

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:

Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

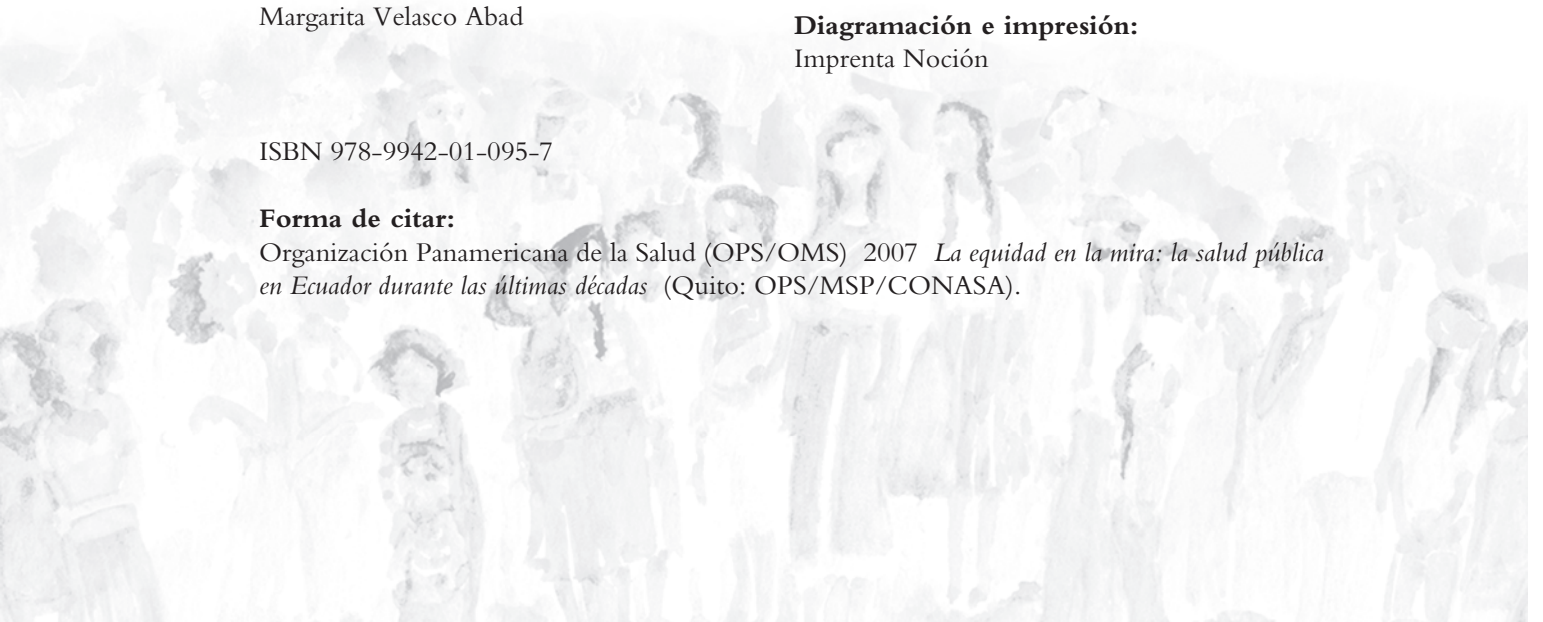
Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



Índice

 Presentación	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177	177
<i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>	

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195	195
<i>Juan Vásquez</i>	
 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203	203
<i>Lily Rodríguez</i>	

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213	213
<i>Ramiro Echeverría</i>	
 Los recursos humanos en salud 222	222
<i>Cristina Merino</i>	
 Las acciones y políticas nutricionales 238	238
<i>Marcelo Moreano Barragán</i>	
 La política de medicamentos 249	249
<i>Luis Sarrazin Dávila</i>	
 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256	256
<i>Nancy Vásquez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>	
 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271	271
<i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>	
 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284	284
<i>César Hermida Bustos</i>	

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414

 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70 <i>Rodrigo Fierro Benítez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoíza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299 <i>Diego Victoria</i>	299

	Municipio saludable 350
	<i>Paco Moncayo Gallegos</i>
	La provincia saludable: un nuevo desafío 352
	<i>Ramiro González</i>
	Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353
	<i>Auki Tituaña</i>
	Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363
	<i>Fernando Sacoto</i>
	Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365
	<i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
	El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366
	<i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
	¿Cómo lograr un país equitativo? 446
	<i>León Roldós Aguilera</i>
	ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

Presentación

Como ministra de Salud Pública del Ecuador, presentar la obra *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* me resulta altamente placentero. Se trata de una contribución de cincuenta y siete autores, quienes mediante un análisis retrospectivo presentan los acontecimientos más importantes ocurridos en el ámbito de la salud en nuestro territorio durante las últimas décadas.

Este libro constituye, sin lugar a dudas, un gran aporte para el gobierno nacional presidido por el economista Rafael Correa. El libro ofrece la posibilidad de aprender tanto de los logros alcanzados como de los errores cometidos, y pone a nuestra disposición todo un legado de conocimientos y experiencias que constituyen insumos invaluable para las políticas y estrategias que el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) desarrollarán en el futuro inmediato.

La salud pública constituye un componente fundamental de la revolución ciudadana promovida por el nuevo gobierno. Como sabemos, la salud es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado, hoy convertido en el eje estratégico del desarrollo social. En vista de ello, los esfuerzos del actual gobierno tienen a 'la equidad en salud en la mira' y se encaminan hacia la extensión de la protección social en salud. Para tales efectos, se propone desarrollar un modelo de atención integral, familiar y comunitario,

basado en la atención primaria y en los enfoques intergeneracional, intercultural y de género. Ya hemos avanzado hacia la gratuidad de servicios y hemos priorizado la atención en las áreas rurales y entre la población más vulnerable. Con ello, intentamos disminuir la inequidad existente en nuestro país.

Para impulsar la interconexión entre los diferentes actores de la salud, hemos fortalecido nuestro trabajo en el CONASA y hemos priorizado la relación entre el MSP y el Departamento Médico del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Estas entidades han pasado a ser concebidas como instituciones fuertes y responsables del incremento en la cobertura de servicios de salud en el Ecuador. Cabe señalar, también, que hemos puesto especial atención a los recursos humanos en el campo de la salud, propiciando el desarrollo de una Ley de Carrera Sanitaria e incrementando las partidas de personal para nuestros servicios de salud. En esta línea, se ha enfatizado la dotación de recursos humanos para los sectores más empobrecidos.

El MSP es un ministerio de la vida y tiene a la 'equidad en la mira'. En consecuencia, hemos privilegiado la salud de la madre y del niño: actualmente estamos fortaleciendo la vigilancia de la mortalidad materna y neonatal, los cuidados obstétricos esenciales y la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita con la participación de la comunidad como veedora permanente. A nivel inter-ministerial, estamos elaborando políticas para la reducción del hambre y la desnutrición en los grupos más vulnerables.

Adicionalmente, desde el Ministerio impulsamos los programas prioritarios que nos permitirán conservar los logros que, con el apoyo de la Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS), ya hemos alcanzado: diecisiete años sin poliomielitis, diez sin sarampión, dos sin rubéola y síndrome de rubéola congénita, y seis años sin fiebre amarilla. Sin embargo, también estamos preocupados por el impacto de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer de mama. Por otra parte, buscamos garantizar el acceso a medicamentos a los pacientes con VIH/sida y tuberculosis. Finalmente, el dengue y la malaria constituyen problemas de especial importancia. Por todo esto el MSP ha propuesto el trabajo mancomunado con otras secretarías de Estado y con los gobiernos locales.

Desde la secretaría de salud del gobierno del presidente Rafael Correa, con la publicación de esta obra queremos augurar el impulso de procesos que transformen la historia de la salud pública en este país. Esperamos que la equidad se transforme en una realidad. Para avanzar en esta dirección, es necesario fomentar la conjunción entre un buen manejo de la estructura instalada del sector de la salud y una participación ciudadana sólida y comprometida. Tomemos entonces a *La equidad en la mira* como señal del inicio de una nueva época para la salud del pueblo ecuatoriano.

Mis agradecimientos al comité editorial que con tanta paciencia y compromiso preparó este libro, a los autores y a la OPS/OMS que cooperó con tanto denuedo para materializar este esfuerzo colectivo.

Caroline Chang

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Prólogo

La presente publicación pudo ser concluida después de dos años de trabajo de un equipo de salubristas comprometidos, contando con el apoyo de varias instituciones y del comité editorial. Cerca de 60 personas se han involucrado directamente en esta construcción colectiva.

La equidad en la mira constituye un sueño, hoy hecho realidad, del anterior representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador. Nos alegra que hoy se concrete la aspiración del Ing. Diego Victoria de entregar un recuento sobre la realidad sanitaria del país desde décadas pasadas hasta la actualidad. Este aporte destaca tanto los logros conseguidos como los desafíos pendientes, delineando el trecho por construir a futuro.

Con este libro, se confirma que sólo la tenacidad del trabajo en equipo entre los salubristas puede hacer posible transformar la salud pública en el Ecuador. Esta misma tenacidad nos impulsa a levantarnos cada mañana con la esperanza de que aportaremos con algo nuevo y de que podremos apoyar a los y las ciudadanas para quienes y con quienes trabajamos. Otra fuente fundamental que alimenta esta tenacidad es el anhelo de que, ahora sí, construiremos un Sistema Nacional de Salud que constituirá una prioridad de

Estado y que, consecuentemente, la mejoría en las condiciones de vida de la población será, finalmente, alcanzada de manera equitativa.

En el terreno de los logros estratégicos del Sistema Nacional de Salud, cabe destacar la realización de tres Congresos por la Salud y la Vida, todos con gran impacto potencial para el futuro de la salud pública en el país. Los dos primeros Congresos, celebrados en Quito y Guayaquil en los años 2002 y 2004 respectivamente, permitieron elaborar y concertar socialmente la Política de Estado en Salud y la Agenda en Salud. Por su parte, el tercer Congreso, que se llevó a cabo en la ciudad de Cuenca en abril del 2007, además de rescatar los principales elementos de los dos Congresos anteriores, se convirtió en la “pre-constituyente por la salud”. En efecto, sus conclusiones y recomendaciones ofrecen un importante insumo para la agenda de los asambleístas que muy pronto iniciarán su histórica labor en la Asamblea Nacional Constituyente.

Deseamos que este libro contribuya en este proceso de construcción política del pueblo ecuatoriano y, especialmente, que ponga a disposición de la comunidad del sector social del país una serie de herramientas conceptuales y un acervo investigativo útil para la toma de decisiones.

Dr. Jorge Luis Prosperi

Representante de OPS/OMS en Ecuador

Introducción

La producción de este libro no hubiera sido posible sin el apoyo de la representación en Ecuador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y del Consejo Nacional de la Salud (CONASA). Respaldados por este marco institucional, quienes concebimos esta publicación hace ya más de dos años, nos planteamos como objetivo central construir, colectivamente, una visión analítica y propositiva sobre la situación de la salud pública en el Ecuador desde finales de la década de los setenta hasta la actualidad. A través de la presentación de esta obra de largo aliento, que incluye una vasta diversidad de voces y registra el trabajo comprometido de toda una generación de salubristas, esperamos contribuir a que la salud pública se posicione políticamente como una prioridad dentro de la agenda nacional del Estado.

La información presentada y las reflexiones desarrolladas a través del conjunto de artículos que conforman este libro, permiten realizar un balance no poco exhaustivo sobre los avances y retrocesos registrados en la salud de los y las ecuatorianas durante el denominado periodo democrático. Por su sentido crítico y su clara vocación ética, podemos afirmar que las cincuenta y siete contribuciones que configuran esta voluminosa publicación se proyectan hacia un mismo horizonte. En efecto, las diversas perspectivas que abren estos trabajos forman parte de un proyecto compartido que tiene a *la equidad en la mira*.

Para organizar nuestra exploración sobre las dimensiones de la salud pública, el libro fue organizado en seis partes. En la primera se presenta una revisión sobre la reconfiguración del rol del Estado como proveedor de bienestar en el mundo y sobre las características de la formulación y ejecución de las políticas sanitarias en América Latina.

La segunda parte del libro ofrece un extenso y pormenorizado análisis sobre las condiciones contemporáneas de la salud en el Ecuador. Para fines de claridad expositiva, esta parte fue dividida en cuatro secciones. En la primera, titulada “Política, sociedad y salud” se analiza el marco social y político sobre el que se asienta la realidad contemporánea de la salud en el país y los principales cambios registrados en los indicadores de salud de la población. En la segunda sección, titulada “Causas principales de enfermedad y muerte”, se profundiza en el estado de salud de los y las ecuatorianas durante las últimas décadas. Partiendo del análisis de problemas prioritarios de la salud, como son la mortalidad materna y la desnutrición, se exploran los impactos y los modos de enfrentar las viejas enfermedades, como la tuberculosis y la malaria, y también las nuevas dolencias de la época contemporánea, como la obesidad, el VIH/sida, el dengue, el cáncer y la violencia social. A continuación, bajo el título “El entorno en que vive la gente”, en la tercera sección se revisan los riesgos determinados por desastres naturales, uso de plaguicidas y ambientes inadecuados de trabajo por los que atraviesan los y las

ecuatorianas. Finalmente, para cerrar esta parte del libro, en la sección titulada “Cambios en la vida de grupos prioritarios” se analizan aspectos referidos a la salud de dos grupos poblacionales fundamentales que fueron visibilizados, de modos distintos, durante estas últimas décadas: los niños, niñas y adolescentes, por un lado, y por otro, las mujeres.

La tercera parte del libro formula un balance sobre las respuestas del Estado ante las condiciones de salud detalladas anteriormente. A través de este tercer conjunto de artículos, se analiza y reflexiona desde distintos ángulos sobre los modos en que las instituciones respondieron a la situación de salud de la población. Durante estos últimos años, como sabemos, el objetivo primordial en este ámbito ha sido la construcción y operación del Sistema Nacional de Salud. Éste ha sido el mecanismo central planteado para viabilizar la reforma del sector salud, y así, superar la inequidad y elevar la calidad de vida de los y las ciudadanas del país. Las diversas tentativas de reforma que se revisan en esta parte, constituyen aportes valiosos para la implementación, todavía pendiente, del Sistema de Salud.

De la mano con el problema de la capacidad de respuesta institucional, la cuarta parte del libro pone a disposición del público lector un recuento informado sobre los modelos de atención de salud aplicados en el país, principalmente, durante las dos últimas décadas del siglo pasado. Uno de los mayores desafíos de la salud pública es la transformación tanto de

los servicios ambulatorios como de internación. En el modelo de atención se plasma la relación entre el ciudadano que demanda servicios de salud aquejado por una dolencia y el personal de salud. Asimismo, allí se concretan las formas de comunicación e interrelación entre el personal y la ciudadanía que pueden promocionar prácticas saludables de vida. En el modelo de atención, además, se sintetiza la organización, financiamiento y resolución de los problemas de salud del país. Cabe enfatizar que la equidad se consigue, no sólo cuando se garantiza el acceso a un servicio, sino cuando se institucionaliza un tipo de atención de calidad, o bien, una atención cálida, oportuna, eficiente y eficaz.

La quinta parte del libro ofrece una exploración sobre nuevos planteamientos en el campo de la salud pública. En algunos aspectos, los argumentos que se desarrollan aquí cuestionan los presupuestos que han orientado el trabajo de muchos salubristas del país. En estas últimas décadas han emergido varias líneas de pensamiento que trasladan el foco de atención desde la enfermedad hacia la salud. A partir de este cambio de paradigma, se han incorporado nuevas dimensiones culturales y éticas. Un aspecto central dentro de este proceso de cambio son los desafíos que plantea la globalización a la medicina social. Confiamos en que la apertura a la autorreflexión crítica planteada en esta parte del libro, puede encaminar el sentido de nuestro trabajo hacia nuevos desafíos y hacia tareas plenamente actuales.

Por último, sin la intención de proponer conclusiones cerradas sobre un proceso abierto y en construcción, se presenta un breve balance sobre la inequidad en el país y se anotan algunos desafíos a futuro enmarcados en la agenda global de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Al cerrar la producción de este libro, cumplimos con el anhelo de quienes trabajan desde la salud en la construcción de utopías en el Ecuador. Por otra parte, al abrir esta publicación a la lectura de

un amplio público, un nuevo gobierno está en el poder y contamos con las recomendaciones de tres Congresos por la Salud y la Vida. Las bases conceptuales, filosóficas, legales e instrumentales para dejar de mirar hacia la equidad y empezar a vivirla como una realidad concreta parecen haber sido completadas. Sin embargo, el mayor desafío es compartir esta responsabilidad con la ciudadanía y con quienes deciden, desde el poder político, la prioridad del gasto y la inversión. Solo así garantizaremos el derecho a la equidad que todos anhelamos.

Consejo editorial

Parte I

Neoliberalismo y globalización: *los asedios a la salud pública*



Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar

Fernando Bustamante*

Como tendencia global, las políticas sociales y de salud de las últimas décadas se desenvuelven en el contexto de un conjunto de cambios profundos y trascendentes en la economía, en los procesos productivos, en las formas de trabajar y en los paradigmas que orientan la acción del Estado. Hasta fines de los años setenta del siglo pasado, se consideraba que el proceso de desarrollo debía pasar por la vía de la construcción del llamado Estado del Bienestar, y que debía basarse en una progresiva extensión de la cobertura estatal de las necesidades básicas de la población y, tendencialmente, en el pleno empleo. Sin embargo, a partir de la década de 1980, adquirió creciente hegemonía una concepción del desarrollo que consideraba necesario reducir el rol protector del Estado, intensificar la competencia mercantil, reducir la estabilidad laboral (a nombre de la flexibilidad laboral), potenciar el ahorro de las clases más prósperas, y limitar la regulación estatal. El llamado modelo neo-liberal apostaba a que en la medida en que se redujera el peso del Estado, el crecimiento económico aumentaría, al acrecentar los incentivos para la inversión y reducir los costos de las empresas.

Estas tendencias han sido dominantes en los países europeos y en aquellos que construyeron de manera temprana y relativamente completa los mencionados Estados del Bienestar. Sin embargo, puede hacerse la hipótesis que estas mismas tendencias afectan todo esfuerzo por proteger o construir sistemas similares en países como los de América Latina, dotados de particulares

condiciones. Por lo demás, en algunos de los países latinoamericanos más desarrollados, se ha intentado configurar modelos de protección social análogos (y muchas veces inspirados en los de tipo clásicamente europeo). Aunque los casos de la región latinoamericana contienen, sin duda, rasgos que les son privativos, también forman parte de procesos globales, respecto a los cuales la experiencia mundial constituye parte y condición constitutiva. En lo que sigue se presentará el desarrollo de estas condiciones que parecen afectar por igual todo esfuerzo de construcción de sistemas de protección social en América Latina o cualquier otro rincón del mundo.

Entre las apuestas que caracterizan al modelo actualmente dominante de prestación de servicios sociales, se halla la de que al aumentar la inversión privada, también aumentaría el empleo, y con ello la capacidad de las personas (especialmente de los trabajadores) para cuidar de sí mismas. Sin embargo la evidencia disponible indica que tales esperanzas no se han cumplido (Navarro, 2000). Por el contrario, la flexibilización laboral y el desmontaje de los mecanismos de redistribución de la riqueza económica propias del antiguo Estado del Bienestar, han fracasado en disminuir significativamente el desempleo, y han aumentado la desigualdad social, la concentración del ingreso y la pobreza. Asimismo, tampoco hay evidencias de que estas políticas hayan logrado aumentar la productividad, el crecimiento o la eficiencia de las economías. En realidad, los datos disponibles señalan que el aumento de la precariedad del trabajo sólo ha tenido como

* Profesor-investigador, Área de sociología y ciencias políticas – Universidad San Francisco de Quito

efecto positivo reducir o controlar la inflación, pero al costo de incrementar significativamente el bienestar y el consumo del 20% más rico de la población (Navarro, 2000).

Los efectos de las políticas señaladas han socavado el acceso de la población trabajadora y desempleada a muchos servicios básicos, o han determinado que este acceso sea cada vez más precario, en peores condiciones, o en condiciones de costo y de calidad cada vez más insostenibles. Estos efectos han sido globales, han ocurrido dondequiera que se haya aplicado el nuevo modelo post-Estado del Bienestar, pero se han hecho sentir con especial fuerza en los países menos desarrollados, donde se ha presenciado una explosión de la informalidad, del precarismo y del desempleo abierto. Por otra parte, el “nuevo trato” regresivo ha determinado que aumente la tasa de crecimiento económico necesario para generar cada unidad adicional de empleo, y esto ha forzado a una brutal explotación de los recursos humanos y de la naturaleza a fin de alcanzar las cada vez más altas tasas de avance (tasas indispensables para mantener la situación de empleo dentro de márgenes manejables). En muchos casos, sólo la emigración ha logrado proporcionar una válvula de escape a una situación laboral cada vez menos capaz de proporcionar a las personas un nivel de vida y de protección mínimamente aceptables.

Estos cambios en la forma de concebir el proceso de desarrollo han implicado también un cambio en las ideas dominantes sobre la relación que debe existir entre Estado y ciudadanos. En la concepción prevaleciente hasta aproximadamente 1980, se consideraba que el Estado era un agente de una especie de contrato social solidario. Las instituciones públicas eran vistas como representantes de una garantía recíproca que los ciudadanos se daban entre sí. De alguna forma, esto podría ser visto como una especie de “contrato social colectivo”. A cambio de la lealtad a la ley y de una participación en las instituciones comunes,

la persona recibía una garantía de que un núcleo básico intangible de necesidades y derechos sería protegido y resguardado. De alguna manera se había difundido –y las políticas y legislaciones crecientemente reflejaban esto–, la idea de que los derechos básicos de la persona humana debían incluir no sólo los derechos humanos básicos, civiles y políticos, sino también los llamados “derechos humanos de tercera generación”, que incluyen todos aquellos bienes y servicios que podían hacer posible, de manera efectiva, el acceso y el disfrute de los primeros. La tendencia actual, en cambio, tiende a tornar relativa la obligación del Estado o a aligerarla. Hoy en día, la presión por un “Estado mínimo” constituye una verdadera redefinición de los términos del “contrato social”, reduciendo la obligación estatal a la protección de la propiedad y seguridad personal, y enfatizando el ejercicio de los derechos “negativos”, o sea, aquellos que involucran una abstención o una no obstaculización estatal. En contraste, aquellos derechos que involucran una pro-actividad estatal son crecientemente puestos en duda y su exigibilidad tiende a ser abandonada.

El desmontaje del viejo sistema de relaciones entre capital y trabajo, y entre el Estado y los ciudadanos, ha estado vinculado y ha sido promovido por importantes cambios en la tecnología y en la organización del trabajo. En apretada síntesis, puede demostrarse que el clásico sistema “fordista”, basado en la producción en masa por una clase obrera organizada y agrupada en grandes fábricas, ha sido desplazado cada vez más por una serie de métodos descentralizados, informatizados, des-localizados y sostenidos en una extrema flexibilidad tecnológica, organizacional y legal. La ruptura de muchas barreras que obstaculizaban la libre circulación de mercancías, capital, tecnología y poder (notable excepción es el factor trabajo, aún sometido a fortísimas y cada vez más duras barreras proteccionistas), ha determinado un incremento de la asimetría entre capital y trabajo, especialmente porque ello aumenta las

flexibilidades que dan más libertad de maniobra al patrono, pero no necesariamente al trabajador (UNESCO, 1982). Esto se expresa claramente en la profunda decadencia de la organización sindical, en la fragmentación de espacios y ámbitos de organización de la población asalariada, y en la fragilidad de las alianzas políticas y sociales en las que se amparaba el trabajador (Offe, 1994). Cada vez más trabajadores enfrentan la negociación con el capital desamparados de toda protección estatal o de toda organización clasista.

Los cambios tecnológicos, por otra parte, han ahondado las divisiones dentro del propio mundo del trabajo. Con la explosión de la producción basada en el conocimiento experto y en la informática, una masa muy importante de trabajadores vio desvalorizadas sus competencias y descalificada su experticia acumulada. Unos pocos trabajadores pudieron vincularse con el mundo de la producción basada en el conocimiento, y ello ha producido una brecha de salarios cada vez más fuerte entre, de un lado, una masa mayoritaria inhabilitada, y de otro, un segmento limitado que se distancia enormemente de sus antiguos pares. La destrucción de las identidades obreras tradicionales ha sido acelerada por esta diferenciación interna de las clases trabajadoras, pero también por el desarrollo de otros focos de identidad. Muchos sentidos de pertenencia e identidad se apoyan en la tecnología informática de la red, que permite a las personas agruparse de manera des-localizada, es decir, con independencia de intereses vinculados al mundo del trabajo, de la oficina o de la comunidad local. Esto ha implicado, en definitiva, la profunda erosión de los modos de acción colectiva propios de las sociedades anteriores, donde barrio y sindicato ocupaban un lugar central en la formación de identidades asociadas a la acción colectiva. Muchas veces, en cambio, las nuevas identidades “en red” impiden la formación de amplios bloques multi-clasistas orientados a una negociación ciudadana con el capital o con el Estado. La

red ayuda y sostiene otras formas de acción colectiva basadas en factores de identificación inéditos, descentradas de las antiguas topografías de la sociabilidad, y ligadas a espacios, lugares y tiempos sincronizados.

Los procesos de destrucción del viejo “contrato social” del Estado del Bienestar, se han visto impulsados por una acelerada y masiva desregulación de los mercados financieros, y por la movilidad cada vez mayor de los capitales y de las mercancías. Todo lo cual no ha ido acompañado por una equivalente movilidad ni del conocimiento, ni, sobretodo, de la mano de obra y de las personas. Mientras el actual sistema da la más alta capacidad de flexibilidad a los factores productivos ligados al capital, restringe seriamente y “fija” territorialmente a aquellos dependientes del trabajo. Esto da lugar a una globalización “asimétrica” y sesgada en contra de los trabajadores y de las poblaciones pobres que no tienen la misma capacidad de buscar su mejor rentabilidad en los mercados mundiales. Asimismo, la mayor parte de los Estados han avanzado hacia la privatización de un conjunto de servicios públicos y de áreas de la economía que hasta 1980 se consideraban normalmente como parte del sector público, o al menos que debían estar bajo estrecha regulación gubernamental. El auge de la ideas individualistas y a favor del libre mercado propias de la economía ortodoxa, ha llevado a un consenso relativamente amplio respecto a la eficiencia de mecanismos de producción y redistribución de los bienes sociales que se basan en la autoayuda y en la libertad de los individuos. Desde esta perspectiva, se considera con frecuencia a toda forma de apoyo social, como una forma de injusticia o de asfixia de la libertad individual.

