en la transferencia de subsidios a la población debido a la fuerte segmentación de los mercados y a la estructura de los subsidios; un enfoque marcadamente sectorial, con una gran prescindencia de los factores relacionados con el sistema urbano y el urbanismo en las ciudades mayores; una operación aislada de la acción de otras políticas sectoriales en los casos en que se ha tratado de aliviar situaciones de pobreza o pobreza extrema, con los consiguientes problemas de traspaso de efectos negativos; una operación altamente centralizada, monolítica y alejada de los canales de participación real de los afectados en la solución de sus problemas; y tolerantes de la operación de mecanismos informales de provisión de vivienda tanto por la aceptación de situaciones de tenencia precaria como por aceptar de hecho las construcciones al margen de las normas vigentes.

3.1. Insuficiente financiamiento del sector

El acceso a vivienda en propiedad se ve generalmente dificultado por ser éste un bien de alto costo en el mercado al que sólo puede acceder un sector muy minoritario de la población en forma autónoma. Este hecho sintetiza varios elementos de la estructura social que vale la pena analizar brevemente.

Por una parte, la fuerte regresividad en la distribución del ingreso dificulta el acceso de los sectores más pobres a formas de financiamiento bancario privado debido a que, para estas

instituciones, sus garantías, sus formas de ingreso y los niveles del mismo no constituyen garantías suficientes y no permiten cubrir ni siquiera los costos operacionales del crédito. La proporción de población en estas condiciones es muy alta, llegando en algunos casos a afectar a más del cincuenta por ciento de los jefes de hogar de algunos países (Muñoz, 1979). La situación de los sectores medios asalariados no dista mucho de la de los sectores más pobres porque aspiran normalmente a una vivienda terminada cuyo costo es muy alto en el mercado, sin tener una capacidad de ingresos suficiente para pagar las mensualidades resultantes de operaciones financieras hipotecarias a tasas de interés real. Así, en ambos casos, el mercado se hace ineficiente para resolver el problema habitacional de la población en términos de la capacidad de pago de los habitantes (Rosenblut, 1983).

Por otra parte, los montos aparentes de inversión requerida para resolver desde una perspectiva fiscal el problema parecen muy grandes y en constante expansión debido a dos fenómenos de igual signo que aumentan las necesidades: por una parte, la rápida expansión demográfica que encuentra su apogeo en las décadas de los años cincuentas y sesentas en la mayor parte de los países, por otra, el rápido proceso de urbanización de la población con una significativa orientación hacia los mercados laborales de las principales ciudades de cada país, ciudades que concentran las mayores carencias en un momento dado.

El carácter oligopólico y monopolístico con que opera el mercado de tierra en la mayoría de las ciudades latinoamericanas hace que el precio unitario de ésta se acreciente permanentemente en un espiral ascendente debido al fuerte carácter especulativo de las gestiones inmobiliarias (Trivelli, 1982). Siendo la tierra uno de los insumos básicos de los programas de vivienda, con una fuerte incidencia en el costo final de las soluciones, estos incrementos inciden directamente en la cantidad también creciente de recursos necesarios para resolver el problema de cada unidad de vivienda. Los propietarios de la tierra ven en las políticas de vivienda una forma de enriquecimiento por la vía de captación de la renta generada por las plusvalías derivadas de la inversión pública en infraestructura y equipamiento tanto como de la gestión de otros entes privados en el espacio circundante (Vetter y Ramalho, 1981).¹¹

Este conjunto de factores tiende a agobiar a los gobiernos que, al no ver la posibilidad de resolver el problema del déficit

¹¹ Así, además de encarecer la solución de cada vivienda, contribuye a la regresividad de la distribución de los ingresos al transferir montos muy importantes de recursos a los propietarios del suelo que, normalmente, pertenecen a los estratos más altos de ingresos en la sociedad.

habitacional en un plazo prudencial, tienden a postergar la solución o a desligarse de la misma por los efectos inflacionarios que el incremento de gasto público puede tener. El argumento aquí es que existen otras prioridades de inversión en infraestructura de apoyo a la producción que tienen mayor prioridad que el problema de la vivienda. Así, y ante la enorme magnitud del problema, se asignan partidas presupuestarias insuficientes para subsidiar las necesidades habitacionales de la población que lo requiere, dejando que el mercado opere simplemente. Estas partidas presupuestarias insuficientes son, a su vez, captadas por los sectores más organizados y con mayor capacidad de ejercer presión sobre la estructura de poder.

Dado este conjunto de restricciones, el Estado busca nuevas opciones de financiamiento del sector habitacional tratando de derivar hacia éste instrumentos financieros de largo plazo como complemento de su inversión directa. El carácter relativamente permanente del bien vivienda lo hace objeto ideal de las instituciones que emiten documentos financieros de largo plazo, tales como las que administran los fondos previsionales, o las compañías de seguros. Se abren así dos opciones alternativas de financiamiento del sector: la primera compromete directamente los recursos del Estado en la solución del problema, por la vía directa de su inversión; la segunda, en cambio, viabiliza la canalización de recursos privados hacia el mercado inmobiliario y, en algunos casos, esta viabilización incluye subsidios estatales indirectos a la demanda.

3.1.1. Fuentes privadas de financiamiento de la vivienda.

Las fuentes privadas de financiamiento de la vivienda han estado tradicionalmente presentes en el mercado financiero latinoamericano a través de diversas instituciones de crédito hipotecario que operan con créditos a largo plazo y con tasas de interés de mercado (Renaud, 1984). Junto con la compra de vivienda al contado o con créditos bancarios, esta es una de las formas en que el mercado ha tratado de aumentar su cobertura en materia habitacional. El aumento se expresa en el hecho que, al aumentar los plazos de la deuda, el pago mensual resultante disminuye permitiendo incorporar segmentos de ingresos no tan altos a la estructura de la demanda habitacional. La garantía hipotecaria del bien adquirido hace que el riesgo sea muy bajo en operaciones de esta naturaleza. ¹²

¹² De hecho, este mecanismo opera en forma preferencial en los países desarrollados. En ellos los recursos fiscales están dirigidos estrictamente hacia el apoyo de los sectores que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, quedando el resto de la población fuera del alcance de los programas subsidiados.

A partir de los años sesentas se produce una fuerte proliferación de instituciones privadas de crédito hipotecario en América Latina. Ellas materializan las aspiraciones de canalizar financiamiento privado hacia la construcción de vivienda permitiendo al Estado derivar sus recursos hacia otros gastos. Esta proliferación, sin embargo, se orienta preferentemente a satisfacer las necesidades de los sectores cuya demanda tiene solución de mercado al estar capacitadas a pagar un dividendo mensual igual o similar al arriendo de viviendas formales. El monto de los recursos que hacia este tipo de mecanismos se derivan depende mucho de las características de la legislación vigente y de la demanda que exista por tales créditos según la distribución de ingresos existente. La oferta, sin embargo, no es ilimitada y tiene cierto precio de escasez en períodos señalados. Sin embargo, existen diversos factores agregados que permiten corregir la escasez relativa por la vía de aumentar la oferta y llevar así el precio a un punto de equilibrio con el resto de la economía.

Un hecho de general aceptación es que tales sistemas de financiamiento se concentran en la atención de a lo más el diez por ciento más rico de la población (Palma y Sanfuentes, 1979 y Necochea, 1986) y deja marginado de acceder a vivienda en propiedad a través suyo a un conjunto muy importante de hogares de cada país.¹³

Tal como se ha visto, la crisis de 1982 significó una fuerte caída de los ingresos reales de los sectores asalariados -medios y bajos. Con ello una proporción aún mayor de población quedó al margen de estos sistemas de mercado de acceso a la vivienda debiendo recurrir a sistemas informales para resolver su problema habitacional o presionar sobre los recursos del Estado para obtener subsidios en su compra de vivienda.