Este conjunto de ideas y prescripciones incluyen líneas directrices. Entre éstas se podría listar las siguientes: la privatización de los servicios públicos, de la seguridad social y de las empresas estatales; las políticas de austeridad destinadas a mantener a toda costa el equilibrio fiscal

y a priorizar el combate contra la inflación; la sumisión a las ventajas comparativas; un rol neutral del Estado en la promoción del desarrollo; la reducción y/o eliminación de subsidios a los servicios básicos o a las empresas; la fragmentación de los movimientos sociales y el fuerte debilitamiento del sindicalismo (UNESCO, 1982, Kohler, Wannoffel, 1993); la promoción de valores basados en el individualismo, en el consumismo hedonista y en la competencia. Este último rasgo del conjunto de ideas llamadas “neo-liberales” reintroduce, asimismo, de manera más o menos solapada, formas de “darwinismo” social que tuvieron su auge en la segunda mitad del siglo XIX (Hofstadter, 1992). De acuerdo con esta perspectiva, el éxito económico es la evidencia de la capacidad de adaptación y de la superioridad del sujeto exitoso. Por tanto, las políticas destinadas a apoyar o compensar las desventajas de los “perdedores” representan un costo inútil para el desarrollo y para la prosperidad general de la sociedad. Tal ayuda reduciría la capacidad de competir de los más idóneos y retrasaría el crecimiento, sin por ello cambiar la suerte de los “perdedores”, que, a su vez, lo serían debido a su intrínseca inferioridad. De esta forma, las penurias, enfermedades y carencias de los pobres, dejarían de ser una responsabilidad social, para convertirse en un mecanismo impersonal de selección que descartaría a los menos adaptados y menos aptos. Este mecanismo de selección permitiría prosperar y sobrevivir sólo a los más eficientes, dando pie, así, a un desarrollo económico y social más rápido y eficaz.

La importancia del sector público no sólo se ha reducido en el manejo de la economía y en la provisión de servicios. El Estado nacional se ha visto cuestionado como espacio de decisiones y como referente de la vida social y de la política por dos procesos simultáneos y convergentes. Para empezar, la aparición y fortalecimiento de espacios de decisión supra-nacionales y multilaterales, ha ido arrebatando cuotas de soberanía a muchos —sino la mayoría—

de los países. El debilitamiento de la soberanía nacional se asocia, no sólo al fortalecimiento de regímenes globales y de una institucionalidad supra-nacional, sino al hecho de que muchos de los problemas que hoy deben enfrentar los sistemas políticos son de una escala y localización que trascienden ampliamente la autoridad de los Estados. Un ejemplo claro lo proporcionan temas como el calentamiento global, las migraciones, el tráfico de estupefacientes, o las grandes epidemias globales. Por otra parte, la enorme concentración de poderes económicos, militares y políticos en un puñado de naciones, o el ascenso del unipolarismo estratégico posterior al fin de la Guerra Fría, han deteriorado severamente el valor de los recursos de poder de muchas naciones. En la época del balance bipolar o multipolar, las naciones débiles o menores podían siempre manejarse manipulando los conflictos entre grandes potencias, aumentando de esta manera sus márgenes de libertad estratégica. Tal opción es muy remota en las actuales circunstancias (Lyons, 1995).

En todo caso, sea por la mundialización de los problemas o por el unipolarismo, la mayor parte de los Estados nacionales se han visto cada vez más impedidos de controlar la capacidad de decisión necesaria para hacer frente a los problemas de sus países. Mientras que por otro lado, las poblaciones y electorados frente a los cuales son responsables los Estados les han seguido exigiendo la solución y satisfacción de sus demandas (Tulchin, 2002). Esta “tijera”, este entrampamiento entre capacidades más reducidas, por un lado, y demandas constantes o crecientes de la población, por otro, ha llevado a una enorme pérdida de legitimidad de los Estados frente a sus propios electorados. Para muchas personas, participar en la vida ciudadana y elegir a las autoridades se ha convertido en un ejercicio fútil. El ejercicio de votar pierde sentido en la medida en que no importa quién sea elegido: éste no podrá resolver los problemas porque éstos se escapan a la competencia real o a los recursos del Estado, o porque, alternativamente, no

habrá más remedio que llevar adelante políticas dictadas desde el exterior por agentes que no son responsables ante el electorado y que son, a su vez, portadores de una racionalidad sistémica global totalmente sustraída a la voluntad, vigilancia y exigibilidad por parte de los electores (Tortosa, 1998, Beck, 1998).

La pérdida de sentido y de legitimidad de lo “nacional” y de los sistemas políticos nacionales, ha motivado una creciente búsqueda de otros ámbitos ciudadanos y comunales que puedan permitir a los sujetos retomar el sentido de su existencia social, y hallar soluciones adecuadas y cercanas a las necesidades y aspiraciones de la población. Esto ha repercutido en la creciente importancia que se da a los gobiernos locales, a las autonomías provinciales y regionales, y a las formas de organización basadas en identidades (sean éstas territoriales o no). De esta forma, las personas vuelven sus ojos crecientemente hacia sus gobiernos municipales o locales en búsqueda de respuestas a sus aspiraciones, o intentan crear formas de organización particularistas que consideran más cercanas a su existencia y a sus mundos vitales que un Estado nacional que se ve, al mismo tiempo, como lejano, débil e incapaz.

De esta forma, el Estado se ve desafiado tanto desde el nivel supra-nacional como desde el nivel sub-nacional. El Estado ve acotadas, cuestionadas y limitadas sus capacidades de acción y respuesta, y, sobretudo, su legitimidad y autoridad tanto frente a actores globales como frente a la propia población que gobierna, pero que se halla cada vez más alienada de él.

Entre los factores transnacionales que más han influido en el debilitamiento de las capacidades autónomas de los Estados, y en especial de los del mundo en desarrollo, se encuentra el problema del excesivo endeudamiento. Los muy serios problemas que enfrentan los Estados para asegurar el servicio de la deuda, y, por consiguiente, para asegurar un adecuado flujo

de financiamiento para sus economías, han llevado a una generalizada dependencia respecto a los organismos del Bretton Woods (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional) y a otras instituciones financieras multilaterales, como, por ejemplo el Banco Interamericano de Desarrollo o la Corporación Andina de Fomento. Todos estos organismos fueron diseñados, originalmente, con el propósito de ayudar a los países a mantener su solvencia de corto plazo y para asegurar su capacidad de responder a crisis de sus balanzas de pagos. Sin embargo, a lo largo de las décadas, los organismos financieros internacionales han ido ampliando progresivamente su papel más allá de una condición de meros prestamistas. Los organismos mencionados se han convertido en certificadores de “buena conducta financiera”, y han ido desarrollando una gama cada vez más invasora y compleja de condicionamientos para dar su ayuda. Estas condiciones se han tornado cada vez más complejas, y afectan a una amplia y creciente gama de políticas nacionales que son vistas como relevantes para la solvencia de los Estados y para su capacidad de mantener sus presupuestos equilibrados.

En efecto, el pensamiento dominante en los bancos multilaterales apunta a controlar los factores “estructurales” de los déficit que ellos están llamados a combatir y que impiden la correcta disciplina financiera de los Estados. Sin embargo, en la lista de estos factores “estructurales” puede incluirse una cadena de dimensiones cada vez más amplia que no sólo incluye aspectos financieros, fiscales o tributarios, sino también otros de tipo productivo, social, político, jurídico o incluso de seguridad. De esta forma, la banca multilateral ha ido ganado la capacidad de ejercer una creciente tutela sobre amplias áreas de política pública en los países que pretenden beneficiarse de su asistencia (Blustein, 2003). El problema es, tal vez, que la banca multilateral tiene un mandato extremadamente específico: mantener y restaurar el equilibrio de las finanzas públicas, evitar los déficit y asegurar

el flujo de préstamos y de inversiones necesarias para promover el crecimiento y credibilidad de las finanzas públicas y privadas. Estos objetivos son sin duda importantes, pero dado el peso de los organismos multilaterales, terminan por eclipsar, más allá de lo sostenible, otros propósitos que los Estados y sus votantes también tienen. La monolítica imposición de criterios unidimensionales de evaluación del desempeño de los gobiernos en materia financiera, termina conduciéndolos al sacrificio de todas las demás metas exigibles y de todos los demás objetivos apetecibles para la población y para los propios gobiernos. Y justamente, al maniar muchas agendas gubernamentales que deben ser postergadas en aras de las metas de equilibrio fiscal, las agencias financieras multilaterales debilitan la capacidad de los gobiernos para mantenerse como referentes de la demanda social colectiva. En buena parte, la búsqueda de nuevos referentes políticos e identitarios se nutre de esta desilusión ante la irrelevancia e impotencia del sector público tradicional para dar respuestas a otras inquietudes no incluidas en la agenda de los organismos financieros globales.

El panorama geopolítico ha sufrido también vastas transformaciones. Como ya se señaló, el fin de la Guerra Fría dio al traste con el bipolarismo estratégico que había primado desde el fin de la Segunda Guerra Mundial. Esto trajo consigo transformaciones radicales en la estructura del poder internacional. Por un lado, la desaparición de la Unión Soviética y la fragmentación de muchos de los países del bloque socialista dejaron a Estados Unidos como la única súper potencia militar y política del mundo (Peñas, 1997). Pero el fin del sistema soviético no sólo determinó el predominio de Washington en la geopolítica mundial: determinó asimismo el completo derrumbe de la credibilidad de las opciones políticas basadas en el pensamiento marxista. Este colapso no sólo llevó al predominio incontrarrestable de Washington en la política mundial, sino

que determinó la hegemonía igualmente sin contrapeso del pensamiento económico liberal basado en la apología del capitalismo. No sólo surge una sola superpotencia, sino también lo que se ha llamado un “pensamiento único” (Varios Autores, 1998).

Este creciente monolitismo en el plano de las ideas económicas, ha ido acompañado de la cada vez más difundida creencia o supuesto de que la democracia liberal de corte occidental está en camino a convertirse en el único sistema político legítimo, el cual –se presume– terminará imperando en todo el orbe más temprano que tarde (Fukuyama, 1992). A pesar de este “triumfalismo democrático”, subsisten numerosos focos de autoritarismo y lo que es más serio aún, en muchos países de reciente democratización, el sistema parece crecientemente incapaz de afianzar su legitimidad y de ser percibido como efectivo para resolver los problemas de las personas. En regiones como América Latina, sectores mayoritarios de la población dicen haber perdido toda confianza en las autoridades elegidas y en las instituciones democráticas. Esto arroja crecientes dudas sobre la difundida opinión de que la humanidad ha llegado al “fin de la historia” y que ya no cabe ningún debate ideológico que pueda poner en duda la hegemonía y el ascenso del capitalismo y de la democracia liberal.

Matizando todavía más esta idea de que el mundo ha entrado en una etapa de predominio a largo plazo de los Estados Unidos, de la democracia liberal y del capitalismo irrestricto, existen tres factores que limitan la posibilidad de afirmar sin reparos lo anterior:

Primero. Aunque los Estados Unidos concentran un poder militar y político sin rival, su dominio no es tan claro en otros aspectos, como en el económico, tecnológico y comercial. En cierta forma, mientras en lo estratégico vivimos un unipolarismo, en otros aspectos se tiende más bien a la multiplicación de centros de poder y a la difusión en redes de las capacidades de dirigir

y controlar procesos. *Segundo.* A mediano plazo, parece claro que surgirán otras potencias no tradicionales que, por su enorme dinamismo, pueden llegar a convertirse en polos de poder competitivos con los Estados Unidos: tal es el caso de países como China, India y, en cierto sentido, la Unión Europea. *Tercero.* La dinámica misma del unipolarismo obliga a los Estados Unidos a una creciente sobre-extensión de sus recursos y a un intervencionismo generalizado, tendencia que sólo aumenta el número de sus enemigos y lleva a nuevos incrementos de la necesidad de intervenir. Esto puede terminar poniendo una creciente carga sobre sus recursos, y sobre la capacidad de su población y economía para resistir semejante sobre-extensión. La alternativa multilateral, aunque por ahora dejada de lado, requiere del fortalecimiento de los aliados, de su autonomía y de sus capacidades, lo cual, a la larga, también fomenta la aparición de poderes competitivos o potencialmente competitivos.

El derrumbe del socialismo como alternativa política, no sólo tiene relación con el fin de la Unión Soviética. Tiene también relación con cambios profundos en el sistema productivo y en la lógica de la reproducción económica. El periodo posterior a 1980 puede caracterizarse por el fin del llamado “modelo fordista”. El “fordismo” se basó en un sistema productivo de industrias de gran escala, con una mano de obra sindicalizada, fuertemente organizada, y con garantías de acceso a prestaciones, seguridad y beneficios generalmente contenidos en contratos colectivos muy formales. Las nuevas formas de producción, basadas en la informática y las comunicaciones globales casi instantáneas han hecho obsoleto el modelo “fordista” (Piore, Sabel, 1993): la producción ahora enfatiza las economías de flexibilidad e innovación por encima de las economías de escala que hicieron posible el modelo fordista. Como resultado de ello, la parte más dinámica de la economía ya no se basa en una mano de obra estabilizada y masiva. Esto ha hecho que la clase obrera tradicional pierda gran parte de sus efectivos,

y ha llevado a un enorme debilitamiento de la capacidad de los sindicatos para negociar y para constituirse en el principal eje identitario de sus asociados (Beck, 2000).

La decadencia de la clase obrera tradicional ha tenido como consecuencia un derrumbe de las identidades basadas en la clase social, así como de la acción colectiva basada en la conciencia de clase. Hasta hace aproximadamente veinticinco años, la línea de fractura central de muchos sistemas políticos pasaba precisamente por la identidad de clase. Buena parte de los sistemas de partidos políticos en los países desarrollados y en algunos de menor desarrollo reflejaban esta división y se polarizaban en función de la división o contradicción entre capital y trabajo. Hoy en día, en cambio, la política propiamente obrera casi ha desaparecido o ha perdido mucho de su importancia tradicional. En su lugar, han aparecido un cúmulo de demandas y de luchas basadas en otros focos de identidad que ya no tienen relación con la esfera de la producción (que proporciona cada vez menos referentes estables de asociación) sino con las esferas de los estilos de consumo, de la política cultural, de las pertenencias sociales o de las estructuras de poder interpersonal fuera del ámbito industrial (Habermas, 1994). De allí que hayan tomado un carácter mucho más central las demandas y el activismo político basados en las identidades de género, en las preferencias sexuales, en el nacionalismo y las raíces étnicas, en la religión o en mundos culturales particulares, o en empresas o causas morales que adquieren una inusitada centralidad en la definición de la postura y la localización de las personas en el mundo social. Estas pertenencias y esta política de las causas morales o de los estilos de vida desbordan fácilmente el ámbito nacional, en el cual las luchas de clase tendían a centrarse (a pesar del siempre idealizado internacionalismo obrero de los socialistas clásicos).

En las últimas décadas, las tendencias económicas y demográficas han tenido un comportamiento

muy asimétrico y heterogéneo en distintas partes del mundo. Por un lado, los países desarrollados, y en especial los europeos, han experimentado un estancamiento e incluso el inicio de una reducción de su población (ONU, 1999). En general, parece ser una tendencia universal que los más altos niveles de desarrollo vayan acompañados por una seria reducción de la fertilidad y de la fecundidad. Esto ha llevado a que las sociedades desarrolladas sean cada vez más “viejas”, lo cual se acentúa por los grandes avances en la esperanza de vida. De esta manera, muchas sociedades desarrolladas ya no pueden reemplazar con suficiente velocidad a una población económicamente activa cada vez más envejecida. Esto pone un creciente peso sobre los hombros de una proporción cada vez más reducida de trabajadores jóvenes. Entre los resultados de estas tendencias, se halla la creciente crisis de costos de los servicios de seguridad social y de atención a la salud (Mesa-Lago, 1993). Cada vez hay más personas que requieren atenciones y recursos de estos servicios, y éstos son cada vez más caros y sofisticados.

Una solución que se ha tomado, es la entrada masiva de inmigrantes provenientes de zonas donde la transición demográfica aún no ha avanzado demasiado. Las empobrecidas y jóvenes sociedades del mundo en desarrollo constituyen una proporción cada vez mayor de la fuerza laboral del primer mundo. Sin embargo, este proceso migratorio está lleno de injusticias e irracionalidades, y ha provocado el desarrollo de una xenofobia tan autodestructiva como irritante (Pajaras, 2000). Pero, incluso considerando los beneficios que las partes derivan de ella (Adams, 2003), la migración internacional tiene efectos de otro tipo: por ejemplo, culturales, religiosos, y referidos a la seguridad. Muchas naciones desarrolladas se ven atenazadas por el temor de que su identidad nacional y sus formas de vida puedan verse amenazadas por la avalancha de trabajadores provenientes de zonas del mundo con costumbres y culturas muy diferentes. La crisis de identidad de los países receptores,

favorece que la política en torno al tema sea rehén de numerosos prejuicios que amenazan llevar a niveles de violencia, discriminación y resentimiento francamente desestabilizadores. En todo caso, más allá de la problemática de la migración, es claro que uno de los problemas que enfrentan muchas sociedades, tanto desarrolladas como subdesarrolladas, es la creciente dificultad para mantener sus servicios de salud y de protección social, en un contexto de disminución de los contribuyentes de los costos.

Los procesos de urbanización acelerada son también una fuente de tensión sobre las estructuras heredadas del Estado del Bienestar. Esta urbanización afecta sobretodo a los países del Sur, pero indirectamente repercute en los desarrollados, al ser uno de los factores asociados a las mismas presiones que incentivan la inmigración hacia sus propias ciudades. El éxodo del campo a la ciudad es un fenómeno que ya comienza en la primera mitad del siglo XX, y aunque a un ritmo algo más lento, desde 1980 se ha mantenido en muchos países, sobretodo en aquellos donde aún existe un gran reservorio de población rural. Estos países suelen ser los más pobres y cuentan con servicios públicos menos afianzados. Las dificultades de los gobiernos locales y nacionales para mantener la infraestructura, el empleo urbano y los servicios sociales a nivel urbano, junto con la enorme presión demográfica, ha dado lugar a enormes megalópolis, donde millones de personas viven en condiciones precarias y sin esperanzas de hallar protección y servicios básicos mínimamente adecuados (ONU, 1995). Esta presión también ha puesto en seria tensión a la cohesión social. Las grandes ciudades en muchas partes del mundo (incluso en los países desarrollados), a menudo no han logrado integrar adecuadamente a las masas recién llegadas y a sus descendientes. Esto no sólo ha tenido efectos en la calidad de vida y expectativas futuras de las masas urbanas recientes sino que ha desembocado en procesos de “anomia” social (o de ausencia de valores

compartidos). Esta tendencia ha fomentado la violencia, la inseguridad, la explosión de la delincuencia, y la informalidad que va desde la actividad económica fuera de marcos regulados, hasta la ilegalidad y la formación de verdaderas sociedades delincuenciales paralelas a la “oficial”. Hoy en día, el nivel de inseguridad urbana ha alcanzado niveles de peligrosidad inconcebibles hasta hace tan sólo tres décadas (Szapoznikov, 2000).

La provisión de servicios básicos por parte del Estado se ha visto, pues, sometida a una tensión y a una sobrecarga crecientes, tanto en el Norte como en el Sur. Todos estos fenómenos antes descritos han puesto en jaque la capacidad de respuesta de las autoridades estatales. Ante tal situación, se ha producido un intenso debate sobre el papel que deben jugar los sectores públicos en la oferta de estos servicios.

La tendencia en los últimos años ha sido la de proponer con creciente vigor la idea de que el Estado debe reducir su rol en la provisión de servicios básicos y contentarse con un rol regulador de actores privados encargados de hacerlo. Desde esta perspectiva se acepta, por cierto, que el Estado se haga cargo de la labor subsidiaria de proteger a aquellos que no pueden acceder a los mecanismos privados o de mercado en materia de salud, educación, vivienda, seguridad social, etc. Ante la prioridad absoluta que se da a la manutención de cuentas fiscales equilibradas y ante la presión para evitar o minimizar los déficit fiscales, los programas sociales y la inversión social del Estado se han visto seriamente menoscabados. El mismo efecto ha producido la importancia central que se le ha dado al servicio de la deuda externa, que, junto con la defensa y la seguridad, prácticamente se han convertido en la razón de ser de los Estados nacionales.

Por otra parte, se ha considerado más eficiente reducir los subsidios indirectos a la oferta de servicios, y se han promovido mecanismos que

permitan aumentar las transferencias directas a los usuarios de los mismos. Sin embargo, la experiencia demuestra que la privatización o la socialización de los servicios no aligera el rol del Estado, puesto que la mayor parte de los servicios sociales no se ofrecen privadamente en condiciones que hagan posible el desarrollo de mercados eficientes. Las asimetrías de información, las condiciones de monopolio absoluto o temporal, la capacidad asimétrica para formar coaliciones, y otros fenómenos del mundo real, demuestran que la retirada estatal, en el mejor de los casos, sólo puede terminar constituyendo un cambio en la forma de la intervención y del rol gubernamental, pero en ningún caso un abandono, liso y llano, de las funciones que tradicionalmente se ha esperado del sector público.

En suma, el debate contemporáneo ya no se centra tanto en si el Estado debe o no intervenir en la provisión de servicios sociales básicos, sino en cómo y en qué medida debe hacerlo. La búsqueda de la eficiencia y de la justicia tal vez requieran alejarse de los moldes y políticas propias del Estado del Bienestar clásico, las cuales parecen haberse hecho financiera, administrativa y políticamente insostenibles en las últimas décadas. Pero ello no implica que las autoridades públicas no deban diseñar otras políticas y mecanismos más imaginativos y eficaces para lograr poner los recursos y capacidades de las sociedades al servicio de las carencias de las poblaciones necesitadas y de las grandes masas que no pueden hallar cabida en los mercados privados (Vellinga, 1997).

En el último cuarto de siglo se ha demostrado que las viejas respuestas del sector público ya no son suficientes, pero de ello no ha podido deducirse que toda respuesta del sector público sea ineficiente o injusta. Tras la reciente experiencia histórica, tenemos conciencia de que ni los mercados, ni las respuestas comunitarias autogestionadas pueden –por distintas razones–, ser caminos del todo satisfactorios al problema

de garantizar los derechos básicos de acceso a bienes y servicios fundamentales para la mayoría de la población. Por tanto, queda vigente el desafío de diseñar y reinventar la acción pública en el plano de la salud y de los servicios sociales, tomando plenamente en cuenta los procesos ocurridos en las últimas décadas e incorporando el hecho de que los sujetos sociales son otros, que en muchos casos las demandas son diferentes y que, hoy más que nunca, la creciente conciencia de la identidad personal y social requieren enfoques mucho más discriminados, particulares y focalizados de las políticas públicas sociales. En suma, probablemente ha terminado la época de las grandes respuestas universalistas a las necesidades de la población y es tiempo de asumir que es preciso desarrollar políticas que tengan en cuenta la existencia de mundos vitales que entienden sus demandas y sus condiciones

de existencia de maneras muy particulares y que, por ello, reclaman el derecho a legitimar lo específico de sus requerimientos hacia la sociedad.

Por cierto que las reflexiones esbozadas en las páginas anteriores se apoyan fuertemente en la experiencia de los Estados del Bienestar más antiguos y desarrollados. Pero, en este texto se insinúa como hipótesis que, aparte de sus peculiaridades y especificidades, los sistemas equivalentes en América Latina enfrentan desafíos similares y que las tendencias globales afectan o están en vías de afectar de manera comparable a sus estructuras históricamente consolidadas. Por lo demás, harán falta muchos más estudios que los actualmente disponibles, para establecer hasta qué punto y de qué manera la problemática latinoamericana y la europea son similares y en qué puntos merecen un tratamiento diferente.

Bibliografía:

Adams, Richard 2003 *International Migration, Remittances and Poverty in Developing Countries* (Washington DC: Policy Research Working Papers No. 3179, The World Bank).

Beck, Ulrich 1998 “¿Qué es la globalización?: falacias del globalismo, respuestas a la globalización” en *Estado y sociedad* (Barcelona: Paidós) No. 58.

Beck, Ulrich 2000 *Precariedad del trabajo en la era de la globalización* (Barcelona: Paidós).

Blustein, Paul 2003 *The Chastening: Inside the Crisis That Rocked the Global Financial System and Humbled the IMF* (New York: Public Affairs).

Fukuyama, Francis 1992 *El fin de la historia y el último hombre* (Barcelona: Planeta).

Habermas, Jürgen 1994 *Identidades nacionales y post-nacionales* (Madrid: Tecnos).

Hofstadter, Richard 1992 *Social Darwinism in American Thought* (Boston: Beacon Press).

Kohler, Detlef y Manfred Wannoffel, (coordinadores) 1993 *Modelo liberal y sindicatos en América Latina* (México: Fundación Friederich Ebert).

Lyons, Gene 1995 *Beyond Westphalia? State Sovereignty and International Intervention* (Baltimore: John Hopkins University Press).

Mesa-Lago, Carmelo 1993 *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina: importancia y evaluación de las alternativas de privatización* (Quito: INCAE).

Navarro, Vicenc 2000 *Neo-liberalismo y Estado de Bienestar* (Barcelona: Editorial Ariel).

Offe, Klaus 1994 *Contradicciones del Estado del Bienestar* (Madrid: Alianza Editorial).

ONU 1995 *The Challenge of Urbanization: The World's Largest Cities* (New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division).

ONU 1999 *World Population Monitoring* (New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division).

Pajaras, Miguel 2000 *Inmigración y ciudadanía en Europa: la inmigración y el asilo en los años 2000* (Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales).

Peñas, Francisco Javier 1997 *Ocidentalización: fin de la guerra fría y relaciones internacionales* (Madrid: Alianza Editorial).

Piore, Michael y Charles Sabel, 1993 *La segunda ruptura industrial* (Buenos Aires: Alianza Editorial).

Szapoznikov, Jorge (ed.) 2000 *Convivencia y seguridad: un reto para la gobernabilidad* (San Salvador: BID, Foro “Convivencia y Seguridad Ciudadana” - Universidad Alcalá de Henares).

Tortosa, José María 1998 *Estado y globalización* (Quito: ILDIS / Editorial Trama Social).

Tulchin, Joseph 2002 *Democratic Governance and Social Inequality* (Boulder: Lynne Rienner Publishers).

UNESCO 1982 *Repercusiones sociales de la revolución científica y tecnológica. Simposio de la UNESCO* (Madrid: Tecnos/ UNESCO).

Varios Autores 1998 *Pensamiento Crítico vs. Pensamiento Único* (Madrid: Le Monde Diplomatique, Temas de debate).

Vellinga, Menno (coordinador) 1997 *El cambio del papel del Estado en América Latina* (México DF: Siglo XXI).

La salud pública en América Latina

Margarita Velasco Abad*

Introducción

En el campo de la salud pública en América Latina, durante las últimas décadas se ha procurado llevar a la práctica el complejo concepto de salud definido por el croata Andrija Stampar en 1946: “La salud [define un] estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Tejada de Rivero, 2005). Este modo de entender a la salud constituye uno de los ejes fundamentales de la Carta Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, a su vez, ha marcado los desafíos de dos generaciones de salubristas latinoamericanos.

La búsqueda por garantizar la universalización de un estado completo de bienestar ha estado directamente asociada a la lucha por la *equidad*, o bien, a la lucha por la eliminación de las diferencias en el acceso a la atención de salud y en el disfrute de una vida plena entre países y comunidades, sectores socioeconómicos, zonas urbanas y rurales, hombres y mujeres, y entre adultos y niños, niñas y adolescentes. Entre las lecciones aprendidas luego de las últimas décadas, hoy podemos identificar que el mayor desafío de las políticas públicas es asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a la ciudadanía desarrollar al máximo su salud potencial.

De manera sintética, el marco histórico que limita el análisis sobre la lucha por la equidad en el ámbito de la salud que proponemos a continuación va desde la década de 1970 hasta

la actualidad. Desde 1973, las Naciones Unidas ya había comenzado a plantear la salud para todos, como una de las más importantes políticas mundiales en el plano social. Cinco años más tarde, en 1978, con la declaración de Alma Ata se propuso a la atención primaria de salud como estrategia única a nivel global para alcanzar este objetivo (Tejada de Rivero, 2005). A continuación, con la Carta de Ottawa publicada en 1986, esta empresa fue fortalecida con el nuevo paradigma conceptual de la promoción de la salud. Más adelante, bajo las presiones por modernizar el aparato estatal durante las décadas de 1980 y 1990, en concordancia con la política de salud para todos, surgió una propuesta organizacional desde el sector de la salud, inspirada en los principios de descentralización del Estado. Tal propuesta planteó constituir sistemas nacionales de salud a partir del desarrollo de sistemas locales de salud (SILOS) (Paganini, Capote Mir, 1990). Finalmente, durante la década de los noventa los cambios en el modelo económico presentaron como imperativo el que se realicen reformas del aparato estatal, no sólo en cuanto a su organización sino también en cuanto a su financiamiento y al papel de los ciudadanos en la formulación de políticas sociales. La nueva hegemonía de las instituciones de financiamiento (como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) desplazó a las instituciones de cooperación técnica. En este contexto, los procesos de reforma sectorial en salud se definieron, ya no bajo mecanismos multilaterales, sino bajo la perspectiva unilateral

* Profesora-investigadora, Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública y Escuela Nacional de Enfermería – Universidad Central del Ecuador

del “Consenso de Washington”¹. A partir de entonces, el énfasis en construir líneas de política de salud comunes a nivel mundial (al estilo de la declaración de Alma Ata), comenzaron a perder fuerza. En este marco, en América Latina cada país realizó esfuerzos con énfasis diferentes. El balance final a inicios del 2000 fue que la equidad en salud (que se produce como consecuencia de la equidad social y económica) estuvo muy lejos de ser alcanzada en la región. Las diferencias fundamentales en cuanto a los niveles de mejoría del estado de la salud, no se dieron únicamente entre países más pobres y más ricos, sino también al interior de los propios países y ciudades latinoamericanas. Los esfuerzos pendientes para superar la inequidad son, en efecto, todavía muy grandes.

Alcanzar la equidad en el campo de la salud requiere del concurso de todo el sector social de los Estados latinoamericanos y de la decisión política para priorizar la inversión económica en el bienestar social. Desde una perspectiva afin, la Cumbre del Milenio auspiciada por las Naciones Unidas y celebrada en septiembre del año 2000, comprometió la suscripción de 189 países en la Declaración del Milenio. Tal declaración constituye el marco global actual para el avance, medido en objetivos y metas específicas durante plazos determinados, hacia el desarrollo humano y la superación de la pobreza y la inequidad.

Con todos estos antecedentes históricos como telón de fondo, el objetivo central de este artículo es ofrecer un recorrido analítico sobre las principales políticas de salud impulsadas en América Latina durante las últimas décadas. Como ya se ha esbozado, dos aspectos o problemas vinculados entre sí constituyen los ejes que organizan toda la información aquí

expuesta. El primer aspecto se refiere a los cambios del rol del Estado y de las relaciones entre éste y la sociedad, y el segundo a la búsqueda de la equidad entendida como un requisito fundamental para el logro del bienestar sanitario de la población.

La atención primaria de salud

Hacia la mitad de la década del setenta, las Naciones Unidas en su reunión anual y los gobiernos del mundo se plantearon como objetivo común alcanzar un nivel de salud mínimo que permita llevar una vida digna y fomentar un desarrollo verdaderamente humano. Específicamente, se esperaba que hasta el año 2000 todos los países diseñen y ejecuten estrategias orientadas a garantizar esta atención básica de salud. Tejada de Rivero (2005) señala que incluso quienes concibieron esta meta no dimensionaron por completo sus alcances. Dando cuenta del complejo desafío que estaba en juego, ya en 1980 Héctor Acuña advertía que “la consecución de la meta de salud para todos es un reto que exigirá el compromiso incesante de los gobiernos, la asignación de los recursos necesarios y la reforma y reestructuración de los sistemas de salud, a fin de obtener la máxima equidad, eficacia y efectividad” (Acuña, 1980: 150-153). Precisamente, en septiembre de 1978, en el marco de la conferencia mundial convocada por la OMS y UNICEF en la ciudad soviética de Alma Ata, se diseñó la estrategia denominada atención primaria de salud, que se orientó a alcanzar la garantía efectiva de salud para todos en veinte y cinco años.

Con anterioridad a esta conferencia mundial y a su influyente declaración, varias experiencias

1 El llamado Consenso de Washington se refiere a un conjunto de recomendaciones de política centradas en el impulso de la competitividad y estabilidad económica de los países en el escenario global. Desde la crítica a esta perspectiva se destaca que los cambios promovidos por el Consenso de Washington entrañaban el debilitamiento de la responsabilidad social del Estado, el fortalecimiento de formas de imposición política realizadas a través de instituciones de financiamiento multilateral y el enseñoramiento de una forma de pensamiento único vinculada al fundamentalismo del mercado. En el campo de la salud, en medio de este ambiente político-ideológico, los objetivos de los proyectos de inversión auspiciados por los organismos de financiamiento internacional sustituyeron a las políticas de salud (Brito, 2005: 23).

tanto de médicos trabajando en condiciones precarias como del personal de comunidades locales entrenado en la atención y detección temprana de problemas sanitarios, habían sido conocidas y apoyadas por la OMS en China, India, África y América Latina. En efecto, el entonces director de la OMS, Halfdan Mahler, proponía la implementación de este tipo de estrategias a escala mundial como una responsabilidad de países ricos y pobres y como una respuesta a la inequidad y desigualdad del mundo. Con este antecedente, la atención primaria fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (Tejada de Rivero, 2005: 19).

Cabe destacar que la declaración de Alma Ata agrega algunos elementos fundamentales a la definición de salud ya propuesta por Andrija Stampar en 1946 que citamos al inicio de este trabajo. En primer lugar, tras aquella conferencia paradigmática de la OMS y UNICEF, la salud pasó a ser concebida como un derecho humano fundamental; en relación a este punto, si a cada derecho le corresponde un deber, necesariamente se pasó a reconocer la centralidad de la responsabilidad de cada persona, grupo social y de la ciudadanía en general en su propio autocuidado. Adicionalmente, tras la declaración de Alma Ata, alcanzar un estado de salud fue definido como un objetivo social importante en todo el mundo y, junto a ello, se destacó que “la salud es un proceso social

y político dentro del cual se toman decisiones no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer a todos los sectores” (Tejada de Rivero, 2005: 20).

Desde esta perspectiva, el concepto de salud se vincula directamente al de *atención*, que en su acepción original, se refiere al *cuidado*. Tejada de Rivero nos recuerda que en lo que se refiere a servicios de salud, el término *cuidado* connota relaciones horizontales, simétricas, participativas e intersectoriales, por oposición a la atención vertical, asimétrica, no participativa, exclusivamente institucional y basada en programas aislados y servicios específicos. Por otro lado, la acepción de lo *primario* dentro de esta nueva concepción de la salud, no se refiere a lo “primitivo” y “poco civilizado” (tergiversación que eventualmente llegó a tener lugar en algunos países²) sino a aspectos fundamentales o primeros en orden o grado. El concepto de atención primaria (nunca está demás reiterar la aclaración) no se refiere en modo alguno a la oferta diferenciada de servicios de salud para personas pobres. Al contrario, desde su concepción original, los componentes de este modelo de atención son: 1) extensión de la cobertura de servicios de salud y mejoramiento del ambiente; 2) organización y participación de la comunidad; 3) articulación intersectorial; 4) investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas, lo que incluye disponibilidad y producción de insumos y equipos; 5) financiamiento sectorial; 6) formación y utilización de recursos humanos apropiados; y 7) cooperación internacional. (Prosperi, 2005).

Más allá de los equívocos señalados, la atención primaria de salud, en su sentido cabal, fue una concepción y en algunos casos una experiencia

2 De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la estrategia de atención primaria fue interpretada por un 58% de profesionales como un servicio de “baja tecnología” destinado exclusivamente a la “población pobre”. En el caso del Ecuador específicamente, las tergiversaciones han sido múltiples. Se ha pensado, por ejemplo, que la atención primaria consiste en la reparación de daños producidos por enfermedades a cargo de especialistas. También se ha creído que consiste en una atención de baja calidad realizada por promotores de salud y “médicos descalzos”, desde presupuestos que no superan la atención vertical que excluye procesos participativos.

pionera de desarrollo de políticas de salud que marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública. De acuerdo a Jorge Prosperi, a partir del impulso de la atención primaria se desarrollaron múltiples iniciativas sanitarias. Adicionalmente, esta estrategia de atención se anticipó al impulso de sistemas locales de salud, a la reforma sectorial y al aseguramiento universal emprendidos durante la década de los noventa y a partir del año 2000.

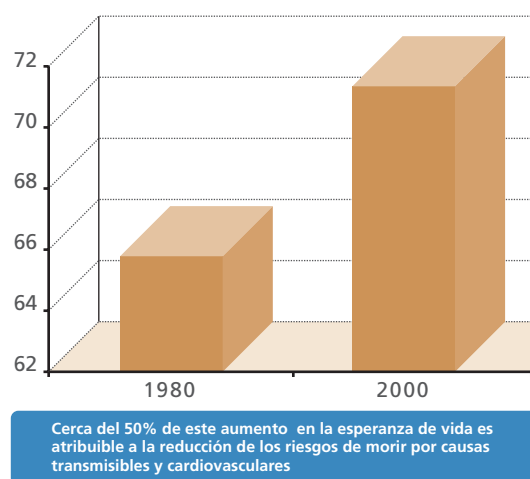
No es arriesgado afirmar que la atención primaria tuvo un gran impacto, mensurable en algunos indicadores fundamentales, en la calidad de vida de los países de América Latina. En efecto, la OPS considera que algunas de las mejoras que detallamos a continuación, empezando por la esperanza de vida (ver el gráfico 1), fueron producto de la aplicación de este modelo de salud.

Durante el período 1978-2000 la esperanza de vida al nacer de la población latinoamericana se incrementó siete años. Se estima que el 50% de este aumento se puede atribuir a la reducción

de riesgos provocados por 32 causas de muerte. Entre éstas se incluyen enfermedades transmisibles cuya disminución se relaciona directamente con el incremento de coberturas de vacunación (dirigidas sobre todo a niños y niñas menores de 5 años) que ocurrió durante este período. En concordancia con lo señalado, como se puede apreciar en el gráfico 2, la mortalidad infantil descendió de 36,9 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1978 a 24,8 en el 2000. Dicho sea de paso, los avances más grandes de esta reducción ocurrieron en Brasil y en los países de América Central y El Caribe (OPS, 2002).

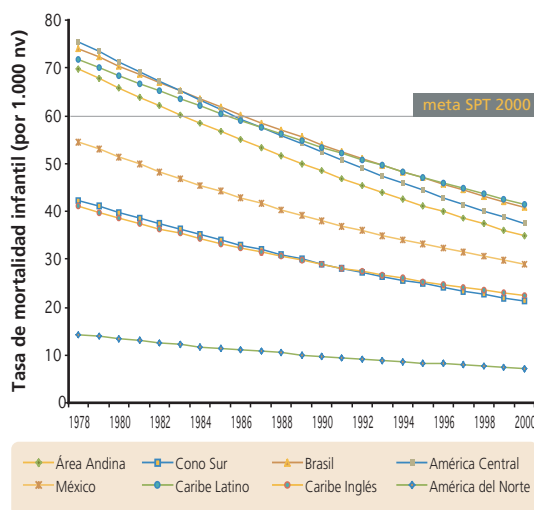
La reducción de enfermedades transmisibles constituye el logro más importante registrado en el estado de la salud de la región. En el gráfico 3 se puede observar la magnitud de esta mejoría. Cabe resaltar que la polio fue erradicada del continente en la década del noventa. Asimismo, es digno de mención que las coberturas de vacunación contra el sarampión tuvieron incrementos fundamentales a partir de 1995, lo que impactó en la incidencia de esta enfermedad. En Ecuador, particularmente, de acuerdo a lo

Gráfico 1
Incremento de la esperanza de vida
América Latina (1980-2001)



Fuente: OPS (2002)

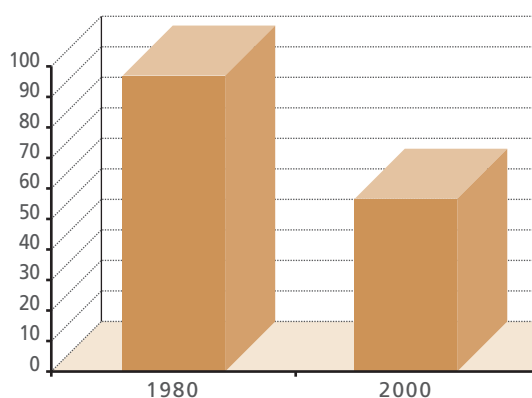
Gráfico 2
Reducción de la mortalidad infantil
América Latina (1978-2000)



Fuente: OPS (2002b)

Gráfico 3

Disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles. América Latina (1980-2000)*



* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: OPS (2002b)

que reporta el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, actualmente ya no se reportan casos de polio.

Por último, en relación a las enfermedades infecciosas, la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha constituido un avance fundamental. En este ámbito se destacan los resultados alcanzados en Brasil, Ecuador y México (OPS, 2002).

La promoción de la salud

La Carta de Ottawa, publicada en Canadá en 1986 y ratificada en conferencias regionales e internacionales posteriores, surgió como una estrategia orientada a mejorar la salud y la calidad de vida de la población. La Carta se refiere en específico a la promoción de cinco aspectos fundamentales: 1) políticas públicas sanas; 2) entornos propicios; 3) acción comunitaria; 4) desarrollo de aptitudes personales para la vida; y, 5) reorientación de los servicios de salud (OPS, 2002: 177).

Helena Restrepo (2001) ha realizado un balance sobre la promoción de la salud en la región. En su estudio, la autora señala el grado de dificultad que supone pasar de los enunciados a la acción. En relación a este punto, Restrepo remarca que la promoción de la salud requiere de una agenda consensuada para poder ser llevada a la práctica. Esto implica el establecimiento de alianzas estratégicas entre instituciones y la complementariedad del trabajo de profesionales de varias disciplinas.

A diferencia de la atención primaria, la estrategia de promoción de la salud centró su campo de acción en los comportamientos culturales de la población. La dimensión cultural pasó entonces a ser concebida como un aspecto crucial para el desarrollo de hábitos saludables de vida. Con ello, la escuela fue reconocida como el espacio institucional por excelencia para el aprendizaje de hábitos saludables. En efecto, en este período se desarrollaron escuelas promotoras de salud. Resultó favorable para este tipo de iniciativas el hecho de que en América Latina (exceptuando a los niños y niñas más pobres del área rural) en el último cuarto de siglo la matrícula primaria se incrementó al 85% (OPS/OMS, 2002: 212). El enfoque de la salud impartido a nivel escolar desde la perspectiva de la promoción de la salud es integral en el sentido de que parte del entorno directo de los niños y niñas, o bien, de su vida cotidiana, de su familia y su entorno social. Sin duda el enlace entre alumnos, padres y profesores que ocurre a través de la escuela la torna en un lugar altamente propicio para influir directamente en el núcleo de los conglomerados humanos. Por lo demás, los comportamientos culturales a ser transformados a través de esta institución social clave no sólo se refieren al cuidado de la salud, sino junto a ello, a la reducción de los riesgos, a la buena ciudadanía y la democracia, al fortalecimiento de la solidaridad y la protección de los derechos humanos. Adicionalmente, a nivel de la institucionalidad del Estado, uno de los aspectos más importantes de este énfasis en la transformación desde la escuela es la eficacia

para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre las diversas instancias de los Ministerios de Salud y Educación.

La iniciativa de las escuelas saludables fue presentada en América Latina por la OPS en 1995. Desde entonces, varios países la adoptaron como una forma de enriquecer y ampliar el viejo concepto de salud escolar. A lo largo de la región, se destacan las experiencias del Ministerio de Educación de Chile, Argentina, Brasil, El Salvador y Paraguay (OPS, 2002).

Ahora bien, una segunda diferencia de la estrategia de promoción de la salud con respecto a la atención primaria, es el énfasis de la primera en la participación de la ciudadanía. Esto implica apostar por el empoderamiento de los ciudadanos y ciudadanas, o bien, por el incremento de la capacidad de la sociedad para incidir en procesos de toma de decisión sobre aspectos referidos a la mejoría de su calidad de vida. Reforzando este aspecto político-social, la Declaración de Yakarta de 1997 agrega a la agenda de la promoción de la salud un énfasis especial en el establecimiento de mecanismos de movilización social vinculados a la formación de alianzas estratégicas entre instituciones y organizaciones de los sectores privado y público. En relación a este punto, de acuerdo a María Luisa Castro Ramírez (2001), la implementación de la promoción de la salud debe privilegiar los niveles locales de gobierno y la participación ciudadana: en los municipios y en los barrios se toman decisiones basadas en las necesidades reales de las personas, por ello, insiste Castro Ramírez, sólo desde estas instancias de la política es posible equilibrar las condiciones de vida apuntando a favorecer, especialmente, a quienes han sido excluidos.

Este aspecto participativo y democrático que forma parte de la promoción de la salud ha hallado una interesante vía de concreción institucional en las iniciativas orientadas a crear municipios saludables. Desde mediados de 1990, este tipo de innovaciones institucionales a nivel municipal

se han incrementado en casi todos los países de América Latina. Son dignos de mención los casos de Costa Rica, Cuba y México, donde casi se han duplicado los municipios saludables en apenas 5 años (OPS, 2002).

Los sistemas locales de salud en América Latina

Hacia finales de la década de 1980, la hegemonía, actualmente muy debilitada, del modelo neoliberal de mercado, legitimó políticas de ajuste económico basadas en la reducción de aquello que se denominó “gasto” (y de ningún modo inversión) social del Estado. Las consecuencias para la región de este giro eran previsibles: agravamiento de la desigualdad en el acceso a la salud y agudización de la pobreza. En este contexto de crisis del modelo de Estado centralizado y benefactor en América Latina, se plantearon procesos de descentralización y desconcentración para hacer frente a los cambios operados en el modelo económico y político. En este marco, en septiembre de 1988 la OPS presentó una nueva estrategia para lograr salud para todos fundamentada, como antes, en la atención primaria pero desde la óptica organizacional. Este nuevo énfasis esperaba dar una respuesta institucional acertada frente a los problemas socioeconómicos, ambientales y epidemiológicos que se desencadenaron como consecuencia de los cambios en el modelo estatal (OPS, 2002).

En efecto, la propuesta de desarrollar lo que se ha denominado sistemas locales de salud (SILOS) busca reorientar y reorganizar los sistemas de salud existentes para lograr equidad, eficiencia y eficacia en las acciones. Los SILOS son espacios territoriales y poblacionales delimitados sobre los que se asigna la responsabilidad sanitaria a una organización integrada tanto por el sector privado como el público y por todas las fuerzas sociales locales organizadas. Los SILOS, así concebidos, son el eje de la coordinación y articulación de

todos los recursos existentes en una localidad y establecen responsabilidades recíprocas entre la población y las instituciones.

La noción de territorio o de espacio circunscrito, central a la propuesta de los SILOS, apunta a propiciar la participación de un conjunto poblacional identificado, con capacidad presente o potencial para actuar a favor de su salud. Así, desde el punto de vista de su diseño organizacional, los SILOS favorecen el desarrollo de nuevas formas de acción que permitan la creación de redes que trabajen bajo un solo plan de intervención intersectorial; esto, a su vez, facilita la evaluación de los servicios de salud al confrontarlos con las necesidades locales (Capote Mir, 1990).

Siendo una propuesta global de reordenamiento y reorganización del sector salud, el proyecto de desarrollar los niveles locales de salud responde a los requerimientos de descentralización y desconcentración del aparato estatal en busca de una mayor democratización y eficiencia del mismo. Los 10 aspectos fundamentales para la consecución de este tipo de desarrollo son: 1) la reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector; 2) la descentralización y desconcentración; 3) la participación social; 4) la intersectorialidad; 5) la readecuación de los mecanismos de financiación; 6) el desarrollo de un nuevo modelo de atención; 7) la integración de los programas de prevención y control; 8) el refuerzo de la capacidad administrativa; 9) la capacitación de la fuerza de trabajo; y, 10) la investigación. (OPS/OMS, 1990).

La reforma del sector salud en América Latina

El proyecto de los SILOS fue planteado en un tiempo histórico no propicio. A partir de las propuestas de 1992 del Banco Mundial sobre la inversión en salud, la reforma del sector estatal

pasó a ser el centro de la polémica sobre la salud pública en América Latina. Giovanni Berlinguer (2005) afirma que en este momento histórico el objetivo de la salud para todos los seres humanos desapareció del horizonte político. Junto a ello, los sistemas universales de asistencia pasaron a ser concebidos como un peso para las finanzas del Estado y como un obstáculo para el crecimiento de la riqueza. La justificación moral de este tipo de orientaciones frente a las políticas públicas descansaba sobre la certeza dogmática en que la conjunción virtuosa entre el libre mercado y el progreso científico extendería gradualmente sus efectos benéficos para todo el mundo. Esto no se logró. Por el contrario, el recorte de la inversión social del Estado ha redundado en el aumento exponencial de las desigualdades, tanto entre países como dentro de cada país. Para fundamentar esta aseveración, podemos mencionar algunos ejemplos. Después de diez años de que se instaure el Consenso de Washington, y a casi 15 años de los intentos de reforma en salud, la tasa de mortalidad infantil en Canadá es de 5,1 por cada mil nacimientos mientras que la de Haití es de 97,1. Asimismo, el riesgo de muerte materna es de uno por cada 7.700 partos en Canadá y de uno por cada 17 partos en Haití. Como dato global, el riesgo de muerte materna es 35 veces mayor en América Latina y El Caribe en comparación con América del Norte (Berlinguer, 2005). Por otro lado, más allá de los efectos directos en el incremento de la desigualdad derivados del debilitamiento de la responsabilidad social del Estado, la homogenización de los patrones de consumo y modos de vida que viene de la mano con un modelo de desarrollo exclusivamente centrado en el mercado ha tenido implicaciones negativas en la salud de la población. De acuerdo a Berlinguer (2005), la propagación de vectores como los del cólera y el dengue, la imposición de hábitos de vida no saludables como el tabaquismo, la obesidad asociada al consumismo, el consumo de drogas ilícitas y la violencia son, en su conjunto, aspectos no demasiado gloriosos del optimista desarrollismo mercado-céntrico.

Los procesos de reforma del sector salud ocurrieron en el marco de las ya mencionadas reformas del modelo de desarrollo económico y del modelo de Estado. El rol del Estado en la protección de los derechos y en los programas sociales se debilitó. Al dejar de ser un ejecutor de políticas, el Estado se limitó a regular y evaluar. Un ejemplo de ello es la expansión de los seguros privados y el debilitamiento de la seguridad social pública en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, así como en México y Perú (OPS, 2002). Más allá del incremento de la privatización de servicios otrora públicos, el nuevo paradigma de la política social del Estado fue la separación de funciones y la focalización. Con ello, dentro de la propia dimensión estatal, se trastocó la gestión pública por la lógica de la gestión privada, pasando a primar lo económico y administrativo sobre lo público.

Sin embargo, entre los aciertos rescatables de esta tendencia no precisamente positiva, cabe señalar la recuperación de la infraestructura de los servicios, la experiencia obtenida en el campo de la descentralización, la mejoría en la gestión de algunas áreas en eficiencia y gestión financiera, y la creación de seguros para algunos grupos prioritarios. Algunas repercusiones específicas de la reforma del Estado en el sector de la salud incluyeron la descentralización, la redefinición de la autonomía legal y administrativa de las instituciones públicas, la reducción de gastos, el uso de nuevas fórmulas de organización y financiamiento de los servicios de salud, y un positivo énfasis en el mejoramiento de la calidad de los servicios y la satisfacción de los consumidores.

Los resultados de la reforma de salud

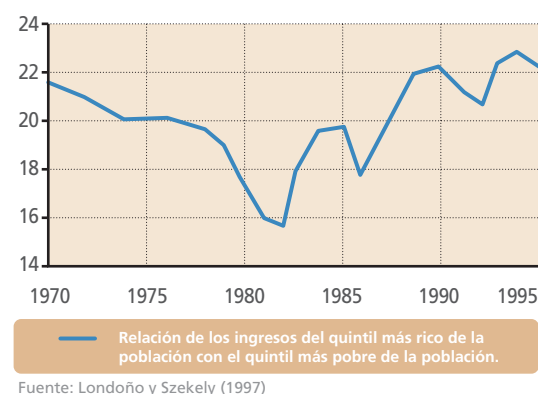
A nivel global, resulta preocupante observar que en la actualidad los países pobres no han alcanzado siquiera los niveles de mortalidad infantil que los países ricos tenían en 1950. América Latina, como región, es la más inequitativa

del mundo. La inequidad en la región incluso supera a la de África (Castillo, 2005). Como podemos observar en el gráfico 4 presentado a continuación, durante el periodo 1978-2000 la brecha entre los muy ricos y los muy pobres se ha incrementado.

El cuadro 1 amplía la información sobre la situación de inequidad a la que nos referimos. De 1989 a 1996 un 46% de la población de América latina estaba excluida de la cobertura de servicios de protección social y un 27% no podía acceder a ellos por causas económicas. Ello ha determinado que un 17% de los partos no sean atendidos por personal de salud en Latinoamérica.

Del total de 500 millones de habitantes de América Latina y El Caribe, el 27% carece de acceso permanente a servicios básicos y el 46% no cuenta con un seguro público o privado de salud. El 17% de los nacimientos en nuestra región es atendido por personal no calificado. 82 millones de niños no completan el esquema de vacunación. 152 millones de personas no tienen acceso al agua potable. En muchos de los países se registra un predominio del sector privado en el gasto en salud: aproximadamente un 45% del gasto en salud corresponde a

Gráfico 4
Inequidad en América Latina (1970-1995)



Cuadro 1

Indicadores de exclusión y porcentaje y número de personas excluidas de la protección social en salud en América Latina y el Caribe (1989-1996)

Indicador	Año de referencia	Estimación de excluidos (%)	Población excluida (miles)
De cobertura Población sin seguro de salud	1995	46	217.779
De acceso Económico (combinado) Geográfico	1989-1994 1995	27 22	121.245 107.013
De infraestructura Escasez de camas hospitalarias	1996	55	267.537
De procedimientos Partos no atendidos por personal entrenado	1996	17	83.558

Fuente: OPS (1999)

desembolsos directos de las familias, lo que obstaculiza la satisfacción de otras necesidades básicas (Prosperi, 2005).

Un aspecto relevante vinculado a las precarias condiciones de vida aquí reseñadas es la violencia social como causa de muerte. En efecto, la muerte de los hombres (se excluye a las mujeres pues sus primeras causas de muerte son otras) por homicidio y violencia es la causa que más aporta a la mortalidad general en nuestra región. Las soluciones a este problema, desde luego, no recaen en el aumento y mejoría de la prestación de servicios de salud sino en el emprendimiento de acciones intersectoriales y sociales que prevengan y sancionen efectivamente la violencia.

Teniendo en mente todos los datos puntuales hasta aquí presentados, se puede concluir que los resultados de las reformas de salud no han sido halagadores. Haciendo un balance, el economista Joseph Stiglitz ha señalado que las reformas aumentaron la exposición de los países al riesgo sin aumentar su capacidad para enfrentar tal riesgo (Brito, 2005). Las reformas asignaron más importancia a la lucha contra la inflación en detrimento de la lucha contra el desempleo y la pobreza. Como consecuencia, tanto las

economías como las capacidades de las distintas sociedades se debilitaron.