¹³ Una forma alternativa de este sistema de financiamiento hipotecario es el de los subsidios cruzados al interior del sistema. Se trata de mantener un equilibrio en la cartera de préstamos de modo que los estratos más altos de ingreso -que solicitan los mayores créditos- tengan que pagar tasas de interés más altas que las de captación del dinero, mientras los estratos que solicitan montos más bajos son subsidiados con tasas por debajo de las de mercado. El problema es que, al limitar la redistribución sólo al interior del grupo de demandantes de vivienda deja fuera del esquema redistributivo a los estratos muy altos, que no recurren a él por contar con fuentes más convenientes de financiamiento y a los segmentos muy bajos, que a pesar de tener dividendos subsidiados, no cuentan con los ingresos suficientes como para pagar el dividendo mensual. Sus posibilidades son así muy limitadas.

Uno de los problemas que adicionalmente dificulta el acceso de estos sectores es el conjunto de ineficiencias con que estos sistemas por lo general, ineficiencias que se expresan en altos costos de operación en tales créditos. Existe un amplio margen para disminuir sus costos por la vía de mejorar la operación, pudiéndose recuperar importantes segmentos de estratos medios que pueden operar así por esta vía.¹⁴

3.1.2. Financiamiento insuficiente y condiciones habitacionales.

La insuficiencia de financiamiento ha generado una situación dual en los beneficiarios de las políticas de vivienda. Por una parte, un conjunto de habitantes que resuelve su problema con cierta holgura gracias a la ayuda del Estado y que se apropia de gran parte de los beneficios de las políticas públicas de gasto social por la vía de captación de fuertes subsidios indirectos. Para resolver su problema habitacional, el resto de la población se ve obligada a recurrir a las tomas de terrenos, al arriendo de viviendas precarias en un mercado informal (Gilbert, 1977) o al allegamiento, compartiendo la vivienda de otra familia (Necochea, 1977).

Así, una proporción significativa de la población pasa a tener como condición habitacional permanente una vivienda con grandes carencias que ocupa con alto grado de hacinamiento y promiscuidad, situación que se refleja en los crecientes déficits que arrojan los estudios basados en los censos latinoamericanos.

3.2. Alta regresividad en la transferencia de subsidios estatales

Del análisis sobre la estructura de financiamiento de los programas habitacionales se desprende que son éstos altamente regresivos en los efectos que tienen sobre los diferentes segmentos de la distribución de ingresos, dado que sus beneficios son estructuralmente derivados hacia los sectores medios y altos de la población.

Un reciente estudio de ECIEL (Nahcum, 1987) indica que el estrato alto, definido como el primer quintil de la distribución de ingresos, concentra la mayor parte de las transferencias de subsidios de vivienda otorgados por el Estado en varios países de América Latina sobre los que hay información.

¹⁴ Entre estos, cabe mencionar los mutuos hipotecarios, que a diferencia de las letras presentan costos bastante menores. Asimismo, existe la posibilidad de bajar las primas de riesgo y los costos de administración de la cartera.

Bajo estas condiciones de regresividad que se dan en el gasto social, condiciones que también se reproducen en otros rubros tales como Previsión Social, Salud y Educación, es poco probable que se logre erradicar la pobreza y la pobreza extrema de los países (Rodríguez, 1985). El Estado reproduce así las tendencias concentradoras de ingreso de la Economía en su conjunto, en vez de atenuar las diferencias. Estas tendencias globales han sido de mayores niveles de concentración en las últimas décadas y los gobiernos latinoamericanos han mostrado una gran incapacidad de reorientar su propio gasto en beneficio substantivo de los sectores más pobres incluso por esta vía de gasto directo. Se concentra así aún más el ingreso (Muñoz, 1979 y Heskia, 1981). De mantenerse esta tendencia, las perspectivas de opciones rupturistas se hacen más viables, por sobre las de cambio gradual de las estructuras como ajustes del modelo capitalista periférico.

El rol que en este proceso de incremento de los niveles de regresividad tuvieron los periodos anteriores a la crisis en que las tasas de interés y reajustabilidad del sistema de crédito fue negativo (Massad y Zahler, 1987) es muy significativo. Normalmente, los créditos fueron captados por los estratos altos y éstos obtuvieron así los mayores beneficios del gasto del Estado en todos los rubros.

Si el sistema fuera congruente con la lógica económica de la historia reciente, se podría esperar que la crisis desplazara a los estratos medios y altos de los subsidios habitacionales al menos, ya que las tasas de interés deberían llegar a sus niveles normales de mercado de operación. Sin embargo, dado el alto grado de poder económico de los estratos altos y, sumados a los medios, de poder político, parece difícil pensar que se producirá un cambio en el patrón concentrador derivado de las políticas sociales. Es muy probable que éstos busquen las alianzas necesarias para que el patrón recientemente visto se mantenga, salvo que exista una clara conciencia de la necesidad de cambios importantes de grupos objetivo. Esta parece, sin embargo, una coyuntura favorable para reeditar la discusión y buscar los mecanismos para lograr que los sectores más pobres reciban una cuota más significativa de los beneficios que se desprenden de los subsidios del Estado.

3.3. Marcada sectorialidad de las políticas de vivienda.

Desde tempranas épocas en este siglo es el Estado, a través de su inversión en vivienda, el que construye la mayor parte de la ciudad y es el responsable de su expansión. Este hecho ha sido ampliamente debatido en el medio académico a partir de la década de los años sesentas, poniéndose en duda los modelos locacionales residenciales derivados del comportamiento del mercado inmobiliario de los países de tradición anglosajona, especialmente

de Estados Unidos de Norteamérica (Pumarino, 1970). El diseño de políticas habitacionales, sin embargo, ha permanecido ajeno a los efectos urbanos que a través suyo se producen, efectos que pueden significar un deterioro significativo de las condiciones de vida de la población que se incorpora, especialmente en términos de patrones de accesibilidad interna en la ciudad y de segregación socioespacial (Trivelli, 1982).

Este hecho se demuestra a través de a lo menos tres carencias importantes que caracterizan a las políticas: falta de preocupación por la localización de los proyectos en la ciudad, tendencia a invertir en las grandes ciudades, más que en el resto del sistema urbano-rural, y masividad en el tratamiento de las soluciones.

3.3.1. Falta de preocupación por la localización en la ciudad.

La falta de preocupación por la localización de los programas de vivienda al interior de la ciudad, especialmente de los programas destinados a atender las necesidades habitacionales de los sectores de bajos ingresos, se relaciona fundamentalmente con la lógica de operación del mercado de suelo urbano los que hacen que, desde una perspectiva estrictamente de costos privados, sea más barato construir en la periferia más lejana, en vez de hacerlo en puntos más cercanos.¹⁹

La operación de esta lógica de minimización del gasto de inversión como única lógica en la toma de decisiones sobre localización de programas de vivienda, junto con el interés de los estratos altos de autosegregarse para maximizar la captación de exedentes derivados de la inversión pública, llevan a un patrón altamente segregado de crecimiento urbano.²⁰ Así, las políticas de vivienda actúan por exclusión de los pobres de los bienes

¹⁹ Esta situación no es así cuando se analizan los costos sociales de localizaciones alternativas entre centro y periferia. Un reciente estudio de la Universidad Católica de Chile muestra que es socialmente más rentable utilizar los terrenos urbanos intersticiales en localizaciones subcentrales para la construcción de programas de vivienda social para población de muy escasos recursos dado el alto costo que para el Estado significa concurrir al acondicionamiento de terrenos periféricos. El cálculo se hizo incluso sin incluir los costos sociales de transporte, con los que la ecuación se hace altamente positiva en favor de localizaciones menos periféricas (Universidad Católica de Chile, 1976).

²⁰ Vetter y Ramalho, *op. cit.*

urbanos fuertemente concentrados en el Centro de la ciudad (empleo, comercio, servicios y esparcimiento), condenándolos a vivir en una periferia subdotada de equipamiento y lejos de los destinos habituales de sus desplazamientos.¹⁷ Con ello se les hace recorrer largas distancias para llegar al trabajo, distancias que no sólo significan parte importante de su tiempo, sino que también consumen parte importante de su magro ingreso en el pago de tarifas altas de transporte público urbano (Thompson, 1982).

En general, se demuestra esta falta de preocupación por los aspectos relacionados con la localización de los proyectos en el hecho de que el debate político sobre vivienda se da normalmente en términos de número de unidades faltantes (déficit) o logros obtenidos en el número de unidades entregadas a las familias por el Estado. Es bastante más escaso el debate sobre las condiciones de habitabilidad de las soluciones entregadas. Estas condiciones están dadas además, por accesibilidad a salud, educación, esparcimiento, comercio, servicios, infraestructura pública urbana y espacio público, en general, todos los elementos que constituyen el carácter propio de la ciudad. Refuerza aún más esta argumentación el hecho de que los organismos de financiamiento internacional generalmente operan líneas paralelas de crédito para todos estos rubros, líneas que son administradas por agencias diversas y departamentos diversos, con prioridades independientes entre sí.¹⁸

3.2. Concentración de la inversión en pocas grandes ciudades

El gasto social en vivienda tiene un gran componente político en su decisión tendiendo, tal como se ha dicho, a atender las

¹⁷ Véase, por ejemplo, los casos de estudio presentados en Necochea, 1988 sobre los desplazamientos cotidianos de familias pobres de Santiago. Allí se muestra que en la actualidad una típica familia pobre gasta una proporción muy significativa de su ingreso en que el jefe de familia viaje al trabajo todos los días (incluso un 15% del ingreso), y que el resto de los miembros del hogar tienden a vivir confinados a su vecindario más inmediato para el resto de sus actividades: educación, compras, diversión, y vida social.

¹⁸ En los casos de invasión de terrenos o programas con un fuerte componente de autoconstrucción, este problema se agudiza aún más de no mediar un esfuerzo significativo de colaboración del Estado con las organizaciones vecinales en el aprovisionamiento de equipamiento e infraestructura, dada las enormes dificultades de carácter técnico involucradas en estas faenas.

necesidades de los grupos con mayor capacidad de presión. Históricamente éstos han sido los de los estratos medios y altos que se encuentran de preferencia en las grandes ciudades. Esto explica, en buena medida, el que los presupuestos no se distribuyan en forma homogénea en el espacio nacional, sino que tengan un sesgo importante hacia las grandes metrópolis. Como los recursos son insuficientes para atender todas las necesidades, quedan más postergadas las de la población que habita en ciudades pequeñas o zonas rurales, lugares en los que producen las situaciones más críticas de pobreza extrema en los países de América Latina.

Estos últimos, es decir, los pobladores rurales, presentan una inserción precaria a la tierra al no tener propiedad del lugar en que habitan y trabajan. Son así los grupos más difíciles de alcanzar por políticas destinadas a satisfacer las necesidades de vivienda por la vía de asignación en propiedad. De no mediar programas con una componente complementaria de desarrollo rural, es difícil acercarse a ellos, ya que normalmente las políticas requieren ser mediatizadas por los propietarios de la tierra donde residen los pobladores campesinos. Así, dependen, en los casos en que habitan en los grandes predios, de la voluntad del propietario para resolver su problema habitacional; además, cuando los pobladores rurales viven en las márgenes de los ríos o en terrenos marginales sin propietario definido, el hecho de no tener propiedad del suelo dificulta cualquier solución de su problema residencial que permita mejorar sus condiciones habitacionales en forma permanente (Bengoa, 1987).

Las políticas de vivienda recientes han tendido simplemente a eludir el tema, no demostrándose mucho interés ni en la literatura académica, ni en la divulgación de experiencias exitosas de soluciones habitacionales rurales. Este segmento poblacional, uno de los más pobres y vulnerables, nuevamente ve perjudicada su situación por la incapacidad de las políticas públicas de adecuarse a sus necesidades y realidad.¹⁹

Este patrón de gasto social en vivienda e infraestructura urbana también se expresa en los programas en que los gobiernos han recurrido y operado a través de créditos externos. En efecto, gran parte de los créditos que el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han concedido para vivienda e infraestructura urbana se han concentrado en las mayores ciudades del país correspondiente. En el Cuadro 5 se aprecia que las cifras del Banco Mundial alcanzan a un 60.6% y del BID a un 49.3% en créditos para inversión en ciudades capitales o de más de 500

¹⁹ Esto es coincidente con el hecho de haber sido éste, salvo contadas excepciones, uno de los sectores sociales menos organizados y que ha mostrado los menores niveles de movilización en los últimos tiempos.

000 habitantes. Los habitantes del resto del sistema urbano menor y del mundo rural reciben una proporción muy mediana del total de los US\$ 2.207.4 millones que se invierten en vivienda e infraestructura urbana entre 1970 y 1979 con créditos externos en estos países (Blitzer y Hardoy, 1983).

3.2.3. Masificación en el tratamiento de las soluciones habitacionales

Las familias, las viviendas, las regiones son, por lo general, muy heterogéneas; también lo son sus problemas habitacionales. Esta heterogeneidad no se ve reflejada, por lo general, en el diseño de políticas habitacionales. Por el contrario, los organismos encargados de su diseño tienden a buscar soluciones masivas tipificadas que suelen dejar fuera de consideración los problemas que aquejan a las familias así como los recursos que ellas disponen para resolverlos. Se produce así un desfase entre las necesidades y las respuestas del Estado que significan, por lo general, un despilfarro de recursos al tener el poblador, en muchas ocasiones, que rehacer partes de su vivienda para adecuarla a sus reales necesidades.

Así, familias de diferentes tamaños, familias unipersonales, familias extensas compuestas son consideradas como homogéneas en el tipo de solución que se les otorga a través de los programas oficiales de vivienda. Son éstas de superficie mínima, en soluciones muy masivas, segregadas a la periferia que tienden a homogenizar zonas enteras de la ciudad en términos de ingreso, tamaño del hogar, edad, etc., en general, en función de las variables que actúan como definitorias para la decisión de asignación de vivienda a una familia en particular. Los conjuntos tienden a reflejar las características que se fijan en las políticas, constituyendo difícilmente un tejido social urbano adecuado para una sana convivencia social.²⁰

²⁰ Un estudio ya clásico (FINHEP/IBAM, 1981) compara el medio urbano de dos barrios como ambiente para crecer y desarrollarse en comunidad. Uno de ellos es un barrio del centro deteriorado de Sao Paulo, el otro un conjunto residencial moderno con todos los avances que la escasez de recursos permiten, aunque con áreas verdes rodeando grandes bloques de departamentos. La vitalidad del tejido social en el barrio deteriorado aparece como un medio de mucho mayor capacidad formativa que el de los departamentos, que se caracterizan por una cierta monotonía en lo espacial (los departamentos son todos muy semejantes) y en su caracterización social (las familias fueron seleccionadas con criterios semejantes y, por lo tanto, son relativamente parecidas). El estudio concluye que como medio para desarrollo de relaciones humanas, el barrio deteriorado es mucho más

La existencia, además, de estos mecanismos de selección de postulantes, tiende una vez más a favorecer a las familias debidamente establecidas, nucleares y con capacidad de ahorro, descripción que corresponde a una familia de niveles medios o altos de ingreso. Por esta vía, por lo tanto, también se suele excluir de los beneficios de las políticas situacionales habitacionales más deterioradas que suelen caracterizar a los grupos más pobres: la de los ancianos, de los grupos familiares incompletos, de las madres solteras o abandonadas por su marido, o las de parejas que no han regularizado su relación en matrimonio y son simplemente convivientes, independientemente de la urgencia que sus situaciones merezcan.

Derivadas de otros programas de atención de extrema pobreza.

El sector vivienda, con este enfoque muy sectorial y marcadamente orientado a familias tipo de niveles socioeconómicos relativamente altos o medios en el mejor de los casos, suele también operar desvinculado de otros programas de atención a personas en situación de pobreza extrema o, al menos, de pobreza. Así, las exigencias de pago de dividendo o de aportes a organizaciones habitacionales suele tener no sólo un costo monetario, sino también un costo en desnutrición, y desescolaridad ya que se percibe que si no se cumplen los compromisos de la deuda habitacional, se perderá la casa, único elemento de estabilidad familiar normalmente. Para pagar el dividendo de la casa las familias son capaces de sacrificar alimento y vestuario, lo que redundará en problemas de salud, finalmente. La ayuda que el Estado presta para mejorar las condiciones habitacionales de las familias puede así derivar, dadas sus condiciones de ingresos, en mayores costos visibles en programas de recuperación de los nutridos, de educación de adultos, o de subsidio laboral (Torres, 1987). Cuando se trata de erradicar, donde una perspectiva de subsidios estatales la extrema pobreza, debe haberse utilizado baterías de programas, siendo imposible lograrlo con una política de tipo sectorial. Ello lleva al diseño de políticas conjuntas con otros organismos en los casos en que el interés de las políticas sea el de erradicar la pobreza extrema.