En la mayoría de países se abandonó la concepción de la salud pública como una responsabilidad del Estado. Concretamente, se desfinanciaron los servicios públicos de salud. Los impactos de ello se expresaron en el deterioro de las coberturas (como la de inmunización), en la crisis de los programas de tuberculosis y malaria, en el deterioro de las competencias del personal que se dedica a la salud pública y en el deterioro de las infraestructuras de salud (Brito, 2005).

En este contexto, en el 2003 la OPS planteó la importancia de las funciones esenciales de la salud pública. Tales funciones se refieren a ciertos puntos básicos que definen la responsabilidad del Estado en tiempos de constricción de las políticas públicas. De las once funciones reseñadas por la OPS, se encontró que las que tuvieron mejor desempeño en los países de América Latina, luego de 7 años de aplicación, fueron las relacionadas con la reducción del impacto de las emergencias y los desastres, y las funciones de vigilancia, monitoreo y evaluación de la situación de salud. En contraste, las funciones de desempeño notoriamente bajo fueron aquellas vinculadas a la garantía y mejoramiento de la

calidad de los servicios (desarrollo y formación de recursos humanos en salud), a las políticas de competencia del personal en los Ministerios de Salud, y a la investigación en salud pública (Brito, 2005).

Desde inicios de los noventa, el informe *Invertir en salud* del Banco Mundial (1992) marcó la pauta para abrir nuevos modos de comprender a la salud pública desde la óptica economicista neoliberal. Como remarca Brito, esta mirada nos remite directamente a la tensión entre, por un lado, la salud entendida como un derecho y, por otro, la salud entendida como mercancía. Esta tensión se asienta en el carácter complejo de los sistemas de salud: éstos incluyen aspectos políticos, éticos (de protección) y también una dimensión industrial. En cuanto al último punto, es evidente que en el campo de la salud se producen bienes y servicios. Por ello, es claro que a la reflexión sobre la salud no le resultan ajenos temas comerciales (insertados en las discusiones sobre la implementación de Tratados de Libre Comercio) como la propiedad intelectual, las medidas sanitarias y fitosanitarias, las barreras técnicas al comercio, y la reglamentación de la prestación de servicios a través de fronteras, del movimiento de pacientes y de la migración de profesionales.

El balance de este primer período de reformas estatales señala que los intentos por reducir la protección social, sobre enfatizando el aspecto industrial y comercial de la salud, solo ha conducido a incrementar la inequidad. Tanto las cifras antes señaladas como las que se anotan en el recuadro al final de este artículo, sustentan este argumento. Frente a la experiencia de este fracaso, en los últimos años ha surgido un nuevo ciclo de reformas en el sector social y de salud que buscan ampliar la protección social y garantizar el acceso universal a la salud. Estas nuevas propuestas se diferencian claramente de las anteriores centradas en la focalización de ciertos servicios en los pobres. Ampliar la cobertura de salud a través de un concepto de protección

social demanda definir mecanismos eficientes y solidarios (no caritativos) de financiamiento y de asignación de recursos para poder lograr una mayor cobertura de los servicios de salud, utilizando la reorientación de los servicios para el aseguramiento universal.

Actualmente, América Latina se pregunta cómo ampliar el aseguramiento en salud a toda la población. El gran desafío consiste en hallar un equilibrio entre el aseguramiento obligatorio de financiamiento público y solidario y el financiamiento privado. La OPS ha señalado que es factible utilizar prestaciones con financiamiento público diseñadas de acuerdo a patrones epidemiológicos y a las prioridades de cada país, incrementar la seguridad jurídica, extender la cobertura y definir mecanismos para una eficiente asignación de los recursos sociales y económicos. Para ello, la veeduría y el control ciudadano son de vital importancia (Acuña, 2002).

Una adecuada construcción de sistemas de protección social y de sistemas de salud pública atraviesa necesariamente por procesos de consenso político. Esto implica la participación y movilización de la población: la construcción auténticamente democrática de estos sistemas presupone el ejercicio efectivo de la ciudadanía entre los habitantes de América Latina para apropiarse de metas, objetivos y políticas públicas que prioricen la inversión en el desarrollo humano y en el cumplimiento de sus derechos.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

El establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio muestran, por primera vez en la historia contemporánea, una visión consensuada del desarrollo que combina un consenso político mundial con un claro enfoque y voluntad de compromiso. Tales objetivos constituyen un nuevo desafío global que sitúa al tema de la

inversión en la salud de la población en el centro del programa del desarrollo mundial. El año 2015 es el plazo para lograr los 8 objetivos, cinco de los cuales tienen relación directa con la salud: erradicar la pobreza y el hambre, reducir la mortalidad de la niñez, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA y la tuberculosis, y garantizar la sostenibilidad del ambiente. Contamos pues con un marco global tanto para evaluar el desempeño social de nuestros países como para impulsar, nuevamente, el desarrollo de políticas públicas (Brito, 2005).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio vuelven a colocar en la discusión pública la relación entre desarrollo y salud. Para abordar adecuadamente esta problemática es de crucial importancia que nos preguntemos como sociedades cuál ha sido el impacto que han tenido los programas de desarrollo implementados en América Latina desde la Alianza para el Progreso en los años sesenta hasta la actualidad sobre las condiciones

y la calidad de vida de la población. Al realizar este ejercicio de reflexión crítica es fundamental que no centremos nuestra mirada en cifras que promedian el avance macroeconómico de los países latinoamericanos, pues tales cifras sólo reflejan el peso mayoritario que tienen los indicadores correspondientes a las grandes ciudades. La evaluación sobre los efectos de las políticas de desarrollo debe demostrar el impacto, o la ausencia de impacto, en las localidades pequeñas y apartadas de los centros políticos y económicos nacionales. Sólo a partir de este tipo de información desagregada se podrá proyectar si realmente los Objetivos de Desarrollo del Milenio se podrán cumplir en tan solo 15 años. Con alta probabilidad, el estudio desagregado de la situación sanitaria en las localidades rurales, nos demostrará que en América Latina todavía existe una parte de la población que vive en las mismas condiciones de hace 60 años y que para ellos el desarrollo sigue siendo una quimera.

América Latina y El Caribe:

indicadores de salud

Población en el 2002: 800 millones

Esperanza de vida al nacer en el 2005: 70 años

Población sin servicios básicos en el 2002: 125 millones

Población sin seguro de salud en el 2002: 230 millones

Población sin acceso a agua potable o saneamiento básico en el 2002: 152 millones

Hogares pobres en el 2002: 41%

Mortalidad en mayores de 65 años en el 2005: 60%. Esta mortalidad se atribuye a la mala calidad de los servicios de salud y de los médicos, particularmente a reacciones secundarias a los medicamentos prescritos y a infecciones intrahospitalarias

Avances

Cobertura del agua segura en el 2005: 86% de la población

Cobertura del agua segura en el área urbana en el 2005: 94%

Cobertura del saneamiento ambiental en el 2005: 77%

Coberturas de vacunas regulares financiadas por los gobiernos en el 2005: 95%

Tasa de mortalidad general en el 2005: 6%

Partos atendidos por personal calificado en el 2005: 82%

Avances en el marco legal en el 2002: reconocimiento al derecho universal a la salud de toda la población

Fuentes: OPS (2002), Castillo (2005), UNICEF (2005)

Bibliografía:

- Acuña, Héctor 1980 *Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980* (Washington: OPS/OMS).
- Banco Mundial 1992 *Invertir en salud* (Washington: BM).
- Berlinguer, Giovanni 2005 “Globalización, Estado y salud”. Cuarto Congreso Internacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, noviembre, Medellín.
- Brito, Pedro 2005 “Políticas de salud en las Américas”. Cuarto Congreso Internacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, noviembre, Medellín.
- Castillo, Carlos 2005 “Situación de salud en las Américas”. Cuarto Congreso Internacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, noviembre, Medellín.
- Capote Mir, Roberto 1990 “Sistemas locales de salud. Organización, regionalización, principios generales” en OPS/OMS/OMS *Los sistemas locales de salud* (Publicación Científica No. 519) (Washington).
- Castro Ramírez, María Luisa 2001 “Calidad de vida y promoción de la salud” en *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (Bogotá: Editorial Médica Panamericana).
- Londoño, José Luis y Sack Szekely 1997 *América Latina tras una década de reformas* (Washington: BID).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1986 *Carta de Ottawa* (Ottawa: OPS/OMS, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1988 Documento CD33/14, Resolución XV-XXXIII del Comité Directivo. Washington, DC., 30 de septiembre de 1988.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1990 “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud” en *Los sistemas locales de salud* (Publicación Científica No. 519) (Washington: OPS/OMS/OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1999 “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe”. Reunión Regional Tripartita de la Organización Internacional del Trabajo. México, del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002 *La salud de las Américas* (Washington: OPS/OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002a *Nuevos rumbos para la salud en las Américas. Informe cuatrienal del director* (Washington: OPS/OMS).
- Paganini, José María y Roberto Capote Mir 1990 *Los sistemas locales de salud* (Washington: OPS/OMS).
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2000 *Cooperación política para la descentralización del Estado* (Santiago: PNUD). Citado en: Organización Panamericana de la Salud 2002 *La salud de las Américas. Volumen I* (Washington: OPS/OMS).
- Prosperi, Jorge 2005. Conferencia dictada en el Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Restrepo, Helena 2001 “Agenda para la acción en promoción de la salud” en *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (Bogotá: Editorial Médica Panamericana).
- Tejada de Rivero, David 2005 “25 años de atención primaria de salud”. Seminario Internacional sobre Atención Primaria. Fesalud-OPS/OMS. Quito, noviembre 2005.
- UNICEF 2005 *Estado mundial de la infancia* (Nueva York: UNICEF).

Parte II

Condiciones contemporáneas de la salud en Ecuador

Sociedad, política y salud

Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo

Santiago Ortiz*

A penas iniciado el nuevo período democrático, en octubre de 1982, se produjo un acontecimiento que marcó profundamente la historia contemporánea del Ecuador: la crisis de la deuda externa. Este hecho, acompañado de la baja en el precio del barril de petróleo, obligó al gobierno del entonces presidente Oswaldo Hurtado a lanzar el primer paquete de las llamadas “medidas de ajuste”. Con esta política se abrió un nuevo capítulo de la vida nacional. Llegaba a su fin el modelo desarrollista estado-céntrico que, alentado por el petróleo y por el rol central del Estado, levantó la expectativa de construir un país industrializado y progresista, sustentado en la equidad y en un pacto social que permitiese acceder a los beneficios sociales a toda la población. Con la crisis de la deuda se inauguró un nuevo modelo que retrocedió a aquello que se pensaba superado: la dependencia en la producción primaria, agrícola y minera, para la exportación. Se configuró así una economía dedicada a exportar para conseguir dólares destinados al pago de la deuda externa. Pero el nuevo modelo no sólo era económico. Aquello que se ha denominado el paradigma neoliberal requería un giro de 180 grados en el papel del Estado, en la organización social e incluso en la cultura.

Lo paradójico de este cambio de orientación es que ocurrió paralelamente al inicio del régimen democrático, cuando relucía la promesa de

“la fuerza del cambio”, liderada por Jaime Roldós, primer presidente electo tras un ciclo de dictaduras militares. La gente suponía que iba a tener mayor oportunidad para ejercer sus derechos políticos, al tiempo que gozaría de los beneficios del progreso y la modernidad. Pero la realidad es que el Ecuador ha vivido, desde entonces hasta ahora, “con una cal y otra de arena”. Las últimas décadas fueron un período complejo, repartido entre promesas de cambio y ajustes, en el que el anterior modelo desarrollista ha sufrido una larga agonía, sin que se llegue a dejar de creer en el “ogro filantrópico” del Estado. Durante estas dos últimas décadas y media, el mundo se hizo más ancho con la pantalla de la televisión, pero los bienes se hicieron más ajenos, pues las posibilidades de empleo y el nivel de ingresos se deterioraron para la mayoría de la población.

Por otro lado, la imagen del Ecuador cambió vertiginosamente durante este período. Si a comienzos de los ochenta persistía una encubridora visión de un Ecuador unificado y homogéneo, hoy es extraño quien no reconoce la diversidad y abrumadora complejidad de nuestro país. Fue, en suma, un cuarto de siglo con avances y retrocesos, que ha dejado una marca indeleble en la historia nacional. En este artículo trataremos de encontrar las claves de los cambios ocurridos, a fin de establecer pautas para interpretar lo que sucedió en el campo económico, social y político.

* Profesor-investigador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) sede Ecuador

Ajuste, liberalización y estancamiento crónico

Bajo el paradigma neoliberal se difundió la idea, compartida por importantes sectores de la élite política y empresarial del país, que señalaba como causa fundamental de los problemas del Ecuador a la intervención estatal en la economía. Consecuentemente, se hizo aparecer a la debilitación del Estado como una tarea insoslayable. Para ello se planteó la liberalización en la fijación de precios, incluido el precio de la mano de obra; la supresión de los subsidios a la producción nacional, y en general de la regulación estatal de la economía; y el ajuste fiscal, o recorte de los servicios sociales del Estado, para controlar la inflación. La idea era que el Ecuador deje de gastar pólvora en la industria nacional, tan demandante de apoyo estatal, y que se dedique a “lo suyo”, es decir, a explotar sus “ventajas comparativas”. Este proyecto supuso un retorno a la función económica tradicional de exportar los productos que provienen de los recursos naturales (mineros, petroleros y agrícolas) disponibles en el país.

Tal propuesta empezó a tomar cuerpo desde 1982, a raíz de la crisis de la deuda, con un importante protagonismo de los organismos financieros internacionales. Las medidas para su ejecución se expresaron en la firma de cartas de intención y en políticas económicas orientadas exclusivamente por indicadores macroeconómicos. Este tipo de medidas se convirtieron en las únicas políticas de “Estado” que trascendieron las administraciones de turno. Esto hasta un punto en que se decidió independizar su manejo de los gobiernos, entregando el timón a los círculos tecnocráticos de la Junta Monetaria y el Banco Central. Incluso cuando esta cesión de competencias no fue suficiente, el Estado llegó a renunciar a su potestad de implementar políticas monetarias y cambiarias, tal y como ha ocurrido tras la dolarización implementada desde el año 2001.

Estas políticas proyectaban generar la inserción de nuestra economía en el mercado mundial impulsando la producción de bienes primarios de exportación (petróleo, banano, camarón, flores, cacao, café). De este modo, bajo la égida del sector bancario y financiero, el eje de acumulación se trasladaba hacia la producción primaria, proceso tendiente a dismantelar la industria. Así, si en 1980 la agricultura representaba el 17% del producto interno bruto (PIB) frente a un 40% de la industria y la construcción, y un 43% del sector terciario, hacia el año 2004, la agricultura constituyó apenas un 9% del PIB, la industria y la construcción un 20%, mientras que el comercio, los servicios y el sector financiero pasaron al 60% del PIB (CORDES, 2004: 5-6). Todo este proceso ha significado el dismantelamiento de la base productiva nacional (especialmente de empresas pequeñas, de la artesanía y de la industria), la crisis crónica de la agricultura para el consumo interno, y el deterioro de las condiciones de vida de los trabajadores. Otros efectos importantes han sido la pérdida de soberanía alimentaria, la destrucción de la biodiversidad y la erosión del suelo que nos provee de nuestros principales productos. Por otro lado, se han reforzado las condiciones de dependencia y heterogeneidad estructural de nuestra economía, provocando un mayor desequilibrio entre las ciudades o regiones que producen para la exportación y el resto del país que se sumerge en la crisis.

Contrariamente a lo proyectado por sus promotores, las políticas neoliberales implementadas no tuvieron los resultados exitosos que se esperaban. La economía logró un ritmo de crecimiento extremadamente leve de 2,23%, cifra apenas unas décimas sobre el crecimiento de la población de 2,18%. Se trata entonces de un virtual estancamiento que se expresa, por ejemplo, en que el PIB per cápita, de 1.400 dólares a inicios de los ochenta, luego de 25 años, pasó tan sólo a 1.460 dólares en el 2004 (CORDES: 2004). La situación se agravó en

1999, cuando se vivió una profunda crisis que ubicó a cientos de miles de ecuatorianos por debajo de la línea de pobreza y forzó a muchos a emigrar del país. La pobreza subió en un 22% de 1995 a 1999 (SIISE, Encuesta de Condiciones de vida INEC).

Sin embargo, a pesar de estas tendencias, básicamente por efecto del petróleo, el turismo y las remesas, el PIB nacional creció de aproximadamente 10.000 millones de dólares en 1980 a cerca de 19.000 dólares en el 2004, calculado sobre la base de dólares constantes del 2000 (CORDES, 2004). Mientras esto sucedía en la economía nacional, el Ecuador pagó sumas cada vez más altas por la deuda externa. Prácticamente el 50% de nuestro presupuesto fue destinado al pago de la deuda en las últimas dos décadas. A pesar de ello, la deuda ha subido de cerca de 4.000 millones de dólares en 1980 a casi 15.000 millones en el 2004. Esto permite describir al tipo de modelo económico que hemos seguido como uno en el que nos convertimos en exportadores de dinero y capitales, mientras la mayoría de ecuatorianos deben ajustarse los cinturones.

Si bien uno de los sectores favorecidos por el modelo fue el bancario-financiero, la eliminación del control estatal, la concentración del crédito y la recesión económica condujeron a este sector a una crisis sin precedentes. La magnitud de la crisis desatada en 1999, provocó la operación de “salvataje” de los bancos, mecanismo mediante el cual, básicamente, el Estado trasladó los recursos generados por todos los ecuatorianos a los acreedores de los bancos en quiebra. Tal traslado, realizado mediante préstamos, congelamientos, emisión de bonos y transferencias fiscales, sumó más de 8.300 millones de dólares. La banca cayó en bancarrota, succionando en su caída ingentes recursos del erario público.

Paralelamente a este giro en la función del Estado, las instituciones públicas destinadas a la promoción del desarrollo han sido casi liquidadas,

tanto a nivel urbano como rural. Los sectores estratégicos de la economía, antes en manos del Estado, comenzaron a entregarse a la empresa privada y a las multinacionales. Así, en el sector petrolero, parte de la infraestructura ha pasado a manos privadas, aunque aún existen empresas debilitadas como Petroecuador. Igualmente, el sector de la electricidad y las comunicaciones, así como varias empresas de la Dirección de Industrias del Ejército, han comenzado a ser privatizadas. Este proceso aún no se ha completado, en buena medida, a causa de los bloqueos mutuos entre los grupos dominantes y monopólicos en su disputa por el control sobre estos grandes negocios. Sin embargo, los intereses privados continúan su expansión.

Por otra parte, se ha mantenido la dolarización con el fin de evitar la inflación, estabilizar la moneda y acelerar el paso hacia una plena apertura económica. Pero esta medida quitó competitividad a la economía nacional: el mercado interno se ha visto inundado de productos provenientes de la frontera o desde el Asia a precios bajos. Pese al riesgo que implica la dolarización y a los malos efectos en la producción nacional, los últimos gobiernos han logrado manejar la situación gracias al aumento del precio del petróleo y a las remesas de los emigrantes. Este inesperado ingreso permitió mantener a flote la economía y elevar el consumo de la población, lo que generó una leve reactivación económica. Es sólo a causa de estos factores que los gobiernos han logrado mantener la dolarización.

Sin embargo, hay serios problemas estructurales que no se resuelven y que pueden provocar crisis severas en el futuro. El sector productivo está debilitado debido a la reducción del mercado interno, la falta de apoyo del Estado y la exigente competitividad del mercado internacional. Tras la implementación de políticas neoliberales se ha fortalecido a sectores exportadores de productos primarios y a sectores financieros, ambos de carácter monopólico. Ello ha redundado en la

descapitalización del país sometiendo al sector productivo a una crisis crónica. A esto se suman los problemas que hubiera traído el Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos (TLC). Con este tratado se corría el riesgo de sacrificar la producción para el consumo interno de los campesinos, conduciendo a productos como el arroz, el maíz y la papa a la desaparición.

Toda esta situación conduce a un deterioro de las condiciones de vida de los campesinos e indígenas, que alcanza a las capas medias, y el aumento del desempleo y subempleo (que afecta ya a más del 60% de los ecuatorianos). Pero más allá del ámbito económico, el modelo además ha producido importantes cambios en la estructura social y política que exploraremos a continuación.

La reforma del Estado

La reforma del Estado era una clave fundamental para la política neoliberal. Pero si en la economía hubo problemas, como veremos, en la institucionalidad estatal el camino fue aún más tortuoso.

La propuesta neoliberal siempre apuntó a producir un “Estado mínimo”, es decir, a cambiar el rol del Estado de manera que no intervenga en la economía y haga lo menos posible en lo social, retomando la tesis liberal del “dejar hacer y dejar pasar”. Desde esta perspectiva, el mercado es el que debe ocuparse —con su “mano invisible”— de resolver los problemas de los ciudadanos. Junto a la construcción de este Estado mínimo se procuraba, principalmente, conseguir tres objetivos. Primero que nada, reducir la burocracia. Segundo, impedir todo intento de reforma agraria y suprimir todo apoyo estatal a la agricultura o a la industria. Y tercero, controlar el gasto social, a fin de reducir el déficit fiscal y así controlar la inflación. En resumen, se trataba

de un paso del Estado interventor y regulador a un Estado mínimo, eficiente y supeditado al mercado.

Pero todas esas medidas llevaron a que el Estado “abandonara” muchas regiones del país. Un Estado que ha tenido importancia en la vida de la sociedad y que se proyectó como eje de la nación, perdió influencia hasta el punto en que, en muchas localidades del país, dejó de tener presencia. Además, en un mundo donde las decisiones se internacionalizan, varias competencias y atribuciones tradicionalmente estatales pasaron a ser asumidas por los organismos internacionales. Si bien algunas funciones del Estado, como el manejo de la deuda, de la tributación o del comercio debían y llegaron a modernizarse, las competencias en otros campos como en lo social y productivo se cumplieron cada vez menos. En resumen, la llamada modernización se logró en ciertos islotes del aparato estatal, formando una especie de archipiélago moderno en medio de un Estado erosionado y debilitado.

A finales de los ochenta, varios organismos internacionales reconocieron los efectos negativos del ajuste y la reforma estatal, y las dificultades que estos efectos suponían para lo que denominaron la “gobernabilidad”. En consecuencia, se formuló una segunda generación de reformas institucionales orientadas a “modernizar” el Estado, que pasaban por la descentralización, el fortalecimiento de la función judicial y de la policía, y también de ciertas ramas de lo social. Todo esto apuntando a mayores niveles de estabilidad, cohesión y gobernabilidad. En este contexto, durante los noventa, en el Ecuador se lanzó el Programa de Desarrollo Municipal (PDM); se formularon proyectos en salud, educación y desarrollo de los pueblos indígenas; y se diseñaron leyes de modernización y descentralización. También se creó una instancia para conducir la reforma estatal: el Consejo Nacional de Modernización (CONAM).

Sin embargo (eterna frustración de lo proyectado por las políticas neoliberales...), la nueva generación de reformas se cumplió poco y mal: no se avanzó en la descentralización; no se logró modernizar la administración pública; los proyectos sociales no fueron institucionalizados; la justicia siguió cayendo en un pozo de corrupción (hasta el punto en que desapareció la Corte Suprema de Justicia) y por varios años no funcionaron ni la Contraloría ni el Tribunal Constitucional; y finalmente, la Policía fue rebasada por la violencia social y por la corrupción institucional interna. Hacia el fin del siglo, la institucionalidad estatal fue afectada por una ausencia de valores generalizada. Hay que señalar además que un eje de la construcción del Estado, las Fuerzas Armadas, sufrió una crisis de identidad luego de la firma de la paz con el Perú.

Vemos entonces que, debido a las políticas neoliberales, el Estado ecuatoriano sufrió un debilitamiento que le afectó gravemente, lo cual repercutió en la cohesión social. En ese escenario, surgieron demandas de cambio del Estado desde diversos actores: diversos movimientos cívicos plantearon autonomías, mientras que el movimiento indígena propuso el reconocimiento de la plurinacionalidad. La forma unitaria y centralista, característica del Estado nacional, fue cuestionada desde distintas posturas: tanto desde las posiciones privatizadoras y autonomistas, como desde las nacionalidades indígenas.

Durante las últimas décadas, se hizo evidente que nunca se generó un consenso nacional para reformar el Estado, y también se puso en evidencia que las élites económicas, políticas y sociales no tenían una propuesta de cambio que permita arribar a un nuevo puerto luego de dos décadas de reformas inconclusas. Se generaron así condiciones de inestabilidad que pronto salieron a la superficie en el escenario político.

Crisis de representación política

El régimen político instaurado a partir del retorno a la democracia, se mantuvo durante un período de aproximadamente 15 años. Este régimen reconoció una serie de derechos políticos a la población, e institucionalizó a los partidos como mediadores entre los ciudadanos y el Estado. Los problemas que se habían presentado, tales como la fragmentación de los partidos, la persistencia de lazos clientelares en la relación entre los ciudadanos y las autoridades, o las pugnas entre el Ejecutivo y el Legislativo que habían sido el trasfondo de buena parte de las coyunturas políticas, parecían solucionables mediante reformas que apuntalen la gobernabilidad.

Sin embargo, desde mediados de la década del noventa, esta expectativa comenzó a modificarse. La población comenzó a alejarse crecientemente de los partidos y a perder confianza en la política. Los partidos, por su parte, tendieron a replegarse a nivel regional, mostrando serias debilidades para formular planteamientos nacionales. El Congreso se convirtió en un escenario de tráfico de influencias y de clientelismo, sin jamás ejercer debidamente sus funciones de legislación y control, anulando su capacidad de representar a la sociedad y de generar consensos. Por otro lado, surgieron nuevos movimientos políticos que buscaban acceder a puestos de poder; entre ellos, movimientos de independientes y el propio movimiento indígena que buscaba expresarse directamente en el escenario político institucional.

Luego de la caída del ex-presidente Abdalá Bucaram en 1997, se hizo evidente la crisis del sistema político y la necesidad de una reforma constitucional de fondo que permita generar un nuevo escenario para la supervivencia de la democracia. El intento se canalizó a través de una Asamblea Constituyente que estableció cambios en la institucionalidad orientados, básicamente,

a reconocer nuevos derechos ciudadanos (entre ellos los derechos colectivos de los grupos étnicos), nuevas instancias de participación democrática, y sistemas de gobierno abiertos a la sociedad civil en los campos de la salud, la educación, el medio ambiente y la niñez. Por otro lado, la Asamblea también fortaleció el presidencialismo reduciendo el peso del parlamento, y abrió el espacio para que se produzcan reformas privatizadoras del sector estatal de la economía.

A pesar de todos los avances en materia de derechos ciudadanos, la nueva Constitución dictada en 1998 dejó algunos vacíos: prácticamente no tocó el sistema de partidos, no intervino en redefinir el rol de las Fuerzas Armadas, no contempló competencias y funciones para el nivel intermedio de gobierno, ni aseguró que la democratización y descentralización lograda a nivel constitucional se traduzca en leyes que tornen operativos a los cambios. Además, se debe considerar que en un país donde la cultura política se especializa en eludir las leyes, un cambio en la Carta Magna no aseguraba que la institucionalidad cambie.