Parece interesante adotar que, por lo general, la acción de las organizaciones privadas de asistencia técnica que operan en los sectores más pobres en un tipo de trabajo participativo y descentralizado, han llegado al mismo convencimiento. No es suficiente atacar los efectos de las situaciones de pobreza extrema sino recurrir a baterías de programas en los que se incluyan varias

saludable que el de departamentos ya que en este tipo de se suelen perder los contactos personales, las relaciones sociales y la armonía entre los vecinos.

bles de generación de empleo, de reeducación laboral, de salud y de mejoramiento de condiciones habitacionales y nutricionales (Donoso, 1987).

3.5. Tolerante de un sector informal de vivienda

La insuficiencia y la regresividad en la distribución de los beneficios de los programas de vivienda generan, en muchas ocasiones y en distintos países, una presión sobre el sistema social, en general, y sobre el sistema político, en particular, en busca de soluciones efectivas de los problemas habitacionales.

En la década de los años sesentas y comienzos de los setentas, se produce así una movilización social motivada por reivindicaciones habitacionales, especialmente en función del acceso a la tierra o a vivienda en propiedad. Esta movilización es eficiente para lograr solucionar, en algunos casos, los problemas más urgentes de los sectores más estables (obreros, empleados y profesionales liberales, en general). Una proporción muy significativa y variable, sin embargo, no logra solución por esta vía y debe recurrir a otras formas para resolver su condición habitacional.

Los sectores populares ven sus legítimas aspiraciones frustradas en la operatoria de los sistemas financieros de los gobiernos y tienen dos salidas, las que utilizan en forma alternativa dependiendo de las condiciones políticas generales:

a. Por una parte, tienden a rebajar sus aspiraciones habitacionales, reemplazando la imagen de la casa por la de un terreno que les permita iniciar un proceso gradual de construcción de su propia casa. El problema crítico se da en la obtención del suelo donde hacerlo. En los países en que se tolera en cierto grado la ilegalidad en términos de las normas de planificación física (zonificación, tramitación, urbanización y lotificación) se produce un sistema muy generalizado de loteos ilegales mediante los cuales propietarios venden terrenos a familias, terrenos que carecen de normas mínimas de urbanización, pavimentación, etc. donde los compradores pueden iniciar la construcción de una vivienda.²¹

²¹ Dado que los propietarios de la tierra se desligan de ella, normalmente los asignatarios se organizan territorialmente presionando sobre el Estado para la obtención de los componentes que no se pueden lograr por autoconstrucción, esto es, alcantarillado, agua potable y, eventualmente, pavimentación, presionando así nuevamente sobre formas veladas de subsidio. El propietario original de la tierra cobra muy

b. Por otra, en ocasiones se organizan para hacer valer sus derechos a vivienda pero, frente a la negativa del Gobierno de atender sus necesidades por su incapacidad presupuestaria y por las condiciones estructurales del sector vivienda, recurren a la vía ilegal de las tomas de terrenos, generalmente fiscales, iniciando un largo camino hacia la legitimación de su aspiración habitacional, tanto desde una perspectiva constructiva (autoconstrucción con presión por servicios e infraestructura) como por la precariedad con que se encuentra la titulación del suelo en que levantan sus casas. Esta opción se da mayormente en los países en que los diversos partidos políticos asumen la vivienda como bandera de lucha.

Sin embargo, un grupo importante de población no logra integrarse a estos movimientos reivindicativos por no pertenecer a organizaciones de ningún tipo, por no estar en condiciones de hacerlo o por razones personales y deben, así, buscar soluciones independientes a su problema habitacional. El número de familias en esta situación es elevada, estimándose fluctuante entre un tercio y la mitad del total de cada país, dependiendo de las condiciones locales de acceso a la tierra y a la vivienda. Sus opciones, en general, se mueven en un mundo informal de solución habitacional, mundo en el que la legislación se aplica poco y mal y en que las relaciones entre ellos y los propietarios de las viviendas se mueven entre el mundo de la solidaridad familiar y el de las relaciones mercantiles del arriendo, asumiendo posiciones intermedias en muchos casos. Estas opciones se pueden caracterizar en las siguientes:

a. Allegamiento. Esto consiste en compartir la vivienda con otro grupo familiar de parientes, amigos o conocidos manteniendo o no una economía independiente (Rodríguez, 1987). En general quienes optan por esta vía de solución se someten a problemas de convivencia provocados por los altos niveles de hacinamiento o de promiscuidad.²²

eficientemente las cuotas resultantes obteniendo una ganancia inmobiliaria que se estima, por lo general, por sobre los márgenes habituales de la economía y muy por encima de las tasas de interés convencionales en créditos hipotecarios. Los compradores los pagan porque su condición de tenencia es muy precaria al carecer de inscripción de la propiedad a su nombre en el Registro de la Propiedad existiendo siempre riesgo de desalojo.

²² Si se define hacinamiento como la condición en que viven más de tres personas por pieza de la casa (que no sea ni baño ni cocina) y promiscuidad como la en que más de dos

b. Arriendo informal. En las que las condiciones del contrato entre propietario e inquilino no siempre se rigen por el mercado formal y en las que, como se ha visto, la legalidad vigente no siempre se aplica en su totalidad dadas las formas de relación entre los contratantes. El arriendo informal puede ser de un terreno, de una parte de una vivienda, de una pieza, o de una vivienda en su conjunto. Estas soluciones solían estar en el centro, en las denominadas piezas de conventillos; hoy se han mudado a la periferia también, aprovechándose no sólo el deterioro, sino que los intersticios que quedan en las poblaciones construidas por el propio Estado (Gilbert, 1987). ²³

Los niveles de allegamiento suelen llegar a ser tan altos que, en la ciudad de Santiago de Chile, en 1982 se estimaba que había más de 150 000 hogares allegados, en circunstancias que había más de un millón de hogares en la ciudad en ese momento. Además, estas estadísticas no incorporan a miembros individuales que comparten vivienda con sus parientes, sino que sólo a los casos en que un hogar independiente, que se autopercibe como tal, define que su condición de compartir vivienda es involuntaria y que aspiran a resolverla en algún futuro, de ser ello posible (Necochea, 1987). ²⁴

personas deben dormir en cada cama, según los datos censales, las cifras de hacinamiento suelen fluctuar entre un 20 y un 30 por ciento de los hogares, siendo las de promiscuidad levemente inferiores.

²³ En el pasado los conventillos fueron mecanismos importantes de captación de renta de la tierra. Scobie calcula que la inversión en conventillos en Buenos Aires a fines del siglo pasado producía una rentabilidad anual de un 36% (Scobie, 1977). Hoy en día esta esperanza de renta no es tan frecuente. Los propietarios de estas viviendas ocupadas como conventillos, muy deterioradas, esperan demolerlas para hacer efectiva la renta de la plusvalía de la tierra, más que la que se deriva del arriendo, la que no suele ser demasiado alta en muchos casos.

²⁴ Adicionalmente, existe un nivel de allegamiento que no se autopercibe normalmente como tal y que se compone de familias que conviven con otra familia sin declarar su condición de independencia como aspiración. Se compone este grupo normalmente por padres que conviven con los hijos, hijas madres solteras con su descendencia, hijos mayores de 23 años que siguen en el hogar paterno, parientes o conocidos que se integran al hogar de otra familia, etc. Una lectura de la misma encuesta CASEN (véase nota a pie de página siguiente) indica que en Chile en su conjunto habría

El arriendo informal abarca una proporción también importante de familias, tal como se ha visto. En la ciudad de Santiago de Chile se realizó una encuesta (denominada CASEN) que permite visualizar en alguna medida la magnitud que este fenómeno representa.²⁵ Los datos de ésta muestran que del millón de hogares de la ciudad, un quinto arrienda la vivienda en que vive. Adicionalmente, si se definen como segmentos de pobreza los dos quintiles más bajos de ingresos, se ubican en ellos unos 65 000 hogares arrendatarios; lo que sube la proporción de arrendatarios dentro de este grupo en relación a la de la ciudad toda.

Si se acepta que la definición de arrendatarios de suelo sea probablemente asimilable a las de los hogares que son propietarios de su vivienda pero no del suelo en que ella se levanta, las cifras de arrendatarios suben dramáticamente ya que en el país en su conjunto según la misma encuesta CASEN más de 250 000 hogares, de los 2.5 millones existentes en el país en 1985, se encuentran en esta condición. Cerca de 150 000 hogares arrendatarios de sitio, adicionalmente, son de los quintiles 1 y 2, es decir, pueden caer bajo la definición de población en condición de pobreza (Torche, 1987).

La situación arriba descrita para Chile, único país documentado en este detalle, no parece ser atípica del resto de América Latina. Por el contrario, es probable que sea aún más marcada en los países en que el gasto social en vivienda es menor que en el caso chileno y en los que se produce una expansión demográfica muy acelerada como función de los altos patrones de fecundidad

cerca de cuatro millones de familias así definidas, para las que se dispone del orden de 2.4 millones de viviendas. El punto a discutir es si estas familias allegadas no forman parte de un importante sector social muy pobre e incluso sin ingresos monetarios que, además de no pertenecer a organizaciones que los representen, no resuelven su problema habitacional en forma independiente y tienen como única opción de sobrevivencia el convivir con otros hogares. El problema es que probablemente su opción de mercado sea muy escasa y su prioridad social también.

²⁵ La Oficina Nacional de Planificación del Gobierno de Chile encargó a la Universidad de Chile la realización de una encuesta que incorporaba un cuestionario específico para evaluar la percepción de diferencias de subsidios entre los diferentes estratos sociales definidos por su ingreso declarado. Esta se realizó en diciembre de 1985 y se llamó encuesta CASEN. Existe una publicación parcial de sus resultados (Haindl y Weber, 1986); para la elaboración de los cuadros, sin embargo, se tuvo que recurrir a tabulaciones especiales de los datos de esta encuesta.

y/o en aquellos países que aún cuentan con una base rural alta y que experimentan un rápido proceso de urbanización.

En su conjunto, los grupos familiares de allegados, arrendatarios informales y habitantes que en general comparten su vivienda ha tenido poca presencia en la literatura especializada sobre vivienda en América Latina. El supuesto subyacente es, al parecer, que éstos van a resolver su problema en la medida en que los programas oficiales los alcancen y que su condición actual es sólo transitoria. Estarían "haciendo cola" para obtener su vivienda. Este supuesto, dadas las condiciones imprevistas en el pasado no parece válido porque el tamaño del grupo aumenta con el paso del tiempo, en vez de disminuir y las tomas no parecen haberse constituido en la solución universal del problema habitacional ya que no se han incorporado a ellas.

Este grupo es tal vez uno de los mayores desafíos para el campo de la formulación de políticas de vivienda en el futuro próximo ya que son los grupos más difíciles de alcanzar en una perspectiva de políticas habitacionales ya que no son propietarios del lugar en que se levanta su vivienda, no son tampoco sujetos de programas de mejoramiento sin que se cierna sobre ellos la amenaza del desalojo y ocupan un lugar que, en muchos casos, es de alto potencial de mejoramiento y habitabilidad por sus condiciones de alta accesibilidad a bienes y servicios urbanos.

3.6. Tolerantes de formas ilegales de ocupación del suelo urbano.

En condiciones precarias de ingreso, con insuficiente gasto social para satisfacer las necesidades básicas de vivienda de la población y en condiciones de relativamente alta movilización política en torno al problema de la vivienda, se tolera el acceso al suelo por diversas vías al margen de la legislación y normativas vigentes.

La vivienda autoconstruida fuera de normas, que se podría asimilar a lo tratado sobre vivienda informal en el punto anterior; las subdivisiones y ventas de terrenos en condiciones diferentes a las que las normas de urbanización especifican (normalmente carentes de infraestructura sanitaria y de pavimentación)²⁶; y las tomas de terrenos por la vía de la invasión constituyen formas ilegales de solución del problema habitacional que son normalmente toleradas ante la incapacidad de otorgar soluciones reales a los problemas residenciales de sectores muy amplios de la población.

²⁶ Denominados normalmente "loteos piratas", "loteos brujos", etc.

La primera forma ilegal de acceso a la tierra es ilegal desde la perspectiva del propietario. Normalmente consiste en la venta de terrenos, bajo alguna forma contractual distinta de la que rige formalmente para la compra de terrenos de acuerdo a las normas de urbanización vigentes (promesa de compraventa, certificado notarial, documentación ilegal, etc.) en las que las tierras carecen normalmente de urbanización y que se venden a pobladores que demuestran tener alguna capacidad de pago. Los lotes que se venden en este mercado son por lo general pequeños y se entregan en forma de propiedad precaria la que mantiene al comprador en una fuerte dependencia del propietario o urbanizador del lote. Esta situación se ha prestado a todo tipo de abusos por parte de los propietarios en términos de cobrar más de lo que corresponde por el lote, a cobrar en forma arbitraria o a vender más de una vez el terreno. Los conflictos que en estos casos se generan llevan a que normalmente el Estado termine interviniendo en el problema, comprometiendo con su intervención un subsidio a la urbanización con la dotación de infraestructura sanitaria y otro, también escondido, en la expropiación o compra del terreno al propietario a fin de regularizar la situación de tenencia de los ocupantes (Harth y Luna, 1980). Los propietarios, por su parte, obtienen utilidades altas, en general, dado que en ocasiones cobran precios muy altos a los pobladores compradores, ya que pueden hacerlo al controlar el poder de la propiedad, y lo hacen también del Estado cuando éste entra a regularizar la propiedad de los ocupantes ya que nuevamente aparece él como el propietario de la totalidad del predio.

Dentro de estas formas ilegales, las tomas de terreno han ocupado una porción significativo del espacio de publicaciones sobre las materias de vivienda en la década de los años setentas. Son ellas, tal vez, la forma en que mayor cantidad de población ha logrado solucionar su problema habitacional en América Latina en los últimos veinte años, por la vía de llegar a controlar un lugar. Su origen fue, por lo general, violento y vinculado a los acontecimientos políticos de cada país: dependiendo de su situación interna, al momento de producirse una coyuntura adecuada, se produjeron tomas de terrenos. Los pobladores que participaban en ella lo hacían normalmente al amparo de un partido político importante y en el seno de una organización grande de pobladores, como estrategias para evitar el desalojo por la vía de la represión. Para los partidos éstas significan una forma de generar hechos políticos significativos; para los pobladores, una manera de encontrar un lugar donde vivir.

La tomas ocupan, por lo general, terrenos periféricos y/o marginales, en ocasiones asociados a altos costos de urbanización por sus condiciones topográficas adversas y difíciles en los casos en que se encuentran al centro de las ciudades o cercanas a ellos, como es el caso de las favelas en Río de Janeiro;

también estos altos costos pueden deberse a su extrema distancia al centro y a la zona urbana construida que dificulta la prolongación de las redes de infraestructura preexistentes.

Las tomas de terrenos generaron una cantidad importante de literatura que vió en ellas una forma de acceso de los sectores populares al poder por la vía de las organizaciones urbanas.²⁷ En la actualidad este optimismo está modificándose, no viéndose tan clara la efectividad de los movimientos sociales urbanos en la inserción de pobladores en las estructuras de poder. Se substituye una vivisión más bien optimista y "desarrollista" por otra "visión más pesimista y estructurada ... porque tal vez ya no hay modernización sino masificación y violencia" (Touraine, 1977). El propio Touraine opina que movimientos urbanos en América Latina propiamente no hubo; luchas urbanas sí, pero éstas no forman movimientos sociales urbanos propiamente tales. Es en esta nueva perspectiva, de corte más bien reivindicativo, que se visualizan hoy día las tomas de terrenos y la movilización en torno a la vivienda. Con creciente énfasis, los movimientos sociales aparecen como un conjunto de luchas urbanas, inestructuradas, y en las que crecientemente el individuo se automargina como fruto de una creciente anomia frente al fenómeno urbano y sus propios problemas de supervivencia (Tironi, 1987).