Al tiempo que se dictaba una nueva Constitución, los partidos tradicionales hacían de las suyas para borrar con el codo lo que se había logrado con las manos de importantes actores ciudadanos. Pronto la crisis del sistema político salió a la superficie desatándose un nuevo torbellino institucional que decantó en la caída del expresidente Jamil Mahuad en enero del 2001. En este derrocamiento, el movimiento indígena tuvo un papel preponderante. El coronel Lucio Gutiérrez, uno de los miembros del efímero triunvirato que accedió al poder por una noche, accedió a la presidencia años más tarde en alianza con el movimiento indígena. Pero a su vez, él mismo sería derrocado al cumplirse un año de su sinuoso mandato, marcado por la traición al movimiento indígena y por movimientos contorsionistas de alianzas con los

partidos políticos tradicionales. En este último derrocamiento, el protagonismo recayó sobre una autónoma y descentralizada movilización ciudadana, básicamente asentada en la capital.

La pregunta que cabe hacer luego de diez años de inestabilidad política tiene que ver, obviamente, con las razones y causas de esta persistente crisis. No existe una explicación única a un fenómeno tan complejo pero es importante señalar, en primer lugar, que tiene relación con las características del modelo económico y la reforma que se ha buscado ejecutar en el país. La acentuación de las desigualdades sociales y el estancamiento crónico de la economía, impidieron crear condiciones que permitan cumplir la oferta hecha por la democracia de generar mayores niveles de integración social. En esta línea, mermar las funciones del Estado debilitó la instancia institucional que podría cohesionar al país y que podría asegurar mejores condiciones de vida (o bien, a mejoras en ámbitos como el de la educación, la salud o la seguridad social) para amplios sectores.

A esto se refiere la llamada “falta de rendimientos de la democracia”, en ocasiones mencionada por analistas sociales, que explica la ausencia de interés en la política y su falta de credibilidad. La frustración de las expectativas levantadas por la democracia, traducidas en la falta de empleo y en el empobrecimiento de la población, no sólo ha provocado la pérdida de confianza en el sistema político (y la caída de tres gobiernos en los últimos diez años), sino también el incremento de la emigración (clara expresión de la pérdida de esperanza en el Ecuador, como comunidad humana y proyecto nacional).

Otro aspecto referido a la explicación de la permanencia de la crisis, tiene que ver con las lógicas de poder que están detrás del sistema político. En un país con altos niveles de desigualdad, los grupos que detentan el poder económico mantienen un alto nivel de influencia

política, siendo frecuente que prescindan de cualquier formalismo institucional para defender sus intereses y que accedan impudicamente a los recursos que aún mantiene el Estado. Esto es lo que se llama “patrimonialismo”. Se trata de una situación en la que la frontera entre lo público y lo privado se difumina, y en la que operan redes familiares y la influencia corporativa.

En ese marco, condicionados por intereses particulares, los partidos anulan su misión de velar por el bien común. La única manera de mantenerse en el poder es mediante redes clientelares que, más allá del sistema formal, permiten un intercambio de lealtad política por favores y pequeñas obras. Obviamente, hay un serio déficit en los grupos políticos, generalmente bajo control de los “dueños de los partidos”. La falta de horizonte programático, de propuestas en torno a la economía y la reforma estatal, la débil democracia interna y la escasa renovación de líderes, así como la afirmación de relaciones autoritarias a su interior, abren grietas en los partidos y los reducen a grupos de presión regional.

Pero también el problema de la democracia tiene que ver con la falta de independencia de los tres poderes del Estado y la ausencia de responsabilidad de las autoridades. En el marco de un comportamiento delegativo, donde los ciudadanos buscan descargar sus responsabilidades en la autoridad, no se construye ni por parte de los gobernantes ni de los gobernados una cultura de rendición de cuentas y control ciudadano.

Bajo estas condiciones, con la alta presión de los organismos internacionales y la influencia de pocos pero poderosos grupos económicos, fácilmente se va acentuando un poder personalista que tiene en el presidencialismo su mejor expresión. No hace falta escuchar a los ciudadanos cuando la estructura de poder otorga al presidente funciones desmesuradas, facilitando la utilización de los recursos estatales para ofrecer

obras provinciales, dinero o fondos de reserva que corrompen y compran diputados.

A pesar de la debilidad de los partidos y del sistema político, aún no se ha producido un desmoronamiento del sistema de partidos. A diferencia de otros países andinos, el sistema político no ha colapsado y se mantiene la legitimidad de los líderes y partidos a nivel regional y local. Sin embargo, hay una seria desinstitucionalización y una tendencia a la fragmentación, que pone en riesgo la estabilidad misma del Estado.

Por último, el problema político también se relaciona con el campo social. Especialmente con las características de la desigualdad en la sociedad ecuatoriana, donde anidan algunos de los fenómenos que luego se expresarán en el escenario político. Por ello es importante dar revista a un último aspecto en este artículo. Revisemos algo de los cambios en la estructura social y en los actores y movimientos sociales que han participado en estas últimas décadas de democracia.

Cambios sociales

Las diversas características de la sociedad, la economía y la política ecuatorianas hasta finales de la década de 1970, dieron lugar a la configuración de grupos sociales vinculados con la modernización de la economía: sectores propietarios de la tierra, las industrias, el comercio y las finanzas se articularon en varios grupos monopólicos de rasgos familiares vinculados con el capital transnacional y el Estado. Los sectores empresariales medianos habían logrado cierta presencia, mientras que las capas medias vinculadas con el Estado y la pequeña empresa tenían mayor peso mediante los gremios profesionales, sindicatos públicos y gremios de transportistas. Había un creciente número de trabajadores agrícolas y obreros de la industria

que se agrupaban en sindicatos. Durante este periodo, se notaba también la presencia creciente de un amplio sector popular urbano vinculado con el sector informal, así como de amplias capas de campesinos e indígenas pobres y marginales.

La extensión de las relaciones asalariadas en empresas modernas y el crecimiento del Estado habían favorecido la configuración de identidades clasistas: cámaras, gremios profesionales y sindicatos. La problemática de la tierra había incidido en la formación de asociaciones campesinas y comunidades indígenas, articulando también a organizaciones territoriales como recintos y barrios. Un sector de estas agrupaciones gremiales y sindicales se vinculó al Estado mediante la seguridad social y ciertos ministerios, hecho que permitió a sus miembros acceder a ciertos derechos colectivos contenidos en el marco legal. En general, se podría hablar del surgimiento de una estructura neocorporativa que hizo posible una redistribución parcial de la riqueza. Sin embargo, la mayoría de la población no contaba con esos canales institucionales y por tanto no podía ejercer esos derechos ni disfrutar de esos recursos. Este conjunto de ciudadanos de “segunda clase” sostenían la esperanza de algún día ser integrados. Y tal expectativa se reforzó con el retorno al régimen constitucional y la promesa de universalizar los derechos y la ciudadanía política augurada con gestos como la extensión del derecho al voto para los analfabetos.

Sin embargo, el giro de ciento ochenta grados que se produjo desde 1982, proceso del que ya nos hemos ocupado, modificó el panorama dando un diferente peso a los actores y los movimientos sociales: mientras se debilitaron los gremios y sindicatos, aparecieron movimientos de identidad sustentados en la amplia discusión de los derechos individuales y colectivos. El apareamiento de estos movimientos fue posible tras el fin del régimen militar y la descomposición de la estructura neocorporativa.

En esta coyuntura, los grupos monopólicos y financieros incrementaron su influencia al diversificar sus inversiones, ampliar su control sobre los medios de comunicación, acumular capitales en la banca, y asegurarse un puesto privilegiado en las relaciones entre el Estado y las empresas multinacionales. Sin embargo, esta élite no logró unificar sus intereses nacionalmente y sus diversas facciones tendieron a utilizar a uno u otro partido para ganar influencia sobre el sistema político. Siempre que se desataron crisis económicas, en particular la de 1982 y la de 1999, se acentuó la pugna inter-élites por el control de las empresas del Estado y el acceso a sus recursos. Acceder a dichos recursos era vital para mantener sus procesos de acumulación, y tal urgencia podría explicar el alineamiento y oposición cerrada de parte de grupos de poder que enfrentaron los diversos gobiernos que fueron derrocados desde 1996. Las cámaras empresariales han mantenido su influencia durante el régimen democrático, pero siempre actuando desde el escenario regional. Por su parte, los gremios productivos de industriales y agrícolas han perdido su influencia relativa, mientras que las cámaras de comercio se han fortalecido.

Las capas medias se segmentaron. Un sector tecnocrático vinculado a las empresas logró mejorar sus condiciones de vida, mientras que amplios sectores se empobrecieron y perdieron progresivamente algunos de los privilegios que habían logrado en la época petrolera. Por otro lado, los obreros agrupados en las centrales sindicales y en el Frente Unitario de Trabajadores, hicieron sentir su presencia y fuerza organizando huelgas nacionales hasta los primeros años del retorno democrático, y luego se replegaron, pasando a defender sus derechos y garantías laborales con un perfil bajo.

Simultáneamente, a partir de finales de los ochenta, surgieron con fuerza movimientos vinculados a los derechos y la lucha por el

reconocimiento. En particular, el movimiento de mujeres, el movimiento ambiental, los movimientos de defensa de los niños y, sobre todo, el movimiento indígena.

Por tanto, con el ajuste neoliberal y la apertura democrática, hubo modificaciones en la composición, problemáticas y protagonismo de los actores sociales. Se asistió a la dispersión y repliegue de actores importantes, y a la vez a la consolidación de la actuación política de otros. Al mismo tiempo, la recesión de los sectores productivos y la terciarización de la economía trajeron nuevos fenómenos en la composición social con la precarización del trabajo e informalización del empleo, dejando en el camino a una inmensa población excluida permanentemente del empleo formal.

Los emergentes movimientos sociales y ciudadanos configuraron diferentes estrategias de lucha. Estas estrategias enfatizaron, por un lado, formas de presencia directa en el escenario político, sobre todo en momentos de alta conflictividad tales como los levantamientos indígenas, y por otro lado, formas de lucha institucional inscritas en los canales del Estado, como ha ocurrido durante los procesos electorales. Estas luchas han sido marcadas por un fuerte contenido simbólico que ha funcionado como factor de identificación de los nuevos movimientos sociales, aspecto que resalta particularmente en el discurso étnico de los indígenas. Este elemento ha sido vital en medio de la descomposición de antiguos valores que presidieron el imaginario nacional.

Junto con los indígenas, han estado presentes en la lucha social otros actores de menor presencia como el movimiento urbano barrial, los jubilados, los migrantes, los comerciantes minoristas, los usuarios del Seguro Social, así como grupos que luchan por micro créditos, empleo, o que se organizan en torno a los derechos (tales como el movimiento de mujeres o los ambientalistas). Estos grupos sociales se encuentran empeñados

en procesos de construcción de ciudadanía, pasando gradualmente de un comportamiento contestatario a un comportamiento propositivo en función de los derechos. El movimiento cívico regional que fue protagónico hacia finales de 1999 e inicios del 2000, parece recientemente reactivado con la demanda de autonomías, aunque ahora canaliza su planteamiento a través de alcaldes y prefectos.

Las luchas sociales durante el período han estado marcadas tanto por la emergencia de problemas sectoriales específicos, como por la resistencia a la privatización y al avance neoliberal. Esto último ha permitido que se constituyan alianzas que en ocasiones, como en la caída de Bucaram o de Mahuad, reunieron a un haz de actores muy diversos que han entrabado el avance del modelo neoliberal. Tal concertación en la resistencia, podría explicar en parte que en Ecuador, a diferencia de otros países de América Latina, la reforma neoliberal no ha sido completada, o se la ha hecho de manera tortuosa y parcial.

El aumento del desempleo y la pobreza, especialmente provocada por la última crisis bancaria y económica de 1999, afectó a más de un millón y medio de personas que se ubicaron por debajo de la línea de pobreza. Esto vino acompañado por el impresionante crecimiento del subempleo y el desempleo. Como consecuencia, se lesionó profundamente el capital humano con el que cuenta el país, y las condiciones de vida de la población empeoraron, dejando como únicas alternativas la emigración, el endeudamiento o el desarrollo del mutiempleo y otras estrategias para sobrevivir.

Esta situación está generando la erosión de los lazos y valores que articulan el tejido social de la población. La lógica de la corrupción, el incremento de la violencia y la emigración, son rasgos característicos de la sociedad ecuatoriana actual. Tendencias que vienen acompañadas por una cultura del egoísmo y por el resquebrajamiento de los espacios de

convivencia ciudadana, donde la violencia que atenta contra la salud pública es un nuevo elemento a considerar.

A partir de este recorrido de veinte y cinco años por las entrañas del país, nos queda pendiente medir los resultados del neoliberalismo no sólo en el terreno económico, sino también en el campo cultural e ideológico. Está claro que uno de los mayores problemas que quedan como saldo de estos años es el problema de la pobreza, contra cara de la concentración de la riqueza. Tanto el incremento de la distancia entre ricos y pobres, la inequidad social, como la segmentación del mercado y de los servicios

sociales de acuerdo a la capacidad de pago de la población, provocan un debilitamiento de la solidaridad social. Las necesidades del día a día y la sensación de inseguridad y violencia pone a la defensiva a la población, quien se vuelve escéptica ante la democracia y deja de ejercer sus derechos ciudadanos en espacios públicos. Las instituciones están erosionadas y un individualismo rampante quebranta los lazos sociales, provocando un debilitamiento de la identidad como país. Todo ello coloca a la ausencia de cohesión social como uno de los problemas y desafíos a enfrentar en la próxima década. Este es un tema de fondo de la construcción de la democracia.

Bibliografía:

CORDES 2004 *Carta Económica, 25 años de democracia* (Quito: CORDES).

Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana

Margarita Velasco Abad*

En este artículo se revisarán los principales cambios ocurridos en las condiciones de vida de la población ecuatoriana a través del análisis de una selección de indicadores sociales. Destacándose el carácter acumulativo de ciertas mejorías, se comprobará que la inversión social, particularmente en salud y educación, tiene efectos beneficiosos a mediano y largo plazo. Hacia el final del artículo se llamará la atención sobre una tendencia en particular: si bien la mayoría de los indicadores sociales reflejan una mejoría en los resultados del desarrollo social durante el último cuarto de siglo, estos logros sólo se alcanzaron en las principales ciudades, persistiendo diferencias tanto entre el área urbana y rural como entre las distintas provincias del país.

Los indicadores sociales son aproximaciones cuantitativas que caracterizan la vida de la población: son formas de mirar cómo, con qué nivel de calidad y por cuánto tiempo viven las personas de un país. Este tipo de medidas pueden servir para evaluar tanto los resultados como el nivel de acceso a los servicios sociales.

Los impactos del desarrollo social en un país se miden por los cambios en los resultados finales de los procesos emprendidos a lo largo de los años. Los indicadores sociales que tradicionalmente señalan estos logros son la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil y la mortalidad general. Por otra parte, el acceso a los servicios sociales, entre ellos a la atención de salud y a

la educación, se miden a través de indicadores denominados, precisamente, de acceso. Los indicadores de acceso de alguna manera registran el uso que la población hace de los servicios sociales; uso que, a su vez, permite alcanzar cambios sostenidos en las condiciones de vida.

En el cuadro 1 se observa cómo se modificaron los indicadores de resultado y de acceso durante el período 1980 – 2005. Asimismo, se señalan los campos donde el progreso no llegó a toda la población y se alerta sobre aspectos referidos a las condiciones de vida que actualmente están en riesgo de retroceder.

Los hallazgos

Tres rasgos generales caracterizan al Ecuador de hace aproximadamente tres décadas. Desde inicios de los setenta, se registró un inusitado ritmo de crecimiento en las dos ciudades principales del país: Quito y Guayaquil. A pesar de este crecimiento, la población ecuatoriana vivía sobre todo en el campo. En relación a este hecho, la segunda fuente de ingresos del país, luego del petróleo, era la producción agrícola.

Durante la década del setenta, los ingresos provenientes del petróleo fueron invertidos en la creación de la más grande infraestructura de servicios de salud estatal de la historia ecuatoriana. “Entre 1972 y 1981, el gasto público en salud subió del 1,8% al 2,1% del PIB, siendo éste el

* Profesora-investigadora, Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública y Escuela Nacional de Enfermería – Universidad Central del Ecuador

nivel más alto alcanzado. La cantidad de centros y puestos de salud comunitarios aumentó más de 7 veces, pasando de una tasa de 0,4 a otra de 3 por 10.000 habitantes” (Velasco, 1997: 25).

Las consecuencias de esta medida se comenzaron a observar en los años ochenta. El progreso acumulado en la inversión social se evidenció en una tendencia sostenida de los indicadores sociales a mejorar, demostrando que las inversiones en los sectores de salud y educación no siempre se reflejan inmediatamente: en este caso, los indicadores sociales registraron mejorías como consecuencia de una inversión adecuada en salud y educación realizada años atrás.

El cuadro 1 recoge, precisamente, los principales logros obtenidos gracias a la inversión social. Como se verá, allí se señalan mejorías fundamentales como el aumento de la cobertura de la educación primaria y del número de años de escolaridad de la población, o la eliminación de las brechas educativas entre hombres y mujeres. Cabe resaltar que la educación de las mujeres trajo consecuencias directas sobre el descenso de la mortalidad de la niñez y del número de hijos por mujer, sobre todo en el área urbana del país. Por otro lado, el lento pero persistente avance en cuanto al acceso a determinados

servicios (piénsese en la cobertura del agua, en el saneamiento ambiental, en el acceso casi universal al sistema eléctrico, en el incremento del número de médicos y enfermeras, o en la extensión de los servicios de salud al campo y a las ciudades) trajo consecuencias directas sobre indicadores de resultado tan importantes como son la esperanza de vida al nacer, el descenso de la mortalidad general, infantil y de la niñez, y la disminución de la desnutrición.

Sin embargo, la deuda social no logró ser saldada. Tomando en cuenta los niveles de pobreza y la inequidad, el primer balance sobre estas últimas décadas arroja un saldo claramente en contra. Ecuador sigue siendo uno de los países más inequitativos de la región. La pobreza todavía afecta a casi el 70% de la población rural. Como señalábamos antes, si bien los promedios nacionales revelan avances, existen regiones, provincias y localidades del país, así como grupos poblacionales que permanecen excluidos. El campo de la sierra, poblado en su mayoría por indígenas, sigue viviendo en el Ecuador de la década del setenta, es decir, con altas tasas de mortalidad en sus niños, con altos porcentajes de analfabetismo y bajo condiciones de vida muy precarias.

Cuadro 1

Cambios principales en los indicadores sociales de la población. Ecuador (1980-2005)

Los avances en 25 años	Los riesgos del presente	Los indicadores estancados
Descenso de la mortalidad infantil en un 35% En 1980, por cada 1.000 niños y niñas que nacían, morían 54 antes de cumplir un año. En el 2000, la tasa descendió a 19 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos.	En Chimborazo y Cotopaxi se registran las tasas más altas de muerte infantil del país.	Desde 1998, la tendencia al descenso de la tasa de mortalidad infantil se estanca en 19 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos.
Descenso de la mortalidad de la niñez en 64% En 1989, morían 55 niños y niñas antes de cumplir 5 años de cada mil que nacían. En el 2002, la cifra desciende a 26 por cada mil.	En Orellana, por cada mil niños y niñas que nacen, aún mueren 61 antes de cumplir 5 años.	Desde el 2000, la tasa de mortalidad de la niñez ha reducido su ritmo de descenso.

Los avances en 25 años	Los riesgos del presente	Los indicadores estancados
Cambio en el perfil de las causas de muerte de los menores de 1 año Las infecciones intestinales mal definidas pasaron del primer al sexto lugar, registrándose un descenso del 20% en el 2000, con respecto a 1980.	Las muertes por complicaciones del parto y del puerperio y la mortalidad neonatal (menores de 1 mes) se han mantenido sin descender. Desde 1997 al 2002, murieron en el país 9 niños en su primer mes de vida por cada 1.000 nacidos.	En las ciudades, la tasa de mortalidad neonatal (primer mes) aumentó de 15 por cada 1.000 nacimientos entre 1994 y 1999 a 19 entre 1999 y 2004; en contraste, en el campo, disminuyó de 24 a 15.
Descenso de la pobreza urbana En 1988, el 46% de la población de las ciudades era pobre. En el 2002, sólo el 24%.	Empleo precario y débil sistema de protección social para evitar la pobreza extrema o hacer posible que la población pueda salir de la pobreza.	La pobreza rural continúa siendo alta en el Ecuador.
Descenso de la desnutrición crónica En 1987, el 34% de los niños y niñas ecuatorianos sufrían desnutrición crónica (calculada a partir de la talla correspondiente a la edad). La cifra desciende en el 2004 al 21% para el promedio nacional y para los niños y niñas costeos y, al 29% en el caso de los pequeños amazónicos.	Los niños y niñas de la sierra rural del país tienen el más alto porcentaje de desnutrición: 41%. Tres de cada diez niños y niñas del campo ecuatoriano son desnutridos. Entre el 44% y el 32% de los niños y niñas de Chimborazo, Cotopaxi, Imbabura, Bolívar y Cañar sufren desnutrición crónica.	Las estrategias puntuales de alimentos complementarios y suplementarios no logran llegar a los niños y niñas indígenas de los quintiles más pobres de la población.
Descenso del analfabetismo en un 54% En 1982, el 16,5% de la población era analfabeta, en el 2001, sólo el 9%.	Las mujeres indígenas de la sierra rural todavía tienen altos porcentajes de analfabetismo: 20%.	El descenso del analfabetismo urbano está estancado. En 1981, 6% de los ciudadanos eran analfabetos y, en el 2001, la cifra es del 5%.
Disminución de la brecha del acceso a educación entre hombres y mujeres En 1981, el 20% de las mujeres y sólo el 13% de los hombres eran analfabetos. En el 2001, la brecha cambió a un 10% de analfabetismo entre mujeres frente a un 8% entre hombres.	En el campo, las mujeres siguen siendo analfabetas en mayor número que los hombres. El 18% no saben leer ni escribir frente al 13% de los hombres.	
Incremento de la cobertura de luz eléctrica en un 28% En 1982, sólo el 62% de la población tenía acceso a la luz eléctrica, mientras que el porcentaje en el 2001 ascendió a un 90%.	La zona rural de la Amazonía sólo tiene una cobertura del 44% de luz eléctrica.	
Elevación del acceso al agua potable en un 24% En 1981, el 32% de la población tenía acceso a agua potable al interior de la vivienda. En el 2001, la cifra sube al 56%.	En el área rural, sólo el 20% de la población tiene acceso a agua potable.	Para poder llegar a niveles satisfactorios de cobertura, se debería incrementar el ritmo de cobertura ya que si bien hay mejoría, en 24 años sólo se dio un incremento del 24% de la cobertura del agua potable.
Aumento de la población urbana en un 12%, lo que se traduce en mayor acceso geográfico de la población a servicios de salud y por ende a una mayor protección de su salud En 1982, 51% de la población ecuatoriana vivía en el campo, mientras que en 2001 sólo el 39%.	Incremento de la violencia urbana en todas las ciudades del país. Las tres principales causas de muertes de adolescentes son homicidios, suicidios y accidentes.	

Fuentes: SIISE versión 3.5 (2003). CEPAR, ENDEMAIN (1996, 2000, 2005). ODNA (2005). DANS (1986)

El cambio en los indicadores de resultado

Uno de los cambios más significativos en la vida de la población del país se refiere al número de años promedio que un ecuatoriano o ecuatoriana logra vivir hoy en día. La *esperanza de vida* de los y las ecuatorianas en 1982 era de 59 años. La población que habitaba en las ciudades podía vivir 64 años y los que vivían en el campo tan sólo 55 años (SIISE, versión 3.5, 2003). En el año 2001, las posibilidades de vida de la población se incrementaron en más de diez años. Esto trajo y trae consecuencias directas sobre el sistema de protección social y, sobre todo, en la demanda poblacional sobre los servicios de salud.

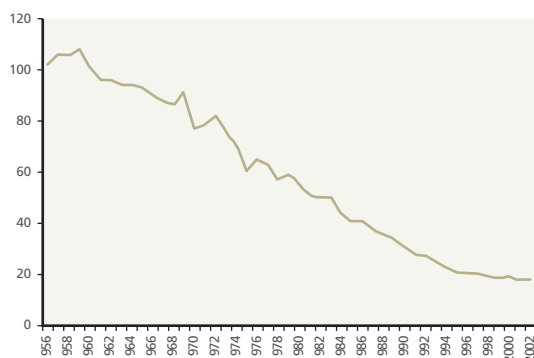
Por su parte, la *mortalidad infantil* desde 1959 hasta 1980 había descendido a la mitad, pasando de una tasa de 102 a otra de 54 niños y niñas fallecidos por cada mil nacidos vivos. La disminución de la mortalidad de los menores de un año fue sostenida en la década del setenta luego del *boom* petrolero. En 1972 morían 83 niños y niñas antes del primer año; diez años

más tarde, la tasa cayó a 54 por cada mil nacidos vivos. En los últimos 25 años, aproximadamente, la tendencia al descenso continuó. Para el 2002 la tasa de mortalidad infantil fue de 19 por cada mil nacidos vivos (SIISE, versión 3.5, 2003). A no dudar, esta mejoría refleja directamente los avances ocurridos en la educación de las mujeres, en la cobertura de los servicios de agua y saneamiento ambiental, y en el acceso a los servicios de salud para la curación y prevención de las enfermedades infecto-contagiosas.

Por otro lado, la prevención de las enfermedades infectocontagiosas a través de la vacunación universal, fue uno de los aportes del Ministerio de Salud Pública más sostenidos en el tiempo. Como se observa en el siguiente gráfico, a inicios de 1980 el porcentaje promedio de cobertura de las cuatro vacunas básicas entre la población menor de 5 años del país llegaba al 40%; en 1997 se alcanzó la mayor cobertura del período en estudio; y en el 2000, la cobertura bordeó el 80%. Si se observan descensos bruscos en la curva que exhibe el gráfico 2, éstos se explican por los paros en los servicios, o por las decisiones de las

Gráfico 1

Evolución de la mortalidad infantil Ecuador (1956-2002)*



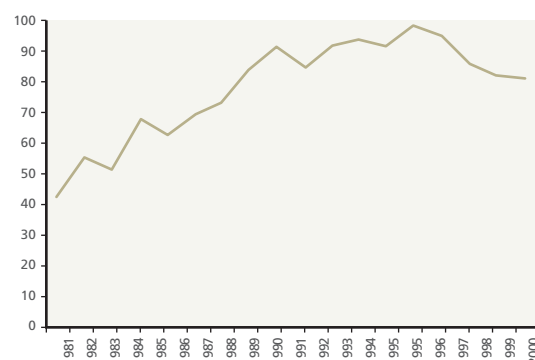
* Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.

Fuente: INEC (1956-2002)

Elaboración: SIISE Versión 3.5 (2003), Fose (2005)

Gráfico 2

Evolución de la cobertura de inmunización Ecuador (1981-2000)*



* Las cifras se refieren al promedio de cobertura de las vacunas BCG, DPT, antipoliomielítica y antisarampionosa.

Fuente: SIISE (2003)

Elaboración: FOSE (2005)

autoridades de turno que no dieron prioridad a las asignaciones presupuestarias para la compra de vacunas.