De esta forma, el análisis de los movimientos sociales como movimiento reivindicativo se transforma en el estudio de una vía masiva de acceso a vivienda en propiedad para determinados sectores sociales, aspirada por los pobladores, tolerada por el Estado, en un comienzo, y luego subsidiada por éste en su regularización (escrituración, infraestructura sanitaria, pavimentación, etc.). Por esta vía es finalmente el Estado quien asume los costos de los programas y provee una solución habitacional mínima que pasa así a ser aceptada como legítima tanto por los pobladores como por los tecnócratas estatales. Los montos de los subsidios así otorgados son difícilmente estimables; los propietarios de la tierra son los más beneficiados, en la mayoría de los casos, ya que se les paga valores comerciales por las expropiaciones de los suelos por encima de lo que ya les han pagado los propios pobladores u ocupantes precarios.²⁸

²⁷ Es muy abundante la literatura sobre el tema. Tal vez el trabajo más conocido sea el de Castells sobre esta materia (Castells, 1974).

²⁸ El sistema parece lucrativo de tal manera que se conocen casos en que los propios propietarios han organizado el proceso de toma de su terreno, con miras a entrar en una etapa de negociación con el gobierno por el valor justo para la expropiación. Así logran que un terreno que normalmente no tiene mercado, pase a venderse a valores comerciales atractivos para ellos y que el comprador sea el Estado.

Estos sectores poblacionales pasan así a una etapa de consolidación de sus viviendas, etapa que coincide aproximadamente con el inicio de procesos de desmovilización de las organizaciones reivindicativas originales. Se formarán así una serie de procesos de consolidación urbana de las tomas, transformándose progresivamente estos espacios en ámbitos urbanos (MacDonald, 1987). Esta visión positiva de los procesos de consolidación urbana son vistos por otros autores como un cambio en el grado de compromiso del Estado con la solución del problema habitacional: De una situación en que el problema de la vivienda de buen nivel es derecho de los habitantes en algunos países, se pasa a otra en que el acceso a un pedazo de tierra se transforma en la solución habitacional socialmente adecuada y legitimada, tras pasando al poblador la responsabilidad de la construcción de la vivienda propiamente tal.

A partir de las experiencias de las tomas, sin embargo, se ha desarrollado una vertiente distinta de pensamiento que tiende a visualizar la construcción del habitat como una de las dimensiones en que los pobladores pueden asumir una porción de su legítima cuota de poder. Esta visión está muy asociada con la concepción de que en la sociedad es necesario atomizar y descentralizar el poder como una manera de lograr una real democracia. Se trata así de evitar la concentración en la gestión de las políticas habitacionales otorgándole a los pobladores autoconstructores un rol protagónico en la conformación de su habitat: corresponde al Estado otorgar, desde una perspectiva muy descentralizada, la asistencia técnica para viabilizar estos procesos (Turner, 1983).²⁹

Una forma alternativa a la radicación de las tomas ha sido su represión por la vía de la violencia y la erradicación posterior. En efecto, dado lo precario de su condición de tenencia de la tierra, al ubicarse poblaciones en área que se ven afectadas negativamente por su presencia, expresado esto en un descenso de los valores de suelo, se movilizan importantes grupos de presión con miras a lograr su erradicación, proponiéndose y lográndose normalmente su traslado a terrenos periféricos de menor precio o en donde su presencia sólo afecta a los vecinos, de semejante condición social. Estas acciones de reacomodo

²⁹ Por esta vía se han logrado algunos resultados muy atractivos en algunas ocasiones. El más documentado es el de la Villa El Salvador en Lima que, a partir de una toma masiva de tierra se genera un proceso de autoconstrucción de viviendas que se basa en una organización de muy alto nivel y que se refuerza permanentemente, hasta legitimarse como municipio autónomo dentro del área metropolitana de Lima asumiendo así su cuota de poder urbano, según algunos autores (Riofrío, 1986).

dentro del tejido urbano, además de ser altamente costosas para el propio Estado -que, de paso, no percibe beneficio alguno de la medida ya que éstos son internalizados en su totalidad por los vecinos de altos ingresos que se quedan- tienen un alto precio en destrucción de tejido social y de sus organizaciones de base.³⁰ El argumento se comprueba más aún al hacer notar que a nadie se le ocurre erradicar tomas de terrenos sin gran valor o insalubres, o en los casos en que los terrenos tomados son muy periféricos y rodeados de poblaciones semejantes en términos sociales a las de los ocupantes ilegales.³¹ Las tomas pareciera ser la forma como se agregan al casco urbano los terrenos que técnicamente presentan problemas para su incorporación, transformándose en lugares de asentamiento más permanente mediante la dotación de alguna forma de abastecimiento de agua potable y alcantarillado. Existe abundante financiamiento para ello en las líneas de crédito de los organismos internacionales.

Estas formas duales de operación frente al mercado inmobiliario produce un patrón urbano residencial crecientemente segregado, llegándose incluso a hablar de diferentes ciudades dentro de la ciudad. La ciudad de los sectores más acomodados, que se compara con las de los países centrales a nivel mundial y las ciudades olvidadas, no visibles para los grupos que detentan el poder, en las que se aceptan condiciones sanitarias precarias por su carácter de emergencia, por su transitoriedad, condiciones que permiten postergar la inversión -muy cara- en infraestructura y donde el equipamiento es normalmente liberado a las fuerzas del mercado informal de comercio y servicios. Esta forma de operación es la materialización definitiva de hacer descender el standard de un nivel considerado adecuado a otro que se tilda de "realista" para las condiciones que requieren estos habitantes. Se obvian así las definiciones legales y se regula la dotación urbana de los sectores pobres por la vía de la decisión burocrática.

Es así como proliferan los mecanismos informales de solución (de Soto, 1987). Junto con ellos también proliferan todos los or-

³⁰ La erradicación de las favelas de Sao Paulo tuvieron estas características (Pearlman, 1976). Iguales condiciones se presentaron en las de Santiago de Chile y de Buenos Aires, entre otras.

³¹ Un ejemplo interesante es el del suburbio de Guayaquil donde los sectores populares se ven prácticamente empujados a los barriales que genera el río Guayas en su delta, otra parece ser el de las Pincoyas al extremo norte de la ciudad de Santiago de Chile que, al estar tan alejadas, no molestan a nadie ni afectan grandes intereses del mercado de la tierra urbana.

ganismos no gubernamentales de suplencia de la acción del Estado en la atención de los problemas de los sectores más pobres. ³²

Finalmente, cabe reiterar una vez más, que los grupos que operan a través de las tomas de terrenos no siempre son los más pobres de los pobres; normalmente, por debajo de ellos se encuentran los sectores de pobreza extrema que dado lo precario de sus ingresos, no tienen capacidad alguna para incorporarse a estos procesos de autoconstrucción a partir de las tomas de terreno: quedan así una vez más excluidos.

4. Las lecciones para después de la crisis.

Tal como se dice más arriba, la crisis aparece como una coyuntura favorable para lograr que se deriven mayores recursos a los sectores de muy bajos ingresos ya que ella exige redefinir en general las políticas de gasto social entre las que las políticas de vivienda ocupan un lugar importante y, para ello, rediscutir los grupos objetivo de las políticas sociales en los países latinoamericanos a la luz de los antecedentes que la misma crisis entrega sobre los grupos más afectados por ella y las opciones que se abren para resolver la coyuntura actual.

Un hecho que aparece como muy significativo es que ya han pasado seis años desde la crisis y que, en este período fundamentalmente, el peso de la crisis ha recaído más fuertemente sobre los grupos pobres y los asalariados, fundamentalmente, por su incapacidad de mejorar su capacidad de negociación en el debate nacional de distribución de exedentes generados en la producción. Hasta ahora se ha tratado de aplicar modelos de crecimiento sobre la base de la capacidad de los empresarios de resolver la crisis. Se abren nuevas coyunturas para que el Estado pueda redefinir su acción, especialmente en los países en que el proceso político está llegando a puntos más bien críticos en los niveles de tensión internos por estas bajas en los salarios reales y por los incrementos en los niveles de pobreza crítica.

La única opción real que aparece políticamente viable es la de derivar mayores recursos, por la vía de subsidios y de gasto que signifique generación de empleo, hacia los sectores que se han visto más afectados en la crisis. Para ello el Estado debe asumir un rol protagónico en el manejo de la crisis, reorientando su gasto y au-

³² Crecientemente las agencias internacionales de ayuda de los países ricos han llegado a actuar a través de organismos no gubernamentales ya que, la forma descentralizada como operan y la fijación de grupos objetivos de condiciones críticas de pobreza, les dan mayores garantías que el Estado como eficientes para canalizar su aporte a los estratos más pobres.

mentando su compromiso con el gasto social (Eyzaguirre y Valdivia, 1987).

Este hecho permite, como se decía, rediscutir en profundidad el manejo de las políticas habitacionales en diversos aspectos, especialmente en la definición de los grupos objetivo. Es necesario buscar formas de mejorar significativamente la calidad de vida de los sectores más pobres derivando hacia ellos una porción muy significativa del gasto social. Los grupos objetivo deben incorporar a las familias incompletas y a los carentes de ingresos estables en un esfuerzo para vencer, además del problema habitacional, los problemas de salud y hambre, incorporando en los programas a los pobladores organizados tanto como a la población que se encuentra al margen de ellas, con gran énfasis en los problemas de los jóvenes y los ancianos, grupos que han sido más fuertemente golpeados por estos seis años de crisis (Campero, 1987). En este sentido vale la pena precisar los siguientes como tópicos fundamentales para esta redefinición de políticas habitacionales: ³³

- a. Eliminación de las transferencias de los fondos del Estado a programas habitacionales destinados a los sectores medios y altos de ingresos. Es posible idear sistemas en que la cobertura de los sistemas financieros hipotecarios mejoren significativamente su cobertura, ampliándose significativamente hacia los estratos medios, sin necesidad de subsidiar su demanda. Para lograrlo es fundamental mejorar las condiciones en que opera el mercado de instrumentos financieros de largo plazo, particularmente el de las letras y los mutuos hipotecarios, de modo de bajar substancialmente sus costos de operación. Existe un alto potencial de derivar recursos de las compañías de seguros y de los sistemas previsionales hacia este tipo de instrumentos tal como ha sido demostrado por diversos autores recientemente (Buckley y Renaud, 1988). ³⁴
- b. Generación de una conciencia social sobre la alta prioridad que los sectores de pobreza extrema merecen por parte del Estado. Esta mayor conciencia no sólo se justifica por razones de índole ética, sino que en el potencial costo político que significa

³³ Es evidente que los cambios deben producirse paralelamente en los diversos campos de gasto social, si es que se quiere tener algún impacto en mejoramiento de las condiciones generales de vida de los habitantes. La solución del problema habitacional es uno de los aspectos parciales en que se puede y debe intervenir; no es autosuficiente, sin embargo.

³⁴ La opinión suya es que "las inversiones urbanas en condiciones de rápida urbanización constituyen uno de los activos menos riesgosos de la economía, vistos en una perspectiva de evaluación de activos", dado que tienden a mantener su valor en los momentos de crisis (Buckley y Renaud, 1988).

para la perduración de los gobiernos democráticos la existencia de una proporción significativa de población en condición de pobreza extrema. El mayor riesgo que significa esta derivación de gastos hacia los segmentos más pobres está dado por la eventual reacción de los estratos medios al verse fuera de los beneficios del Estado en el campo habitacional.⁴² Una forma de lograr evitar su reacción potencialmente desestabilizadora es la mantención de niveles altos de empleo y los niveles de remuneración, logros que dependen en muy buena medida de la reactivación por la vía del gasto social del Estado. Paralelamente, parece obvio que es necesario que los sectores más pobres tengan presencia en el debate político nacional; esto hace prioritario el despliegue de esfuerzos para su organización y movilización, labor que en buena medida debe transferirse a los partidos políticos para que los representen en sus intereses reales. En este sentido, parece fundamental la búsqueda de vías de canalización de sus extremadas urgencias sociales sobre el sistema de poder por la vía reivindicativa.

- c. Búsqueda de medidas políticas y tecnológicas de disminución de los costos de vivienda. En una perspectiva de política, tal vez el elemento más importante sobre el cual intervenir es el del mercado de suelo urbano, evitándose el encarecimiento de la vivienda por la vía de la especulación privada con el suelo urbano. En este sentido, los esfuerzos destinados a legitimar la operación del mercado de la tierra a nivel de gobierno parecen muy atractivos (Trivelli, 1982 y García Carrión, 1985) por una parte; por otra, la posibilidad de captar socialmente la plusvalía generada por la inversión pública parece fundamental para poder refinanciar el desarrollo urbano y redistribuir los beneficios de él derivados (Vetter y Ramalho, 1979). Desde una perspectiva organizacional, se debe propender a la utilización de tecnologías mixtas que permitan la incorporación del beneficiario en partes de la construcción y de las empresas constructoras, con sus economías de escala en otras, maximizando el aporte potencial de cada uno. Esto último requiere que los programas habitacionales operen desde una perspectiva descentralizada, con altos niveles de participación a nivel de comunidades.

42 Ello podría significar un encarecimiento de la vivienda percibido su precio por el dividendo mensual resultante o, en su defecto, una disminución de los estándares habitacionales a los que pueden optar con sus ingresos. Ninguna de las dos consecuencias parece ser demasiado desestabilizadora del sistema político en comparación con la mantención de los niveles actuales de población en situación de pobreza extrema.

- d. Políticas de vivienda inmersas en el medio urbano. Las políticas de vivienda deben abandonar su marcado "viviendismo" y abrirse a la incorporación de parámetros diferentes en su evaluación e implementación. Así, no deben ser ajenas a ellas las condiciones generales de equipamiento e infraestructura de los barrios que a través suyo se construyen, los patrones de segregación urbana, el carácter y calidad del espacio público generado con ellas entre otras consideraciones sobre el complemento urbano.³⁶ En este sentido, parecen atractivas acciones tales como desegregar los barrios exclusivos con la radicación de otros estratos dentro de ellos, localizar pobladores en los barrios centrales aprovechando los altos niveles de deterioro existentes, mejorar la localización residencial popular de modo de evitar los largos viajes al trabajo y a otros propósitos, entre otras medidas de carácter urbano. Estas sólo serán factibles si se incorporan dentro de las plataformas de los partidos políticos que realmente representan los intereses populares.³⁷
- e. Aumentar los niveles de crédito externo para programas habitacionales orientados a segmentos de pobreza. Una forma de lograr la reasignación de gasto público hacia los sectores de pobreza es la de atar programas a financiamientos específicos. La angustiosa necesidad de divisas que la mayoría de los países latinoamericanos presentan hace factible lograr implementar este mayor grado de compromiso con el financiamiento de vivienda popular atándola a créditos específicos para ello. En los organismos existe disposición a financiar este tipo de proyectos por sobre el otorgamiento de créditos para proyectos habitacionales que benefician a los estratos medios o altos.³⁸

³⁶ Para ello es fundamental la incorporación de normativa urbana a nivel de programas y políticas habitacionales y, tal como se indica más arriba, disminuir por la vía de la intervención sobre el mercado de la tierra, las expectativas especulativas de los propietarios y gestores inmobiliarios, aplicando medidas drásticas para su control.

³⁷ Esto último queda de manifiesto cuando se evidencia el interés que han despertado en el último tiempo los partidos ecologistas, verdes, humanistas; enfin, todas las acepciones que tienen movimientos que representan un mejoramiento integral de la calidad de vida.

³⁸ Aparejado a este objetivo se encuentra la implementación de burocracias modernas con aptitud para desarrollar y evaluar proyectos habitacionales populares para ser presentados con éxito a estas agencias.

- f. Gestión descentralizada en la implementación de los programas de vivienda. Finalmente, la gestión descentralizada propia de una creciente apertura democrática real, con el consiguiente acercamiento del poder a la base por la vía del refuerzo de la capacidad municipal o local de gestión del desarrollo, aparecen como opción única de implementación de programas sociales eficientes en el logro de sus objetivos. Ello aconseja una reconsideración de la institucionalidad de los programas de vivienda tradicionales también en la perspectiva de las agencias que los tienen a su cargo. La operación descentralizada aparece como una mejor opción para que los intereses de las agencias se adecúen a los de los beneficiarios, y no viceversa, al permitir la desmasificación de los programas y viabilizando una mejor capacidad de respuesta a las necesidades reales de los pobladores.