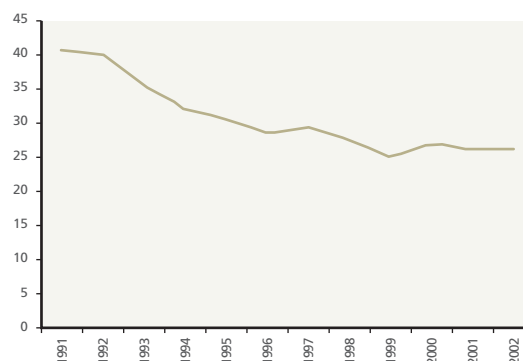
En lo referido a la *mortalidad de la niñez*, otro indicador de resultado, se pueden observar los impactos de múltiples factores sobre las condiciones de vida entre los niños y niñas antes de cumplir los 5 años. Los datos del INEC permiten construir el gráfico 3. En éste se observa que en 1991, de cada mil niños y niñas que nacían, morían 55 antes de cumplir 5 años. Para inicios del 2000 esta cifra se había reducido a la mitad: de cada mil niños y niñas menores de 5 años, fallecían 26.

En 1980, dos de cada diez niños y niñas morían antes de cumplir 5 años debido a infecciones intestinales. La mejoría en las condiciones de las viviendas desde 1980 en adelante tuvo un impacto en esta cifra. De 1982 al 2001 el acceso a agua potable de la red pública aumentó del 32% al 48%; y en comparación con 1982, en el 2001 una cantidad cuatro veces mayor de viviendas del campo contaban con excusado exclusivo, y el doble de casas recibían agua por tubería interior (ODNA, 2003: 66). Como resultado de estos cambios, las infecciones intestinales como causa de muerte de los pequeños han descendido al tercer lugar. Esto en cifras significó que si en 1980 2.843 niños y niñas menores de 5 años fallecieron por infecciones intestinales, en el 2001 la cifra disminuyó cuatro veces: murieron 754 niños y niñas (ODNA, 2003).

En relación a la tasa de *mortalidad general*, también se registraron cambios significativos. De 1956 a 1980, esta tasa disminuyó a la mitad: en los años cincuenta fallecían 14 por mil habitantes por año, y para 1980 la cifra bajó a 7,2 por mil habitantes por año. En los últimos 25 años, la cifra desciende aún más hasta llegar, en el 2000, a 4,5 por mil por año. (FOSE, 2005). Este es otro indicador de resultado que refleja el efecto de múltiples circunstancias, entre ellas, el acceso de la población urbana a los servicios de salud y

Gráfico 3

Evolución de la tasa de mortalidad de la niñez Ecuador (1991-2000)



* Tasa de mortalidad de la niñez por mil nacidos vivos

Fuente: INEC (1991-2002)

Elaboración: FOSE (2005)

el mejoramiento relativo de las condiciones de vida en las ciudades frente al campo. Se señala esta correlación porque, como ya se observó en el cuadro 1, el 61% de la población ecuatoriana vive hoy en las ciudades, y es allí, en el sector urbano, donde la pobreza ha disminuido durante las últimas décadas: en 1988 el 46% de la población de las ciudades era pobre y en el 2002 sólo el 24%.

Por otro lado, reflejando la extensión de cobertura de los servicios de salud, el número de muertes con certificación médica se incrementó en las últimas décadas. En 1980 el 63% de las personas de todas las edades que fallecieron tuvieron acceso a la atención de un médico, o un galeno certificó su muerte. Esta cifra se elevó en 25 puntos porcentuales en el 2002. En efecto, 88% de los fallecimientos ocurridos en ese año fueron certificados por un médico. Esto se explica por el incremento del número de médicos por habitante y no necesariamente por el incremento de camas hospitalarias. Como señala Cristina Merino en esta publicación, en 1980 existían en el país 7,8 médicos por 10.000

habitantes, y en el 2001 esta relación se duplicó pasando a 16,4 médicos por 10.000 habitantes.

A pesar de la mejoría descrita, las preocupaciones del presente se refieren a las diferencias que se observan entre las provincias del país. En algunas de ellas, la situación social no llega a los promedios nacionales. Esto se explica porque el punto de arranque de estas provincias hace 25 años era mucho peor que el del resto. Las provincias con los peores indicadores sociales relacionados con salud son: Chimborazo, Cotopaxi, Bolívar, Imbabura, Cañar, Orellana y Sucumbíos.

El Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA, 2006) llama la atención sobre el hecho de que, en los últimos cinco años, el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y de la niñez comenzó a estancarse. Es claro que los problemas estructurales están deteniendo el descenso ocurrido en los últimos 25 años en la mortalidad de los más pequeños. De allí que las acciones sanitarias dirigidas a este sector deberán intensificarse y aliarse a las propuestas integrales de los otros sectores sociales.

La educación

Junto a la salud, la educación es el factor más importante para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. En el cuadro 1 se han reseñado importantes y buenas noticias respecto a la extensión de la cobertura educativa de 1980 al 2005. El analfabetismo disminuyó. La cobertura de la educación primaria llegó al 92%. Y las mujeres lograron importantes avances en sus niveles educativos. Esta última tendencia se observa a través de los siguientes datos. En 1982, la escolaridad femenina promedio en el país llegaba sólo al quinto grado de escuela; el 51% de las mujeres había completado la primaria y sólo el 13 % la educación secundaria; y por último, seis de cada cien mujeres completaban sus estudios universitarios. En contraste, en el 2001, las mujeres ecuatorianas tenían una escolaridad promedio de primer año de secundaria; el 66% había completado la primaria y el 23% la secundaria; y el porcentaje de mujeres con estudios superiores se había triplicado en relación a la cifra de hace veinte y cinco años atrás: 18 de cada cien ecuatorianas tenían estudios universitarios.

Cuadro 2

Provincias con los peores indicadores de salud. Ecuador (2004-2005)

	Mortalidad niñez X 1.000 NV	Muertes con certificación (%)	Cobertura parto institucional (%)	Desnutrición crónica en menores de 5 años
PAÍS	26	88	75	21
Chimborazo	53	76	43	44
Cotopaxi	46	85	53	40
Bolívar	32	68	38	35
Imbabura	48	71	57	35
Cañar	33	77	69	32
Sucumbíos	32	67	63	26
Orellana	61	51	63	26

Fuente: INEC, Estadísticas Vitales (2004). ENDEMAIN (2004)
Elaboración: FOSE (2005)

Ahora bien, junto a los avances, el cuadro 1 ha alertado también sobre el estancamiento de las cifras y su progreso. Las preguntas para el sector educativo específicamente son varias. Entre ellas, se podrían plantear tres. ¿Por qué el país no logra cubrir el acceso a la escuela primaria para el 8% de los niños y niñas, y así resolver el último escollo que le resta para lograr la universalización de los primeros años de educación? ¿Por qué el sistema educativo no logra retener en la escuela al 27% de niños y niñas que lo abandonan al momento de terminar la primaria? ¿Por qué la educación no ha logrado presentar alternativas para que el 35% de los y las adolescentes que no están en la secundaria no abandonen el sistema educativo? Estas preguntas sugieren que, si bien casi se ha superado el problema de la cobertura, aún resta sortear otro problema de mayor complejidad: la calidad de la educación.

La calidad educativa se mide por la pertinencia del aprendizaje con la vida y las peculiaridades de las localidades donde la educación se imparte. Esta pertinencia se funda en los métodos utilizados y en los valores que orientan al proceso de enseñanza-aprendizaje. En el mejor de los casos, la educación debe buscar las vías para generar una conciencia crítica, para alimentar la capacidad para resolver problemas y para enriquecer la identidad y fortalecer la pertenencia a un país. Esta última cuestión es especialmente relevante dado el contexto actual de apertura de mercados y de alta competitividad.

Muchos niños y niñas han dejado de estudiar por la falta de pertinencia de la educación. Junto a esto, se debe destacar la falta de recursos económicos como factor que impulsa la deserción: muchos se ven obligados a escoger entre educarse o trabajar. Esto es lo que dicen, por ejemplo, las cifras en dos provincias con altos niveles de pobreza. En Cañar, el 53% de los adolescentes abandonó la secundaria; y en Sucumbíos, el 48% de los niños y niñas dejó la escuela en sexto grado y no volvió al primer año de secundaria.

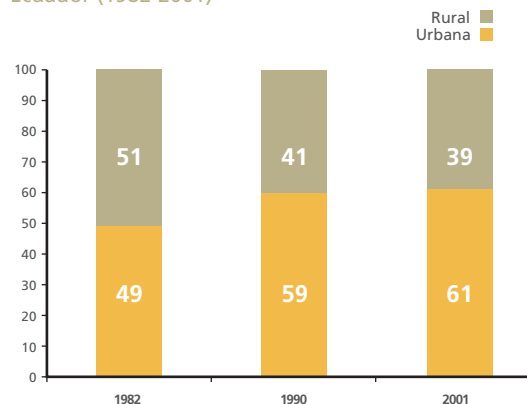
Además de los niveles de deserción, los rezagos del país son visibles cuando se repasa en las altas tasas de analfabetismo de las mujeres que viven en el campo. Este problema es otro de los desafíos para los próximos años. Allí están, llamando nuestra atención y preocupación, las cifras de las provincias con los porcentajes más altos de analfabetismo entre las mujeres indígenas rurales: Chimborazo (36%), Imbabura (28%), Cotopaxi (29%) y Cañar (24%).

Los cambios demográficos: la concentración poblacional en las ciudades

Muchas más personas viven en las ciudades hoy en día. Quito y Guayaquil concentran la cuarta parte de la población total del país. Cuenca, Machala, Santo Domingo de los Colorados y Manta tienen, cada una de ellas, un volumen poblacional cercano a 200.000 habitantes. En los últimos 25 años, aproximadamente, tres ciudades crecieron más que las demás: en Santo Domingo se triplicó el número de habitantes, mientras que en Manta y Machala la población se duplicó. Sólo han quedado menos de 5 millones de personas en el campo. De entre

Gráfico 4

Evolución de la población urbana y rural
Ecuador (1982-2001)



Fuente: INEC, Censos (1982, 1990, 2001)
Elaboración: FOSE (2005)

ellas, la gran mayoría son niños y niñas; al igual que los adultos, los y las adolescentes se han ido a las ciudades. Del total de 1'500.000 de niños y niñas entre 12 y 17 años, tan sólo 400.000 viven en el campo (INEC, 2001).

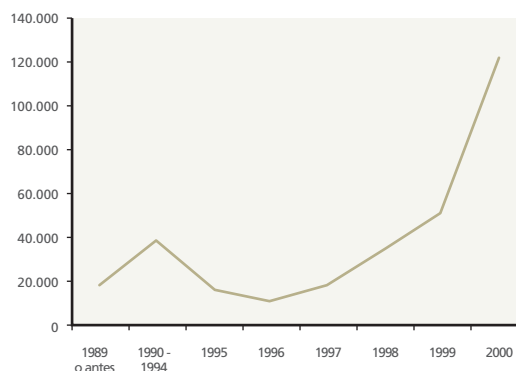
Como se observa en el gráfico 4, el cambio más significativo registrado durante las últimas décadas, es el que ocurrió entre 1980 y 1990, cuando el 10% de la población migró del campo a la ciudad. En los últimos 11 años del período analizado, el porcentaje descendió al 2%.

La emigración

Un factor que altera la composición poblacional urbana-rural es la emigración hacia afuera del país. La disminución relativa de habitantes en el campo frente a la ciudad, responde a la creciente salida de ecuatorianos. El gráfico 5 revela que antes de 1989 emigraban 18.214 ecuatorianos al año; en el período comprendido entre 1990 a 1994, la cifra se duplicó a 37.734 emigrantes; para luego caer, entre 1995 y 1997, a 17.000. El ascenso es creciente de 1998 a 1999, cuando la emigración llega a 50.000, y el alza más significativa se da en el año 2000, cuando cerca de 121.000 compatriotas se fueron del Ecuador. De acuerdo a la encuesta ENDEMAIN (2004), durante el quinquenio 1999-2004, se registró el 75% de la emigración total ocurrida durante un periodo de 44 años. Siguiendo a la misma fuente, el 48% de estos emigrantes se fue a España y el 38% a Estados Unidos. Se ve entonces que los destinos también han cambiado: en los años recientes, España e Italia han suplantado a los Estados Unidos como países de mayor inmigración ecuatoriana. Como dato global, se calcula que para el año 2001, cerca de 300.000 emigrantes nuevos se alejaron del país luego de la crisis (cifra que equivale a toda la población de la provincia de Cotopaxi).

Gráfico 5

Evolución de la emigración. Ecuador (1989-2000)



Fuente: EMEDINHO (2000)

Elaboración: FOSE (2005)

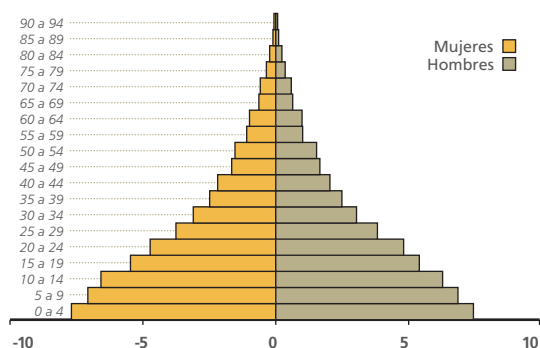
El cambio etareo en la pirámide poblacional

En relación a los cambios relacionados con el número de habitantes en el país, un elemento a destacar es el cambio en la tasa de fecundidad de las mujeres y sus impactos sobre la pirámide poblacional. En el país el número de hijos que las mujeres tenían en 1982 era, en promedio, cinco. Hoy, este promedio es de 3,7. En el área urbana, durante la década del ochenta, la cifra era de 4 hijos por mujer, y en el área rural de 6. En el 2001, el número de hijos de las mujeres habitantes de la zona urbana descendió a 3, y en el área rural a 4. Dicho sea de paso, este cambio en el comportamiento femenino está directamente relacionado con sus mayores niveles educativos.

En concordancia con el descenso de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer, la pirámide poblacional de 1982 al 2001 se modificó. Las pirámides poblacionales de los gráficos 6 y 7, así lo remarcan.

Gráfico 6

Pirámide poblacional. Ecuador (1982)



Fuente: INEC (2001)
Elaboración: FOSE (2005)

14 años es mayor que el primer grupo de edad, y el grupo de jóvenes entre 15 a 24 años es todavía ligeramente menor. A partir de la población en edades comprendidas entre los 25 a 29 años, el cono se torna proporcional, hasta achicarse en la franja de 90 a 94 años. Sin embargo, aparece un nuevo grupo casi imperceptible en la cúspide del cono que corresponde a la población mayor de 94 años (hecho no registrado por la pirámide de hace 25 años).

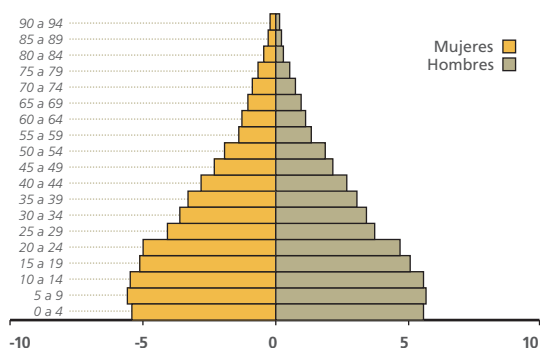
Conclusiones y desafíos

En este artículo se han reseñado los avances alcanzados en la calidad de vida de la población durante el período comprendido entre 1980 y el 2005. La revisión de los principales indicadores sociales permite establecer que ninguno de ellos dejó de mejorar, aunque algunos se estancaron y, en otros casos, reflejaron cambios demasiado lentos.

En 25 años, el Ecuador destinó algo de sus ventajas como productor de petróleo a la promoción del bienestar social. Sin embargo, los logros pudieron ser mayores. La falta de decisión política para priorizar el bienestar de la población impidió una mejor y más sostenida inversión en el sector social. Como resultado de ello, nuestro país tiene el más bajo gasto per-cápita en servicios sociales de toda América Latina: menos de una cuarta parte del promedio regional, lo que significa 5 centavos de dólar por habitante (UNICEF, 2005: 3).

Gráfico 7

Pirámide poblacional. Ecuador (2001)



Fuente: INEC (2001)
Elaboración: FOSE (2005)

En 1982, en la base de la pirámide descansa la mayor cantidad de habitantes (niños y niñas de 0 a 4 años), y lentamente se va cortando hasta la cúspide en la que están muy pocas personas en edades comprendidas entre los 90 y 94 años.

Como se observa, hacia el año 2001, la pirámide se comienza a transformar en un cono invertido, cuyo borde se contrae por la disminución del número de menores de 0 a 4 años. El grupo de 5 a

Países con una visión diferente sobre la política y el bienestar de su población alcanzaron mejores indicadores sociales en las últimas décadas que los expuestos en este artículo. Nos referimos a Costa Rica, Cuba y Chile, donde, por ejemplo, las tasas de mortalidad de la niñez llegan hoy, respectivamente, a 10, a 8 y a 9 x 1.000 nacidos con vida (UNICEF, 2005: 105).

Ya iniciado el nuevo siglo, el Ecuador debe afrontar algunos riesgos para consolidar los

relativos avances reseñados en este artículo. Dos alertas en este sentido vienen dadas por el estancamiento en los niveles educativos y en el descenso de la mortalidad infantil y de la niñez. Sin embargo, la deuda más difícil de saldar que tiene el país se refiere a la desigualdad en el acceso a los servicios sociales. Los indicadores presentados testimonian, por ejemplo, las diferencias entre las condiciones de vida del campo y la ciudad, y entre la población indígena y no indígena. Estos son temas específicos que deben ser atendidos con estrategias integrales de acción en el área social.

En el fondo de este problema, subyace una situación aún más grave: la inequidad existente en el Ecuador en la distribución de la riqueza. En el país, el 20% más pobre de la población percibe el 2,4% del ingreso nacional, mientras que el 20% más rico percibe el 59,8%. En 1988, el coeficiente de Gini, que mide la desigualdad de ingresos de un país, era de 0,46 en el Ecuador. En el 2002, este coeficiente llegó a 0,56. En la definición de esta medida, se informa que mientras más inequitativo es un país, más

cerca del 1 se halla el coeficiente. Por tanto, el incremento de la inequidad desde finales de los ochenta hasta inicios de la presente década es claro. El desafío, entonces, es cómo resolver la inequidad.

No cabe duda de que aquí se trata de problemas contextuales que impactan, y en gran medida explican, la situación de salud de la población. Estos problemas, a su vez, deberían modular la respuesta del sistema de salud. A este desafío se añade el hecho de que en los próximos años el sistema de salud deberá enfrentar problemas referidos al envejecimiento de la población, a la demanda cada vez más alta de servicios urbanos por el incremento poblacional, y al desarrollo de enfermedades de alto costo como el SIDA.

Las salidas desde el campo de la salud, a no dudarlo, deberán apuntar a construir políticas integrales, en las que el combate a la pobreza y a la inequidad se tornen en las piedras de toque para poder destrabar el camino hacia el bienestar colectivo, es decir hacia el ejercicio de los derechos de todos los ciudadanos del país.

Cronología de los cambios en la salud pública en Ecuador

- Hacia 1970, el MSP termina de crear su infraestructura de servicios en todo el país, se convierte en el máximo oferente de servicios a la población y ha cumplido el postulado de ampliar la oferta de sus servicios hacia el campo. Sin embargo, la mayoría de muertes (58%) todavía ocurren sin que lo certifique un médico.
- La población ecuatoriana muere de enfermedades mayoritariamente prevenibles, relacionadas con condiciones sanitarias (acceso a agua, alcantarillado y recolección de basura). Las diarreas infecciosas y las enteritis constituyen la principal causa de muerte en 1978 (91 por cada 100.000 habitantes), seguidas de las neumonías y la bronquitis. Sin embargo, la isquemia del corazón y los accidentes de tránsito ya aparecen como causas de muerte importantes.
- Los niños y niñas todavía mueren por enfermedades infecto-contagiosas prevenibles con inmunizaciones. Por ejemplo, en 1979 el 27% fallece por sarampión. La tasa de mortalidad general es de 7,5 por 1.000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil llega a 64,4, y la mortalidad materna a 1,8. El bocio, la desnutrición, la tuberculosis y las parasitosis componen el cuadro prioritario de la enfermedad en el Ecuador de 1979.
- En el país está concluyendo el período de las dictaduras militares afincadas en el *boom* del petróleo y en un proyecto de Estado interventor, centralista y benefactor. Se ha iniciado el camino al retorno democrático. La inversión del petróleo se da sobre todo en las ciudades, y por ello se avecina un crecimiento acelerado de las urbes alimentado por una alta migración del campo a la ciudad. En 1979,

un poco más de la mitad de la población aún vive en el campo.

- El pensamiento de la salud pública todavía está fuertemente influenciado por el paradigma de Level y Clark. Sin embargo, ya ha surgido un grupo de intelectuales que proponen una visión multicausal de la enfermedad y que ha comenzado a desarrollar una concepción de la salud ligada a los procesos reproductivos, sociales y políticos. De la mano con este cambio, surge el pensamiento de la salud colectiva, hecho que se refleja en la creación del primer postgrado en investigación y administración de salud en la Universidad Central del Ecuador.

La década de los noventa

- En 1989, la atención primaria de salud en Ecuador sirve de eje en la propuesta del SAFIC-SILOS orientada a promover los sistemas locales de salud.
- Un grupo de intelectuales ligado a la reflexión de la salud pública produce importantes estudios que analizan la situación y los determinantes de la salud-enfermedad en el país. En 1987 se publica el primer diagnóstico del estado de situación de la desnutrición entre los menores de 5 años. Este estudio presenta datos desagregados a nivel provincial, ofreciendo un mapa de la desnutrición en el país. Otros estudios fundamentales sobre la situación de salud en Ecuador publicados en estos años son: el informe sobre la Situación de la Salud en el Ecuador (1962-1985), el estudio sobre la Mortalidad Infantil en la ciudad de Quito, el Deterioro de la Vida en el Ecuador, y el

Primer Informe Nacional del CEPAR sobre la situación de la salud materno-infantil que se produce como resultado de la primera encuesta ENDEMAIN (1989-1992)

- De manera creciente, la población habita en las ciudades. En consecuencia, las causas de muerte comienzan a variar, conformándose un cuadro de transición epidemiológica.
- Las instituciones de salud se han consolidado. Se ha creado el Seguro Social Campesino que amplía la cobertura al campo y emprende una campaña de construcción de unidades hospitalarias por todo el país. La Junta de Beneficencia, concentrada en Guayaquil, ha contribuido a atender la demanda de la ciudad y compite con las nuevas unidades del MSP y del IESS. El sector privado continúa limitándose a las grandes ciudades y su acceso es restrictivo para la mayoría de la población.
- El Ecuador todavía disfruta de los rezagos económicos del *boom* petrolero. Como consecuencia directa e indirecta de ello, se produce una extensión de los programas de vacunación y una elevación del nivel educativo de las madres, lo que redundará en una disminución de la mortalidad infantil.
- Durante la década de los noventa, el papel de la OPS cambia radicalmente.
- A su vez, el sector de la banca internacional aparece como el líder de los procesos de transformación. En consecuencia, la salud pasa a ser visualizada como una inversión dentro de la lógica del mercado. (Recordemos que esta fue la década en la que se impulsaron proyectos del Banco Mundial; el limitado impacto de estos emprendimientos se cristalizó en los proyectos FASBASE y MODERSA).
- El nivel de postgrado prolifera en las universidades y la gerencia pasa a ser un tema altamente demandado en el mercado educativo.
- La reforma del sector salud es el tema central de la década. Los cambios en el rol del Estado (que pasa de ser oferente de servicios a ser rector de servicios, de responsable de la salud de la población a ser co-responsable, y de ser financiador de la salud a ser co-financiador), determinan un cambio profundo tanto en la relación Estado-sociedad como en las leyes del sistema de salud.
- Las funciones esenciales de la salud pública son concebidas de maneras distintas. Se registra un cambio de énfasis que desplaza la atención de la curación de la enfermedad hacia la promoción de la salud. Este cambio viene alimentado por visiones holísticas, ambientalistas y culturales sobre la salud.
- La población atraviesa por graves momentos de crisis en los que se incrementa la inequidad. Las políticas neoliberales impactan en la población. En este contexto, la emigración hacia España y Estados Unidos se convierte en la segunda fuente de ingresos del país.
- La población ecuatoriana de finales de los noventa e inicios del nuevo milenio tiene las siguientes características. En su mayoría, la población del país es urbana (75%) (un dato vinculado a esta realidad demográfica es

que el 89% de los y las ecuatorianas tienen televisión). La mayoría muere a causa de tener malos hábitos alimenticios (la muerte por hipertensión se encuentra entre las primeras causas de muerte y los índices de muerte por cáncer gástrico son altos). La principal causa de muerte entre los y las adolescentes es la violencia (suicidio, homicidio y accidentes de tránsito). Los menores de 5 años fallecen por neumonía. El número de fallecimientos ha disminuido y en consecuencia se ha incrementado el número de personas de la tercera edad. Las mujeres tienden a tener menos hijos, están ocupando el sitio de los

hombres en las profesiones de la salud, y los cambios en sus comportamientos sexuales ha incrementado las enfermedades del aparato reproductor.

- Actualmente se discute mucho sobre municipios saludables. El telón de fondo de estas discusiones es la descentralización de la salud. Existen algunas experiencias puntuales de descentralización en ciertos lugares del Ecuador (Cotacachi, Tena y Cuenca son los más conocidos). Sin embargo, todavía no se ha construido un modelo acabado que constituya una pauta para enfrentar los problemas de salud a nivel local.

Bibliografía:

INEC 2000 *Encuesta de medición de indicadores de la niñez y los hogares (EMEDINHO)* (Quito: INEC/SIISE/UNICEF/ PNUD/Programa Nuestros Niños/INFA/CEPAR/UNFPA).

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) 2000 *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN)* (Quito: CEPAR/CDC/UNFPA).

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) 2005 *Encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN)* (Quito: CEPAR/CDC/UNFPA).

Freire, Wilma 1985 *Diagnóstico de la situación alimentaria, nutricional y de salud (DANS)* (Quito: MSP/CONADE).

Fundación Observatorio Social del Ecuador (FOSE) 2005. Procesamiento de información para este artículo a partir de bases de datos del INEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1982 *IV Censo de Población y III de Vivienda* (Quito: FOSE).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1992 *V Censo de población y IV de vivienda* (Quito: FOSE).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2001 *VI Censo de población y V de vivienda* (Quito: FOSE) (Medio magnético).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Anuarios de Estadísticas vitales desde 1956 a 2002. (Quito: INEC).

Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) 2003 *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador* (Quito: Fundación Observatorio Social del Ecuador / UNICEF).

PNUD 2002 *Índice de desarrollo humano* (Nueva York: 2000).

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) versión 3.5 2003 (Quito: Secretaría Técnica del Frente Social).

Secretaría Técnica del Frente Social (STFS) 2002 *“El desarrollo social en la década de 1990” en Estudios e informes del SIISE No.3* (Quito: BID / Gobierno del Ecuador).

UNICEF 2005 *Estado mundial de la infancia* (Nueva York: 2004).

UNICEF 2005 *“El presupuesto 2005 y el gasto social” en Boletín* (Quito) julio, No.1.

Velasco, Margarita 1997 “El reto de la salud para todos” en Varios Autores 1997 *Pobreza y capital humano* (Quito: Secretaría Técnica del Frente Social).

Causas principales de enfermedad y muerte

Mortalidad materna

César Hermida*

Introducción

La mortalidad materna (MM) es un grave problema de salud pública en los países pobres, incluido el Ecuador. Se refiere a la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 1993). Es decir, la MM está asociada con el embarazo, el parto o el puerperio. Esta causa de muerte obedece generalmente a hipertensión, hemorragia o aborto. Todas estas condiciones son prevenibles por parte de los servicios de salud, pero se transforman en causas de muerte por tres motivos: la falta de conciencia del problema por parte de la persona, familia o comunidad para acudir al servicio; la demora en el traslado una vez que se tomó la decisión; y la indebida calidad de la prestación. Este último punto tiene relación con la calidad de los cuidados obstétricos esenciales o completos que los servicios de salud prestan, y sin duda influye en los dos puntos anteriores. Buena parte de la prevención de la MM, gira, entonces, en torno a la cobertura, gratuidad y calidad de las prestaciones del sistema nacional de salud.

La razón de MM cuantifica la magnitud de muertes por este motivo ubicando en el numerador las muertes maternas y en el denominador los nacidos vivos en el año

(multiplicados por 100.000 para obtener números enteros). El Ecuador tiene una de las razones de MM más altas del continente. La Cumbre Mundial de Jefes de Estado del año 2000 propuso entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un objetivo dedicado a la salud materna que busca reducir en 3/4 partes dicha razón entre el año 1990 y el 2015. Para el Ecuador, se ha propuesto partir de la razón de MM obtenida en la Encuesta Materno Infantil (ENDEMAIN) correspondiente a 1990 (159 x 100.000). Esto exigiría llegar a una razón de MM igual a 39 en el año 2015 (Hermida, 2005). De acuerdo con los datos oficiales del Instituto de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), la MM habría sido de 76,4 x 100.000 nacidos vivos para el año 2004, lo cual mostraría una tendencia de razonable cumplimiento para la meta de los ODM, salvando algunas observaciones que se efectúan a continuación.

La mortalidad materna en el Ecuador según certificados de defunción

En el cuadro 1 se presenta el número de causas anuales de muerte según los certificados de defunción para el período 1997-2003. La hipertensión es la primera causa con 37,4%, seguida de hemorragia con 23,9%, a muertes debidas al feto con 11%, abortos con 8,2% y complicaciones del parto y puerperio (como sepsis y embolia) con un 6,7%.

* Ex-subsecretario de Salud

Cuadro 1

Defunciones maternas por certificación. Ecuador (1997-2003)

Año	Total	Aborto	Hipertensión	Otros, embarazo	Embarazo y feto	Complicaciones hemorragia	Sepsis, embolia	Otras
1997	162	17	63	2	18	52	2	8
1998	153	12	61	2	11	37	11	19
1999	209	16	84	1	19	54	20	15
2000	232	20	77	3	26	61	19	26
2001	187	11	75	3	24	35	10	29
2002	149	20	43	4	23	32	11	16
2003	139	6	58	6	15	24	10	20
Total	1.231	102	461	21	136	295	83	133
%	100%	8,2%	37,44%	1,7%	11,0%	23,9%	6,7%	10,8%

Fuente: INEC (1997-2003)

La mortalidad materna en el Ecuador según egreso hospitalario

El número de causas según egreso hospitalario, con su total y porcentaje promedio, para el período 1999-2003, se muestra en el cuadro 2. Aquí las complicaciones debidas al feto son las

primeras con 22,4%, seguidas por las del parto y puerperio con 19,8%, hipertensión con 15,7%, aborto con 15% y finalmente hemorragia con un 12,8%. El cambio en el modo de cuantificar la MM, obedece a la nueva convención establecida desde 1999 por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Cuadro 2

Defunciones maternas por egresos hospitalarios. Ecuador (1999-2003)

Año	Total	Aborto	Hipertensión	Otros embarazo	Embarazo y feto	Complicaciones hemorragia	Parto y complicaciones del puerperio	Otras
1999	218	31	21	9	38	23	81	15
2000	153	22	30	3	26	17	43	12
2001	145	22	22	9	42	24	5	21
2002	111	20	17	3	31	18	9	13
2003	105	15	25	8	27	12	7	11
Total	732	110	115	32	164	94	145	72
%	100%	15,0%	15,7%	0,4%	22,4%	12,8%	19,8%	9,8%

Fuente: INEC (1999-2003)

Cuadro 3

Defunciones maternas por certificación y por egresos hospitalarios. Ecuador (1999-2003)

Año	Defunciones maternas por certificación	Fallecidas por causas maternas en egresos hospitalarios
1999	209	218
2000	232	153
2001	187	145
2002	149	111
2003	139	105
Total	916	732
%	100%	100% 79,9% de las DMC

Fuente: INEC (1999-2003)

Conclusiones

La primera advertencia que podemos extraer de los datos oficiales, es que las mujeres fallecidas por causa materna en el egreso hospitalario constituyen el 80% de todas las defunciones certificadas. El porcentaje va más allá de la razonable diferencia entre las muertes en el domicilio o el traslado y aquellas dentro del servicio debidas a complicaciones obstétricas. Hay, además, un signo de alarma estadístico en la contradicción de las muertes en 1999: en ese año, el número de MM en los egresos es mayor que el de las certificadas. La primera pregunta es si acaso las primeras están totalmente incluidas entre las muertes registradas en los certificados de defunción, pues existe la posibilidad de que los certificados de defunción requeridos por los familiares para el sepelio presente, por razones vergonzantes, un diagnóstico distinto al del formulario de egreso hospitalario.

A partir de los datos disponibles, parece claro que la mayoría de muertes están relacionadas

con la prestación de servicios más que con otras razones. Esto significa que, aunque todo embarazo implica riesgo y no se pueden predecir ni prevenir las complicaciones obstétricas, para reducir la razón de MM las mujeres embarazadas deben ser atendidas por servicios de salud que garanticen la gratuidad, la calidad y la cobertura total. Para alcanzar este objetivo, se deben impulsar los cuidados obstétricos esenciales en los hospitales básicos (cantonales), y los cuidados obstétricos completos en los hospitales generales (provinciales). Así se evitarán la vasta mayoría, y acaso todas, las muertes maternas. Junto a esto, la investigación-acción participativa sobre la MM en Ecuador constituye una prioridad. En esta línea, el análisis conjunto del egreso, incluyendo las características de gratuidad, calidad y cobertura, resulta crucial, pues los egresos por atención materna suelen constituir alrededor de un 40% del total de egresos, mientras los partos hospitalarios constituyen alrededor del 27% de todos los egresos (Varios Autores, 2005).

Bibliografía:

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1993 *Clasificación internacional de enfermedades. Décima revisión* (Ginebra: OMS).

Hermida, César “Policies and Systems for Maternal Mortality in Ecuador” en *Global Forum Update on Research for Health* (Geneva) 2005 Vol.2.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1997 – 2003 *Anuarios de estadísticas vitales y egresos hospitalarios* (Quito: INEC).

Varios Autores 2005 “Mortalidad materna en Ecuador” en *Revista Comunicar* (Quito: CONASA) No.2.

Situación alimentaria y nutricional

Plutarco Naranjo*

Por la trascendencia que tiene para el futuro del país, quizá la problemática de la desnutrición (en especial la de los niños) sea la de mayor gravedad. Sin embargo, este aspecto de la salud pública es a la vez el más descuidado por parte de los gobiernos. Se ha dicho, con cierto cinismo y visos de realidad, que como los niños, y peor los desnutridos, no tienen derecho al voto electoral, los políticos y gobiernos poco o nada se han preocupado por ellos.

La desnutrición es un complejo problema biológico, médico, social, educacional y sobre todo económico. Su solución por desgracia no es simple, ni fácil. Es necesario sentar las premisas de por qué la desnutrición de los niños debe constituir la mayor preocupación de los gobiernos, los políticos, los maestros y los propios padres de familia.

La tragedia de la desnutrición

Por un largo tiempo, se ha supuesto que la desnutrición sólo repercute en el déficit del crecimiento corporal, tanto en la estatura como en el peso, y que no es grave el que nuestra población de indios, campesinos, y pobres en general, tengan esas características somáticas. Sin embargo, los conocimientos médicos con los que contamos actualmente, desmienten este presupuesto y señalan la gravedad de la

desnutrición. Por muchos años se creyó que el cerebro consumía poquísimo oxígeno. Hoy sabemos que es todo lo contrario: el cerebro es el órgano más exigente y consumidor de oxígeno y sustancias nutritivas. Desde el período fetal hasta, aproximadamente, los dos años de edad, se reproducen y crecen las células nerviosas, es decir las neuronas, y durante este proceso biológico el funcionamiento del cerebro requiere de los nutrientes necesarios en cantidad y calidad. Desde los dos años hasta, aproximadamente, los cuatro años de edad, se produce la ramificación de las neuronas y se construye la infraestructura de esa fabulosa red intercelular (hoy diríamos informática) que sirve de base de la inteligencia. Se trata pues de períodos críticos que requieren el mayor aporte nutritivo. Si esta condición es deficitaria, la consecuencia es el déficit intelectual del futuro ciudadano.

Además, en forma similar a lo que sucede en una computadora de gran memoria o al sistema internet, si el sistema no se le utiliza, es escaso el resultado que se obtiene. El desarrollo mental requiere que se haga funcionar el cerebro, requiere de lo que se llama la estimulación temprana y luego la educación temprana. Con mucha frecuencia, el niño de madre pobre queda abandonado a su suerte mientras ella va a trabajar, quizá es encargado al poco cuidado de un hermanito o una vecina, y no tiene oportunidad de ejercitar su capacidad cerebral. Las consecuencias se manifiestan más tarde en

* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Presidente de la 43.^a Asamblea Mundial de la Salud. Condecorado por la OPS/OMS como Héroe de la Salud Pública. Miembro de número de las Academias Ecuatorianas de Medicina, Historia y de la Lengua. Autor de más de 30 libros y opúsculos y más de 300 publicaciones en revistas

la escasa comprensión y rendimiento escolar, en la temprana deserción de la escuela y en la perpetuación del analfabetismo.

Me he extendido algo en estos aspectos porque es indispensable que se los conozca. De ninguna manera se puede suponer que la solución de la desnutrición es algo tan simple como el proporcionar algún alimento a la madre pobre, ayuda que generalmente resulta tardía.

Panorama de la desnutrición

Antecedentes históricos

No hay indicios de que antes de la conquista española de América hubiese existido desnutrición como un problema social. La población aborigen gozó de una dieta variada, bastante balanceada y suficiente. Los habitantes originales de nuestro continente domesticaron decenas de plantas alimenticias y desarrollaron dietas empíricamente. Cuando los españoles se apropiaron de las tierras cultivadas, mediante los sistemas de mitas y encomiendas, los nativos, antiguos dueños de las tierras, se convirtieron en esclavos y tuvieron que sembrar el producto ordenado por el amo. Trigo para él, cebada para los caballos, y algo para los propios indios (maíz y más tarde papas y algo más, pero siempre en cantidades limitadas). La dieta se volvió monótona y escasa, y el pequeño huasipungo¹ contribuía poco a la alimentación de la familia. Es desde entonces que comenzó la desnutrición.

Alcanzada la independencia política de España en el siglo XIX, poco cambió en el régimen de la tierra y la desnutrición siguió adelante. Más de un siglo después, la reforma agraria formulada con buenos propósitos, pero mal concebida y

peor realizada a mediados del siglo XX, poco contribuyó a mejorar la situación alimentaria de los estratos pobres de la sociedad.

Producción agrícola y dependencia

Hasta 1930, el país fue autosuficiente en la mayoría de los productos agrícolas. Hacia inicios de esa década, Estados Unidos inició programas de ayuda alimentaria. Gracias a los excedentes agrícolas de ese país, su gobierno ofreció trigo, en forma gratuita al comienzo y a un bajo precio después. El Ecuador comenzó a disfrutar de pan barato, e igualmente de fideos y otros derivados del trigo. Al tiempo que el pueblo se acostumbró a comer pan, los productores locales no pudieron competir en precio; y cuando se popularizó la costumbre ya no tuvimos trigo regalado, sino el cereal a precio internacional. Actualmente, el Ecuador importa de los Estados Unidos más del 95% del trigo que consume, al tiempo que la población ha aumentado a más del 2% por año.

El caso del trigo no es el único. También fuimos autosuficientes en la producción de la cebada, no sólo para el consumo de la población campesina, en forma de máchica o masca (harina de cebada), sino también para la producción de cerveza. Además, durante un tiempo, este producto incluso se exportó a Colombia. La provincia del Carchi, gran productora de cebada, exportaba este cereal; a pocos metros de la frontera, en el lado colombiano, se instaló una fábrica de cerveza con la provisión de cebada ecuatoriana. Sin embargo, ahora importamos el cereal para su consumo directo y para la fabricación de cerveza. Igualmente, en la actualidad importamos lenteja, fréjol, y otros alimentos a precios que no están al alcance de los pobres.

1 Pequeña extensión de tierra concedida a los trabajadores de hacienda a cambio de trabajo servil.

Inflación, dolarización y gasto social durante los noventa

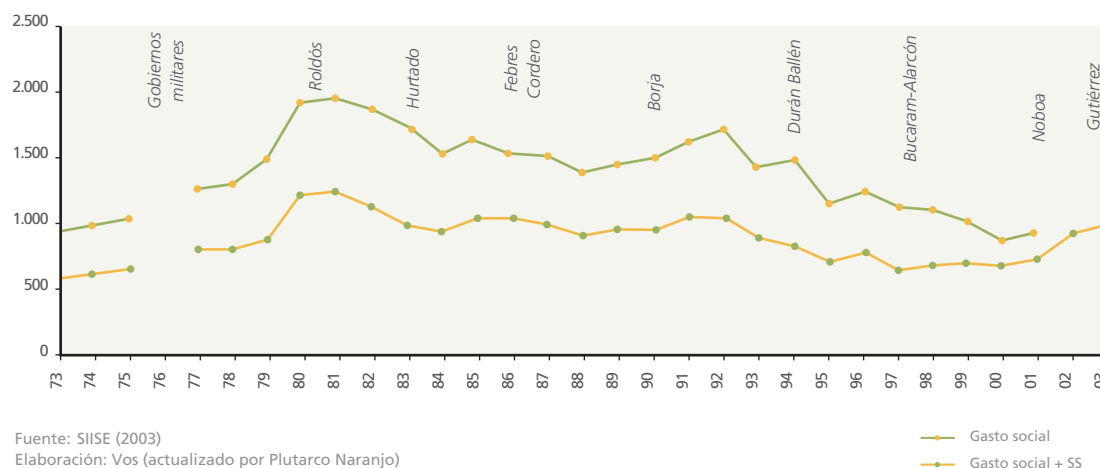
Durante la década de los noventa, se registra un aumento progresivo de la inflación que culmina con la crisis bancaria de 1999 y, correlativamente, con el aumento de la pobreza y la desnutrición. La dolarización de la economía ecuatoriana que se inició en el 2000, si bien consiguió reducir drásticamente la inflación a mediano plazo, a la vez produjo un abrupto aumento del costo de la vida que no fue compensado, en la misma proporción, con el aumento de los sueldos. El costo de la llamada “canasta familiar” se incrementó entre el 50 y el 200%, con la consiguiente repercusión en el déficit alimentario y nutricional de las familias pobres, en especial de los niños menores.

El gasto social que abarca educación, salud, el componente alimenticio, y otros rubros, se incrementó durante el *boom* petrolero y fue creciendo hasta 1980 (ver el gráfico 1). Sin embargo, desde ese año en adelante, el gasto social ha decrecido, registrándose breves ascensos coyunturales, hasta el año 2000 (en los últimos años se ha registrado un ligero y coyuntural

aumento). El creciente déficit del gasto social ha determinado el empeoramiento en los ámbitos de salud y alimentación en los estratos más pobres de la población y ha desencadenado paros y huelgas. Es importante considerar también la repercusión de la desnutrición en la escolaridad. Los niños desnutridos no se benefician enteramente de su asistencia a la escuela. Muchos adolecen de cierto grado de retraso mental y no pueden aprovechar de los conocimientos impartidos por el profesor. No aprueban el primer grado y repiten el año. Algo semejante sucede en el segundo. La deserción escolar, en las escuelas rurales e indígenas es muy alta. Finalmente, el padre decide que el niño ya no regrese a la escuela, y así, éste ingresa en los años siguientes al ejército de los analfabetos. Se han realizado campañas de alfabetización de adultos. La primera en la década de 1940, organizada por la Unión Nacional de Periodistas, la última durante el período gubernamental de 1988-1992, con resultados muy alentadores. Sin embargo, el analfabetismo subsiste en más del 10% de la población. De manera permanente, muchos niños permanecen analfabetos y llegan a la mayoría de edad con esa condición desaventajada.

Gráfico 1

Gasto social. (1973-2003)



Como se ha mencionado al comienzo, la desnutrición es también un problema educativo en general, y sobre todo alimentario. Poco se hace hasta ahora para dar a los escolares y demás educandos, y menos todavía a las madres de familia, por lo menos simples nociones de educación alimentaria, e igualmente, poco se difunde sobre la importancia y los procedimientos de estimulación temprana. A esto se agrega la situación nutricional de las madres analfabetas, que en número equivalen al doble de los varones. ¿Cómo puede educarse a esas madres si ellas mismas adolecen de desnutrición?

Desnutrición y medio ambiente

El medio ambiente es un factor que, indirectamente, contribuye a empeorar la desnutrición infantil. Más del 40% de la población rural, es decir de la población de menores recursos económicos, no dispone de agua segura y mucho menos de sistemas de alcantarillado o por lo menos de letrinas. Los niños, en sus primeros años, pasan por dos a cuatro episodios de infecciones intestinales. Tanto por la diarrea como por la falta de apetito de esos días, el niño pierde peso y empeora su estado nutricional. Por

las mismas causas, sufre dos o más infecciones bronquiales, con resultados parecidos. La migración de los campesinos a las grandes ciudades, en especial a Quito y Guayaquil, ha “ruralizado” los barrios urbano-marginales donde no hay servicios básicos y los niños son víctimas de las infecciones mencionadas.

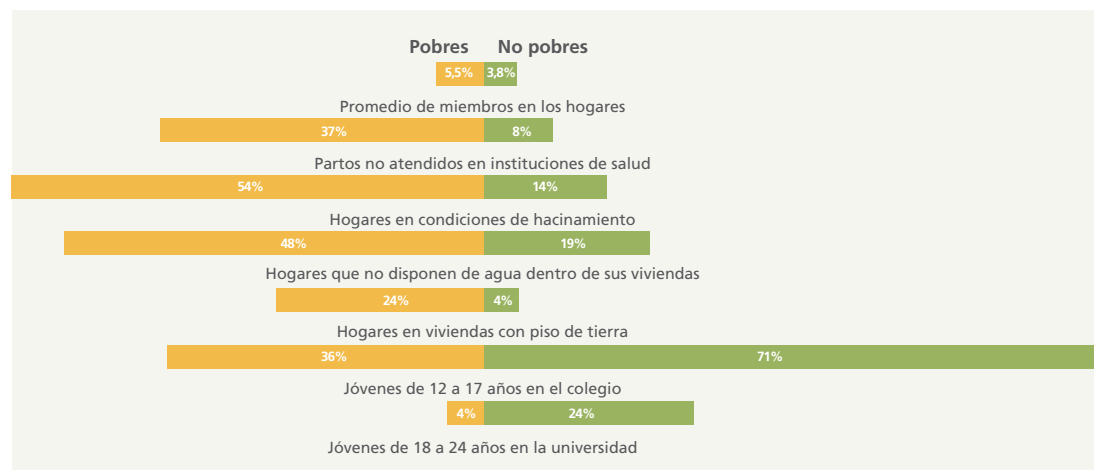
En el gráfico 2 se ilustran algunas de las otras condiciones que determinan la pobreza, como vivienda insalubre, hacinamiento y escasa educación escolar (analfabetismo). Varias de estas condiciones a su vez determinan que un creciente número de miembros familiares, en su mayoría niños, padezcan de necesidades alimentarias. No se puede sino concluir que luchar contra la desnutrición no pasa únicamente por proporcionar alimentos a la población infantil. Hay que atender el problema en forma integral.

La encuesta alimentaria y nutricional de 1987

Por iniciativa del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y bajo la dirección de la Dra. Wilma Freire, en 1987 se realizó la

Gráfico 2

Determinaciones de la pobreza. Ecuador



Fuente y elaboración: Revista Índice (SIISE)

primera encuesta, sobre una muestra nacional, de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil del Ecuador. El resultado más importante fue que el 50% de los niños menores de 5 años adolecía de algún tipo de desnutrición. Cerca del 60% correspondía a desnutrición crónica, caracterizada por menor talla en relación a la edad; el 37% a desnutrición global, es decir, menor peso en relación a la edad; y el 3% a desnutrición aguda, a consecuencia de rápida pérdida de peso, generalmente por diarrea. Las cifras son semejantes para varones y niñas.

Un año antes de que se realice esta encuesta, ya se contaba con información sobre la evolución de la desnutrición a lo largo de los dos primeros meses de vida (ver el cuadro 1). Hasta los 6 o 7 meses se registra sobrepeso en los niños de madres bien alimentadas. Desde esta edad, cuando comienza la alimentación complementaria y las madres pobres que tienen que trabajar ofrecen poco o nada de lactancia al seno, va progresando la desnutrición. Después de los 3 años de edad los niños, en un fenómeno biológico interesante y poco estudiado, tienden a establecer un equilibrio entre el peso y la talla, pero el 50% de ellos permanece, definitivamente, con una estatura inferior a la normal, aunque con un peso apropiado para la talla.

Desnutrición y pobreza: distribución geográfica

Diversas investigaciones han demostrado que el factor más determinante de la desnutrición es la pobreza. Para comprender esta diagnosis, habría que empezar por definir lo que es la pobreza. Si bien no existe una definición universalmente aceptada al respecto, en términos generales, la pobreza se refiere a una condición que no permite a los individuos y a las familias disponer de los recursos necesarios para llevar una vida saludable y razonablemente placentera. La pobreza es entonces un fenómeno social. En la actualidad se tienden a considerar dos niveles:

Cuadro 1

Aumento de niños desnutridos hasta los 2 años de edad. Ecuador (1986)*

Meses de edad	Desnutrición (% de desnutridos)			Total
	Leve	Moderada	Grave	
1	11	3	0	14
4	10	6	1	17
6	9	14	2	25
8	19	9	2	30
12	19	20	9	48
16	21	22	11	54
20	19	16	19	54
24	10	42	5	57

Fuente: Naranjo

pobreza franca o simple y pobreza extrema o indigencia. La pobreza simple consiste en la incapacidad multifactorial para satisfacer las necesidades básicas o mínimas de alimentación, educación, vivienda y salud. Por consiguiente, la pobreza así definida implica, en mayor o menor grado, ignorancia, analfabetismo, desnutrición e incapacidad para ejercer varios de los derechos humanos. Por su parte, la pobreza extrema o indigencia, es aquella que alcanza niveles en los que ni siquiera es posible satisfacer las necesidades alimenticias, manifestándose en una avanzada desnutrición.

Aunque la pobreza existe en todo el país, ésta no afecta por igual a todas las regiones y zonas. Considerando sólo dos zonas, la rural e indígena por una parte, y la urbana por otra, en la primera, la pobreza en el año 2000 afectó al 86% de la población, mientras que sólo el 54% de la población urbana fue afectada por la pobreza (este porcentaje se refiere, principalmente, a las poblaciones urbano-marginales). En un estudio realizado en 1999, se encontró que la desnutrición crónica, evaluada en términos de déficit de talla de los niños de hasta 5 años, afecta a más del doble de la población que vive

en zonas rurales (paradójicamente se trata de las personas que más producen alimentos) frente a la población urbana, y especialmente a los niños indígenas. En un estudio que publiqué en 1990, hallé que la pobreza se distribuía geográficamente en forma desigual, desde sitios de máxima pobreza, con valores calculados en un índice de 10 (en poblaciones como Guamote y Pujilí), hasta los de menor pobreza, con un índice de 2 (como Baños y Salinas). Desde el año 1990 hasta nuestros días, gracias a ciertas medidas oficiales correctivas, se ha modificado el nivel de pobreza de varios cantones, pero no disponemos de datos cuantitativos.

Evolución de la pobreza

El nivel de pobreza ha ido aumentando progresivamente. Según la revista Índice del SISSE (gráfico 3), del 34% de la población del país en 1995, la pobreza subió al 46% en 1998. De este año al siguiente subió poco, pero a partir de 1999 ascendió rápidamente llegando al 67% en el año 2000. La pobreza es más acentuada entre la población campesina: en el año 2000 afectó al 86% del total, mientras que en la población urbana, la pobreza sólo alcanzó un índice del 54%. En el gráfico 3 puede apreciarse el aumento de la pobreza en Ecuador entre 1995 y 1999. Caber señalar que la indigencia en la

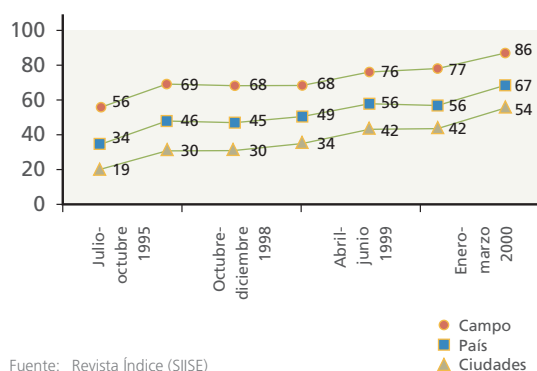
sierra ha aumentado más que en la costa y la amazonía. Otra tendencia a destacarse es que la pobreza afecta más a niños de edades de hasta 5 años que a las personas de todas las otras edades.

El bajo peso al nacer

Algunos estudios demuestran que la desnutrición, especialmente entre los niños, ha seguido creciendo en forma paralela al aumento de la pobreza. El bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) es un problema que merece especial atención. Primero por la debilidad y muerte de un alto número de niños, hecho registrado en la alta cuota de tasas de mortalidad infantil. Pero también porque los niños desnutridos van a crecer en condiciones determinadas por las penosas consecuencias que han sido mencionadas antes.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), en una investigación realizada en 1998, encontró que de entre el total de mujeres que asistían a dar a luz en varios de sus hospitales y maternidades, el 30 y el 40% de ellas adolecían de desnutrición y anemia. Junto a esto, entre el 10 y el 15% de los niños nacían con bajo peso, y lo peor, con signos de desnutrición crónica, es decir que la madre ya era desnutrida desde antes de la concepción y empeoró a lo largo del embarazo. De acuerdo a otra investigación reciente, a los 5 meses de edad el porcentaje de desnutridos es sólo del 8,2%, lo que significa que la lactancia del seno materno permitió a los niños desnutridos mejorar su peso y talla; pero a partir de los 5 meses de edad, la proporción de desnutridos va aumentando progresivamente. Estudiando el problema del bajo peso al nacer en relación a la situación económica y por ende alimentaria de las familias, se encuentra que entre los niños que nacieron en el Hospital Metropolitano de Quito (el hospital privado de mayor estándar, que atiende sólo a madres de alto nivel económico) se registra un 6,5% de recién nacidos con bajo peso. En contraste, en la Maternidad Isidro Ayora de Quito (ubicada en el centro de la urbe

Gráfico 3
Aumento de la pobreza. Ecuador (1995-2000)



y atendiendo a madres de nivel medio o menor) el 11,6% de los recién nacidos tiene bajo peso. En el Hospital Enrique Garcés, ubicado en un barrio al sur de la ciudad, este índice llega al 17%. Las diferencias son mucho mayores en relación a las provincias. Las de mejor nivel económico: Pichincha, Guayas y Azuay, presentan cifras entre el 8 y el 10% de niños de bajo peso, en tanto que las de menor desarrollo económico, presentan cifras del 16,6 al 30%. ¿Cuál es el destino de este crecido número de niños de bajo peso?