B I B L I O G R A F I A

- | | | |
|---|--------|---|
| ARELLANO, José Pablo | (1981) | "Políticas de vivienda 1975-1981: financiamiento y subsidios", en <u>Revista EURE</u> , vol. X, no 28. |
| BAMBERGER, Michael, Eduardo GONZALEZ-POLIO y Unnuay SAE-HAU | (1982) | "Evaluation of site and services projects in El Salvador", World Bank Staff Working Papers No 549, Banco Mundial, Washington D.C. |
| BENGOA, José | (1987) | "Pobladores y vivienda rural", en <u>Revista EURE</u> , vol. XIII-XIV, No 39-40. |
| BLITZER, Silvia y Jorge Enrique HARDOY | (1983) | "La distribución espacial de los préstamos para los asentamientos humanos en América Latina. Las actividades de las agencias multilaterales 1970-1979". |
| BUCKLEY, Robert y Bertrand | | |

- RENAUD (1988) "Urban finance in post-depression Latin America: The solvency status of urban borrowers" , mimeo. Washington D.C.
- CAMPERO, Guillermo (1987) Entre la sobrevivencia y la acción política, Santiago; Estudios ILET.
- CASTELLS, Manuel (1974) La cuestión urbana, Madrid, Siglo XXI.
- CORNELIUS, Wayne y Henry DIETZ (1976) "Urbanización, formulación de demandas y sobrecarga del sistema político", en Revista EURE, vol. V, No 13.
- DE SOTO, Hernando (1987) El otro sendero, Lima, Instituto Libertad y Democracia.
- DONOSO, Gustavo (1987) "Medidas para reforzar la participación del sector informal en el campo de la vivienda para los más pobres", en Revista EURE, vol. XIII-XIV, No 39-40.
- GARCIA, Jorge y Diego CARRION (1985) Tierras para asentamientos populares: criterios de selección y desarrollo, Quito, CIUDAD/ALAHUA.
- GILBERT, Alan (1987) "Arrendatarios y autoconstrucción: selección y restricciones en el mercado de viviendas en los países de menores ingresos", en Revista EURE, vol. XIII-XIV, No 39-40.
- ESPINOSA, Vicente (1981) "Tendencias del movimiento de pobladores en Chile", Santiago, mimeo, SUR.
- EYZAGUIRRE, Nicolás y Mario VALDIVIA (1987) "Restricción externa y ajuste. Opciones y políticas en América Latina, en Revista de la CEPAL, No 32.

- FINEP / IBAM (1981) Quando a rua vira casa, Rio de Janeiro, IBAM.
- HAYNDL, Erik y Carl WEBER (1986) "Impacto redistributivo del gasto social", Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Economía, Serie Documentos de Investigación No 79.
- HARTH-DENEKE, Alberto y Carlos Benjamin LUNA (1989) "Los tres mercados informales o populares de vivienda en El Salvador", en Revista CIAP, vol. XIV, No 54.
- HESKIA, Isabel (1980) La distribución del ingreso en Chile, 1957-79, Santiago, Instituto de Economía de la Universidad de Chile.
- HWELESZ, Antonio (1987) "FONHADO: Nuevos sistemas de financiamiento para la vivienda popular", en Revista CIAP, vol. XXI, No 83-84.
- INGRAM, Gregory (1984) "Housing demand in the developing metropolis: estimates from Bogota and Cali, Colombia", World Bank Staff Working Paper No 662, Banco Mundial, Washington D.C.
- KEARE, Douglas H. y Scott PARIS (1982) "Evaluation of shelter programs for the urban poor: principal findings", World Bank Staff Working Papers, Banco Mundial, Washington, D.C.
- LAGOS, Ricardo (1987) "La satisfacción de necesidades básicas como estrategia de desarrollo", en PREALC, Buscando la equidad, PREALC, Santiago.
- MACDONALD, Joan (1987) Vivienda progresiva, Ediciones C.F.U., Santiago.
- MASSAD, Carlos y Roberto

- ZAWLER (1987) "Otro ángulo de la crisis latinoamericana: la deuda interna", en Revista de la CEPAL, No 32.
- MUSOZ, Oscar (1979) La distribución del ingreso en América Latina, Buenos Aires, El Cid Editor, CIEPLAN/CLACSO.
- NAHOUM, Benjamín (1987) "El problema de la habitación en los países capitalistas periféricos: sobre sus reales causas y posibles soluciones" en Revista EURE, vol. XIII-XIV, Nos. 39-40.
- NECOCHEA, Andrés (1986) "Subsidios habitacionales, reactivación económica y distribución del ingreso: Santiago de Chile, 1982", en Revista EURE, vol. XII, No 36.
- NECOCHEA, Andrés (1987) "Los allegados: una estrategia de supervivencia solidaria en vivienda", en Revista EURE, vol. XIII-XIV, No 39-40.
- NECOCHEA, Andrés (1988) "Los barrios populares: un patrón de exclusión - reclusión", Trabajo presentado al seminario Por una ciudad democrática, organizado por AVEC, JUNDEP, NORTE, SUR y TVS y celebrado en Santiago de Chile en abril de 1988 con los auspicios de la Embajada de Italia.
- PALMA, Eduardo y Andrés SANFUENTES (1979) "Políticas estatales en condiciones de movilización social: las políticas de vivienda en Chile (1964-1973)" en Revista EURE, vol. VI, No 16.
- PERLMAN, Janice (1976) The myth of marginality: urban poverty and politics in Rio de Janeiro, Berkeley, University of California Press.

- PUMARINO, Gabriel (1970) "Las políticas de vivienda como instrumento de desarrollo urbano", mimeo, Santiago, CIDU, D.T. 29.
- RIOPRIO, Gustavo (1985) Habilitación urbana con participación popular, 3 casos de estudio en Lima, Perú, Eschborn, G.T.Z.
- RODRIGUEZ, Alfredo (1987) "Veinte años de las poblaciones de Santiago", en Revista Proposiciones No 14.
- RODRIGUEZ GROSSI, Jorge (1985) La distribución del ingreso y el gasto social en Chile, 1983, Santiago, ILADES.
- SALAZAR, Gabriel (1985) Labradores, peones y proletarios: formación y crisis de la sociedad chilena del siglo XIX, Santiago, Ediciones SUR.
- SCOBIE, James (1977) Buenos Aires: del Centro a los barrios, 1870 - 1910 Buenos Aires, Ediciones Solar.
- THOMPSON, Ian (1982) "El transporte urbano en América Latina. Consideraciones acerca de su igualdad y eficiencia", en Revista de la CEPAL, No 17.
- TIRONI, Eugenio (1987) "Marginalidad, movimientos sociales y democracia", en Proposiciones, No 14.
- TORCHE, Aristides (1987) "Distribuir el ingreso para satisfacer las necesidades básicas", en LARRAIN, Felipe, Desarrollo económico en democracia: proposiciones para una sociedad libre y solidaria, Santiago, Ediciones Universidad Católica.
- TOURAINÉ, Alain (1987) "La centralidad de los marginales", en Proposiciones No 14.

- TRIVELLI, Pablo (1982) "Accesibilidad al suelo urbano y la vivienda por parte de los sectores de menores ingresos en América Latina", en Revista EURE, vol. IX, No 26.
- TURNER, John (1983) "From central provision to local enablement" en The Courier, No 81.
- UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE: CIAPEP/ODEPLAN (1985) "Costo nacional diferencial de localizar viviendas básicas", Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía.
- VALDES, Teresa (1986) "El movimiento poblacional: la recomposición de las solidaridades sociales", Santiago, FLACSO, Documento de Trabajo No 283.
- VETTER, David M. y Henrique COSTA RZESINSKI (1979) "The barazilian case: land policy for whom?" en Habitat international, vol. 4, No 4/5/6.
- VETTER, David M y Rosa Ma. RAMALHO MASSENA (1981) "¿Quién se apropia de los beneficios de las inversiones del Estado en infraestructura urbana? Una teoría de causalidad circular", en Revista SIAP, vol. XV, No 60.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20