Más grave aún es la evolución del problema. Entre 1996 y el 2002, la proporción de niños de bajo peso al nacer fue creciente y paralelo al crecimiento de la pobreza en los mismos años. Las engañosas cifras macroeconómicas del aumento del producto interno bruto (PIB), nacional y per cápita, esconden el hecho de que mientras en el un polo social se incrementa la pobreza y la desnutrición, en el otro, se acumula la riqueza. En un contexto de esta naturaleza, entre las paradojas del Ecuador, un país pequeño y pobre, se cuenta la del pago de los más altos sueldos a los altos funcionarios, mientras que otros países latinoamericanos, como Brasil, Argentina, Chile o Venezuela, pagan remuneraciones mucho más bajas.

Esfuerzos por mejorar la alimentación

Diversas instituciones, incluidas organizaciones no gubernamentales (ONG), han realizado esfuerzos por mejorar las condiciones alimentarias de los niños. Entre los más destacados aportes se cuentan el del Ministerio de Educación, que en la década de 1930 inició el programa “desayuno escolar”; esta iniciativa, con interrupciones y dificultades, ha subsistido hasta hoy, aunque en los años recientes ha cambiado la denominación anterior a “alimentación infantil”. Por otro lado, el MSP ha desarrollado programas de “complementación alimentaria”, ofreciendo a las madres con un niño de menos de dos años, dos pequeñas porciones alimentarias

de leche en polvo y arroz, proveídas por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) u otras instituciones. La finalidad primaria de estos programas era conseguir que, cada mes, la madre traiga al niño a los centros y subcentros de salud para las correspondientes vacunaciones. Aunque el objetivo era importante, no hubo mejoría objetiva de la situación alimentaria del niño. La ración alimentaria era casi simbólica y además la madre la utilizaba en la dieta de toda la familia. En años recientes se han puesto en marcha otros programas como el denominado PANN-2000.

Racionalización de la ayuda alimentaria

Aunque el desayuno escolar ayudaba a los niños que concurrían a la escuela sin haber recibido el desayuno en sus hogares, era pobre y de escaso valor nutritivo. Además llegaba demasiado tarde, es decir, cuando el niño ya había perdido la oportunidad de un apropiado desarrollo cerebral y mental en los años preescolares. Tomando en cuenta estas limitaciones, fue muy clara la necesidad de atender a las madres y a los niños desnutridos en forma continua y secuencial. En 1989, los Ministerios de Bienestar Social y de Salud consiguieron que el Congreso Nacional aprobara por ley la creación del Fondo para la Alimentación y Desarrollo Infantil (FONIN). Este Fondo sirvió para coordinar y ampliar los programas de los cuatro ministerios del llamado Frente Social del gobierno (Salud, Educación, Bienestar Social y Trabajo). Bajo este marco, el MSP pasó a atender a madres desnutridas y a niños de hasta 2 o 3 años de edad. Los fondos permitieron desarrollar programas alimentarios que, sin depender de la ayuda externa, se basaron en la adquisición directa del alimento más nutritivo, la quinua, y que adicionalmente a la leche en polvo, ofrecieron dos alimentos complementarios: arroz y fréjol. Gracias al FONIN, la fábrica procesadora de alimentos fue habilitada y ampliada; también se creó la infraestructura para la apropiada distribución del complemento alimentario;

y, finalmente, se desarrollaron programas de educación alimentaria. Dentro de este mismo marco institucional, el Ministerio de Bienestar Social estuvo a cargo de los niños de 3 hasta 5 años de edad y desarrolló con mucho éxito el programa llamado Red Comunitaria, con la colaboración activa de las propias madres. Por su parte, el Ministerio de Educación amplió y mejoró el desayuno escolar, y el Ministerio de Trabajo desarrolló programas de incremento de las fuentes de trabajo para disminuir, en parte, la pobreza.

El ensayo del Frente Social fue exitoso e iba cumpliendo con sus metas. Pero por desgracia, el gobierno siguiente que se inició en agosto de 1992, en forma por demás incomprensible y absurda, derogó la ley del FONIN. Como era de esperar, desde entonces la desnutrición ha seguido progresando.

Valor nutritivo de los alimentos

Los alimentos tienen un valor nutritivo muy diverso. El organismo humano requiere del aporte de macro y micro nutrientes apropiados para cada período de la vida, así como para cada momento de su actividad física y mental. Existe un sólo alimento completo, es decir que cubre en cantidad y calidad todas las necesidades del organismo. Éste es la leche de la madre, hasta los 5 ó 6 meses de edad del lactante. De allí en adelante, la cantidad de leche de la madre ya no es suficiente para alimentar al niño, puesto que es más grande y requiere más alimentos. A partir de entonces es necesario iniciar la alimentación complementaria. A parte de esta excepción, todos los demás alimentos son incompletos (unos más y otros menos), razón por la cual, para cubrir todos los requerimientos del organismo, es necesario que la dieta sea variada y balanceada.

Como se ha mencionado ya, las malas condiciones económicas son las causantes principales de la pobreza y la desnutrición. Pero

hay otros factores que contribuyen a ahondar el problema: el bajo nivel de calidad de educación primaria y secundaria, y sobre todo, la casi total ausencia de educación alimentaria y nutricional. Según nuestra idiosincrasia, la culinaria, y por ende el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, es una exclusividad de las mujeres. En la actualidad es necesario que hombres y mujeres se familiaricen con los alimentos, pues en la práctica es posible tener una dieta más eficiente a menor costo. Si nuestra población pobre consumiese quinua y arroz con fréjol mejoraría notablemente su condición nutricional; esto beneficiaría principalmente a los niños.

La dieta de la pobreza

En general, los pobres se alimentan con los productos de más bajo precio. Si se tiene en cuenta sólo dos de los macronutrientes, las proteínas y los carbohidratos, los primeros son los de mayor costo y los carbohidratos los de menor. A su vez, entre los alimentos proteicos, son de mayor precio los de origen animal (como las carnes,

Cuadro 2

Alimentos de mayor consumo
Ecuador (1986-1990)

Nutrientes	% de la población consumidora
Arroz	99
Azúcar o panela	95
Papas (2)	78
Fideos	52
Maíz (2)	42
Yuca (2)	42
Verde y maduro (1)	42
Avena	32
Fréjol y otras leguminosas	31
Pan	12

1. Consumo mayor en la costa que en la sierra
2. Consumo mayor en la sierra
S/N: Consumo aproximadamente igual

los huevos y la leche) y son de menor precio los alimentos proteicos de origen vegetal (como el fréjol, la arveja, la haba, la lenteja, el chocho y otros). Debido a su menor costo, los pobres se alimentan principalmente de productos vegetales ricos en carbohidratos (como son el arroz, la cebada, el maíz, las papas, la yuca y el plátano verde), y en menor proporción con vegetales ricos en proteínas (como el fréjol, la lenteja, los chochos, etc.). En la costa, la alimentación es a base de arroz, yuca, verde y fideos; y en la sierra a base de arroz, maíz, papa y fideos (ver el cuadro 2). Las proteínas animales sólo ocasionalmente entran en la dieta de la pobreza. Llegando al extremo de esta insuficiencia, en las ciudades más grandes hay indigentes que se ven obligados a conseguir “alimentos” que salen de las casas en los recipientes de basura.

Existen pocas encuestas sobre la calidad y cantidad de la dieta de los pobres. Es difícil comprobar la información que ofrece la madre de familia: ella, en efecto, tiende a informar describiendo una situación mucho mejor que la triste realidad. En la práctica, se observa que el trabajador campesino que sale por la mañana a trabajar en la ciudad toma un ligero desayuno: a veces algo de arroz (arroz seco) y alguna agua aromática con un poco de harina de cebada (máchica) o quizá un pan. El almuerzo en el sitio de trabajo consiste, frecuentemente, en un pan y una botella de una bebida gaseosa (comúnmente Coca-Cola). A la noche, la dieta consiste en alguna sopa, a veces arroz, y algo adicional. Una dieta de este tipo no cubre, siquiera, los requerimientos mínimos en calorías, y mucho menos en cuanto a proteínas.

Aunque parezca extraño, la madre tiende a alimentar mejor al padre de familia que a los niños, pues de él depende la economía familiar. Pero en la capas más pobres de la sociedad, tanto entre adultos como entre niños, subsiste el aumento de la desnutrición.

Síntesis

La desnutrición es uno de los más graves problemas biológicos, médicos y socioeconómicos del Ecuador. Según la encuesta nacional efectuada en 1987, el 50% de niños menores de 5 años de edad adolecían de algún grado de desnutrición, la mayoría de desnutrición crónica. La desnutrición no sólo determina la menor estatura y peso de los niños, sino también, y esto es más importante, el deficiente desarrollo cerebral e intelectual que a su vez se agrava por la escasa estimulación temprana. Aunque los niños son los más afectados, también las madres embarazadas de los estratos más pobres de la sociedad (entre el 30 al 40% de ellas) sufren de desnutrición y anemia, y dan a luz niños de bajo peso.

Entre los factores que contribuyen a la desnutrición, a las deficientes condiciones biológicas de la población y a la mortalidad infantil, están la falta de cobertura de agua potable, de saneamiento básico, el analfabetismo y la ignorancia sobre el valor nutritivo de los alimentos. Pero la causa fundamental que determina la desnutrición es la pobreza. Por consiguiente, la ayuda alimentaria que ofrecen varias instituciones gubernamentales y privadas, tanto a las madres como a los niños escolares, aunque alivia parcialmente la situación, no es suficiente para resolver el problema. Se requieren medidas económicas que disminuyan la pobreza y la ayuda alimentaria debe ser continuada y sistemática, dirigiéndose desde las madres embarazadas hasta los niños escolares. La desnutrición viene desde mucho tiempo atrás, pero se ha incrementado en los últimos años, paralelamente al aumento de la pobreza. Esto se refleja, entre otras consecuencias, en el aumento de niños que nacen con bajo peso; también en el hecho de que la desnutrición es mayor en la población campesina y sobre todo en la población indígena; y también en el hecho de que en las ciudades la desnutrición se localiza sobre todo en los barrios urbano marginales.

Los micronutrientes y el combate de la desnutrición

Rodrigo Fierro Benítez*

Las deficiencias alimentarias en micronutrientes (en yodo, hierro y vitamina A, entre las más importantes) provocan retardo en el crecimiento físico, en la maduración neuromotora y en el desarrollo mental. Al afectar a amplios sectores poblacionales, y por sus devastadores efectos, estas deficiencias constituyen un problema mayúsculo de salud pública. De ahí que se insista en que la posibilidad real de superar este problema constituye uno de los adelantos científicos más extraordinarios de los últimos años en el campo del desarrollo. Medidas específicas orientadas en este sentido como yodar la sal, fortalecer la harina de trigo con hierro y el azúcar con vitamina A, demandan tecnologías de bajo costo y de gran impacto para mejorar las condiciones de vida y acelerar el desarrollo en poco tiempo. En países como Ecuador, donde la mayoría padece de malnutrición calórico-energética a causa de una pésima alimentación, corregir las deficiencias alimentarias en micronutrientes es lo mínimo que se le puede exigir a un Estado responsable (esto hasta tanto se produzcan las transformaciones profundas que respondan a la aspiración de justicia social y equidad, y asuman a la salud como un derecho básico). De ahí que las comunidades científicas de los países afectados y los organismos internacionales relacionados con la salud, se hayan empeñado a fondo para que la corrección de las deficiencias en micronutrientes sea una política de Estado.

En nuestro país, los desórdenes por deficiencia de yodo (DDY) revestían tal gravedad, y su impacto en nuestro desarrollo era de tal

magnitud, que ante la falta de decisión política para yodizar la sal de consumo humano, en 1966 se utilizó el aceite yodado de depósito como un método alternativo y acelerado de tratamiento y prevención de los DDY. Los resultados fueron tan satisfactorios que el método utilizado fue recomendado por la OPS/OMS para ser aplicado en países en situación similar. Fue tan sólo en 1984, cuando por fin se contó con la voluntad política para ello, que se inició el Programa de Control de los DDY en base a la yodación de la sal. Tal programa fue definido como una política de Estado y así se ha mantenido, aunque para tal portento se haya requerido del auxilio de la OPS/OMS y de UNICEF.

Con notable regularidad, se ha controlado la yodación de la sal a nivel de fábrica y en puestos centinelas en lugares de expendio, así como en las yodurias, disminuyéndose la prevalencia de bocio en escolares. Los resultados han sido bastante satisfactorios de acuerdo a los datos oficiales y a los informes del Consejo Internacional para el Control de los DDY (ICCIDD, por sus siglas en inglés). El 10 y 11 de agosto del 2005, el Ministerio de Salud Pública (MSP), con el apoyo de UNICEF y la OPS/OMS, organizó un taller sobre la “Situación actual y perspectivas del Programa Nacional de Prevención de los DDY”. Haciendo un balance general, la situación y las necesidades en este campo puede resumirse en los siguientes puntos: actualmente, el 95% de la sal es yodada y un porcentaje similar de la población la consume; el control de la yodación de la sal a nivel de fábrica debe realizarse al menos mensualmente;

* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador

el Estado debe asumir todos los gastos que demanda el programa; el apoyo de la OPS/OMS y el UNICEF debe orientarse a potenciar las acciones que contempla el programa, y en situaciones no previstas (como el ingreso de sal no yodada para uso industrial y parcialmente molida para consumo humano) debe brindarnos su apoyo ante instancias como la Organización Mundial del Comercio.

Para fortalecer los avances conseguidos frente a la deficiencia de yodo, en octubre de 1995, con un fuerte apoyo político, se inició el Programa Integrado para el Control de las Principales Deficiencias en Micronutrientes (que contemplaba otros micronutrientes además del yodo, el hierro y la vitamina A). Para el efecto, se contó con fondos provenientes de un préstamo del Banco Mundial (por el cual ya se empezó a pagar intereses incluso antes de utilizarlo).

Por otro lado, estudios realizados en el país han comprobado que la anemia por deficiencia de hierro en la alimentación también constituye un grave problema de salud pública, de efectos igualmente devastadores en mujeres embarazadas y niños. Precisamente, el Programa Integrado para el Control de las Principales Deficiencias en Micronutrientes arriba mencionado, contempla dos grandes acciones frente a este problema: la fortificación de la harina de trigo con hierro, y la suplementación de hierro a las mujeres embarazadas (con tabletas) y a los niños menores de dos años (en jarabe) que concurren a las unidades operativas del MSP. El comité encargado de tal programa (integrado por expertos nacionales calificados con la colaboración ejemplar de

asesores de la OPS/OMS, UNICEF y otras agencias) se ha puesto manos a la obra, venciendo y superando problemas de todo género. Para agosto de 1996, cumpliéndose un año de su inicio, el programa se hallaba en marcha, y es entonces que se expidió el decreto presidencial que obligó a que toda harina de trigo que se consume en el país sea fortificada con hierro. Tal decreto constituyó una política de Estado y fue acatado por los directivos de los 28 molinos que operan en el país (es decir por la casi totalidad de molinos nacionales).

El Programa Integrado de Micronutrientes (PIM) es de responsabilidad del Instituto de Ciencia y Tecnología del MSP. Más allá del límite que constituye el que los directores que se suceden no actúan con igual decisión y que algunos llegan con sus muy particulares intereses científicos (lo cual debilita el programa), resulta indudable que no se cuenta de manera sostenida con los recursos económicos que se requieren. Por este motivo, el programa ha sufrido serios quebrantos: el desabastecimiento de tabletas y jarabe se ha producido por temporadas, algunas bastante largas por lo demás. En respuesta, UNICEF intervino y la suplementación a embarazadas logró cubrir las necesidades hasta febrero del año 2005. Pero por otro lado, la adquisición de goteros para la suplementación de los niños fue insuficiente para cubrir las demandas. A las limitaciones económicas, se agregan, como se ha dicho, las trabas administrativas de las que adolece el MSP. Como resultado de todo esto, todavía no se ha observado ningún cambio sustancial en la situación actual frente a la de 1998 (año en que se realizó una evaluación sobre la suplementación de micronutrientes).

En cuanto a la fortificación obligatoria de la harina de trigo (de acuerdo al decreto del 9 de agosto de 1996), sus controles se normatizaron a partir de 1999 con el apoyo de la OPS/OMS y el UNICEF. Antes, desde 1997 hasta 1998, se había efectuado una prueba piloto en todos los 28 molinos incluidos en el programa que utilizaban la premezcla diseñada por el Comité de Micronutrientes y por la asesoría internacional. Los resultados de esta prueba llevaron a corregir la fórmula de la premezcla en cuanto a la concentración de niacina se refiere (la premezcla contiene hierro, vitaminas del complejo B y ácido fólico). A partir de los controles que se realizaron en 1999, se determinó que el 50% de las muestras contenían 55 ppm o más de hierro micronizado (la norma es de 55 ppm) y que el 80% del total de muestras analizadas se encontraban fortificadas. Ésta fue la última evaluación cuantitativa que se realizó. A partir de entonces y por falta de recursos, sólo se realizaron controles cualitativos, como el realizado en diciembre del 2004, que llevó a la conclusión de que todos los 22 molinos (los 6 restantes fueron cerrados definitiva o temporalmente) se hallaban fortificando la harina. Antes, en septiembre del mismo año, se asignaron fondos para controlar y monitorear la harina de trigo con hierro y se firmó un contrato con la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Central para que realice las determinaciones que se requieren. Las muestras que se recolectaron en diciembre no han sido analizadas y, como consecuencia, no se cuenta con datos cuantitativos hasta el momento. Con respecto al contrato con la Facultad de Química, es menester señalar que el Instituto

de Ciencia y Tecnología cuenta con el personal capacitado para realizar las determinaciones que contemplan los programas, además de contar con los sofisticados equipos que se necesitan, toda vez que fueron adquiridos hace años por el MSP. Sin embargo, con intentos fallidos de por medio, el MSP no ha logrado montar sus laboratorios.

De lo señalado se colige que, en cuanto a la corrección de la deficiencia alimentaria en hierro, tal política de Estado no ha sido tratada como una acción prioritaria de salud pública. Otros temas de mucha menor trascendencia se han interpuesto para que recursos económicos, personal y tiempo, sean desviados. Frente al incremento del porcentaje de mujeres embarazadas anémicas, muy especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales de la costa, este debilitamiento o astenia de la voluntad política no puede justificarse bajo ningún parámetro. (También en el caso del hierro hemos debido recurrir, y hasta depender en ocasiones, de las agencias internacionales como el UNICEF y la OPS/OMS).

Finalmente, en relación a la vitamina A, a partir de 1995 el Programa Integrado de Micronutrientes inició la suplementación de este micronutriente entre niños de 6 a 36 meses de edad (siguiendo las normas recomendadas por la OPS/OMS) que concurren a las unidades operativas del MSP. Estas unidades han sido ubicadas en las parroquias en las que la deficiencia de vitamina A (DVA) es crítica según estudios realizados. Como respuesta a los estragos causados por el

fenómeno de El Niño en la nutrición, se amplió la cobertura a todos los niños de las áreas costeñas más afectadas. En 1999, la crisis económica incidió también sobre la nutrición, y por ello quedaron incluidos en el programa niños de 6 a 59 meses de edad de todas las provincias. En el 2001, el Comité de Micronutrientes revisó la norma y estableció cambios en el esquema de suplementación: se incrementó la dosis en niños de bajo peso.

En 1995, para el inicio del programa de suplementación se contaba con una línea de base en términos de retinol. En 1998, el Instituto de Ciencia y Tecnología realizó una evaluación del impacto biológico de la suplementación con vitamina A en poblaciones de riesgo (o críticas). Los resultados demuestran una disminución de la prevalencia de la DVA en la sierra. Sin embargo, desde 1998 no se ha efectuado otra evaluación. Un último aspecto a mencionarse es que las unidades operativas del MSP llegaron a disponer de cápsulas de vitamina A donadas por UNICEF tan sólo hasta mayo del 2005. Desde entonces, se carece del suplemento a pesar de su gran demanda.

En cuanto a la fortificación del azúcar con vitamina A, este proyecto no llegó a concretarse por dos razones: el costo de la maquinaria y de la premezcla, y porque (afortunadamente) la deficiencia de vitamina A a nivel nacional no es severa y puede definirse de subclínica. También en cuanto a la suplementación de vitamina A, hemos dependido del concurso de las agencias internacionales y el MSP, por cuenta propia, no ha sabido mantener el programa en un buen nivel.

A manera de colofón, si en materia de nutrición y alimentación corregir las deficiencias de micronutrientes es lo menos que puede hacerse en un país marcado por inequidades y de carácter socialmente injusto como el nuestro, resulta incomprensible e injustificable que la ejecución y mantenimiento de los programas respectivos no hayan contado, en todo momento, con un fuerte respaldo político. Sin respaldo político, no hay política de Estado que soporte los embates del subdesarrollo.

Obesidad

Rodrigo Yépez*

La obesidad es un nuevo problema de salud para la población ecuatoriana, sin dejar de ser para una parte de ésta un tema de exclusiva preocupación de estética corporal. Existe una cierta conciencia en algunos sectores de que la obesidad representa un problema sanitario serio, especialmente por sus implicaciones en el desarrollo de enfermedades severas, de carácter crónico, que ocupan los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad (como diabetes de tipo 2, enfermedad cerebro vascular o enfermedad isquémica del corazón). Sin embargo, desgraciadamente esa conciencia sanitaria no se ha extendido entre todos los líderes de la salud pública, ni entre todos los profesionales de la salud. Entre la población general, especialmente en los sectores altos y medios, sigue predominando la visión estética. Tan limitada es la conciencia sanitaria en la población que resulta excepcional que las madres ecuatorianas busquen consejo médico porque sus hijos comen bastante y están muy gorditos, tal como lo hacen cuando no comen, han enflaquecido y no crecen como deberían.

Por tanto, es menester crear conciencia entre la población acerca de los riesgos para la salud asociados con la obesidad y acerca del modo de evitarlos, estableciendo políticas y programas para resolver el problema. Para el efecto es indispensable, primero, conocer lo que es la obesidad y cómo provoca los severos daños a la salud que mencionamos; segundo, saber a quiénes afectan más los riesgos de la obesidad; tercero, investigar cuál es la magnitud de la

obesidad en el país y qué características tiene: ¿afecta más a los pobres que a los ricos?, ¿más a las mujeres que a los hombres?, ¿más a los que viven a nivel del mar que a los habitantes de la región andina?, etc.; y, cuarto, establecer sus causas, asunto esencial a la hora de definir políticas y ejecutar acciones.

¿Qué es la obesidad?

Para los cultores de las ciencias básicas biomédicas, particularmente de genética y bioquímica, y para los especialistas en clínica médica, indagar desde sus respectivas disciplinas acerca de los mecanismos íntimos de la obesidad ciertamente que constituye un reto científico. Para los científicos responsables de la salud pública, este desafío es aún mayor pues la obesidad, incluso entre niños y jóvenes, aumenta en forma impresionante y el número de personas que enferman y mueren por problemas asociados a la obesidad incrementa día a día. Unos y otros deben conocer el problema en todas sus dimensiones si quieren ser competentes para entenderlo y abordarlo integralmente, a fin de contribuir a su prevención y a la promoción de una vida sana y productiva.

La obesidad es una enfermedad caracterizada por la acumulación de un exceso de tejido adiposo –exceso de grasa– en el cuerpo, en un grado tal que produce alteraciones en la salud (OPS, 2003). Esta enfermedad implica un incremento de las células adiposas tanto en su

* Director, Instituto de Salud Pública – Universidad Central del Ecuador.
Presidente, Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN)

tamaño como en su número. El incremento se debe a la ingestión de nutrientes energéticos en cuantías tales que sobrepasan los requerimientos de energía que demanda el organismo. Todos los macro nutrientes generadores de energía, sean carbohidratos, grasas o proteínas, cuando son ingeridos en exceso provocan adiposidad (Yépez, 2004). Pero la acumulación de grasa no solamente se debe al exceso en el comer –incremento en el aporte de calorías–, sino también a la restricción del gasto energético –disminución del consumo de calorías– que resulta de tener una actividad física limitada (OPS, 2003).

Las células adiposas, o de la gordura, dejaron de ser consideradas simplemente depósitos de grasa. Las evidencias actuales apuntan a que los adipocitos son “células inteligentes”: son fuente de hormonas y mensajeros químicos que informan al cerebro sobre el estado del balance energético del cuerpo; adicionalmente, estas células influyen en otros procesos, como por ejemplo en el estado inflamatorio crónico observado en las personas obesas. La leptina, una hormona producida por los adipocitos, mantiene el peso en un nivel constante. Si una persona pierde peso, los niveles de leptina disminuyen y le inducen a comer más y a recuperar el peso. Pero si sube de peso, la leptina aumenta y entonces esa persona come menos (Guttin, 1999). La función de las células adiposas también se detecta en el caso de la inflamación observada en los obesos. Las células adiposas repletas de grasa entran en estrés severo a consecuencia de la creciente demanda que ejerce sobre sus propios sistemas metabólicos operativos el exceso de grasa. El estrés pone a las células en situación de alarma. En tal condición, segregan mensajeros químicos producidos en el retículo endoplasmático que, entre otros efectos, instigan al sistema inmunológico, detonando una reacción inflamatoria que se desperdiga por todo el organismo. En las personas obesas, la inflamación, que es la respuesta habitual del sistema inmune para defendernos de

microorganismos y de otras injurias a los tejidos, se torna en un estado crónico. La inflamación de los obesos es un fuego permanentemente atizado por estos mensajeros producidos por los adipocitos en estrés. A lo largo del tiempo, legiones de células inflamatorias circulan por la sangre del obeso, dañando la delicada pared íntima de los vasos sanguíneos y acarreado fenómenos ateroscleróticos que impiden el flujo normal de la sangre. Esto crea escenarios que conducen a problemas devastadores como la enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia renal, ceguera y amputación de miembros en los diabéticos (Saltus, 2005).

La acumulación de grasa determina un aumento del peso corporal. ¿Cómo saber si una persona está obesa? El diagnóstico se hace midiendo el porcentaje de grasa corporal mediante la técnica de análisis de impedancia o midiendo el grosor de los pliegues cutáneos con una pinza previamente calibrada, un *calliper*, que mide la cantidad de grasa subyacente inmediatamente debajo de la piel en varias partes del cuerpo (subescapular, tricipital, etc.). Por su sencillez, se ha generalizado el cálculo de un indicador conocido como índice de masa corporal (IMC) o BMI (por sus siglas en inglés). Para calcular el IMC, se utiliza una fórmula aritmética basada en el peso y la talla del individuo: $IMC = \text{peso en Kg} / \text{talla (m)}^2$. A partir de esta fórmula, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue cuatro categorías del peso en los adultos y tres niveles de obesidad:

Categoría		IMC
1.	Peso bajo	< 18,5
2.	Normal	18,5 a 24,9
3.	Sobrepeso	25,0 a 29,9
4.	Obeso	> 30,0
Obesidad		IMC
1.	Moderada	30,0 a 34,9
2.	Severa	35,0 a 39,9
3.	Muy severa	> 40,0

En niños y adolescentes se utiliza el IMC expresado en percentiles (Pc): IMC Pc entre 85-95 = sobrepeso; > 95 = obesidad.

Ahora bien, las categorías no son límites exactos, ni sinónimos de peso saludable o no-saludable, pero son útiles para distinguir a los individuos obesos de los que no lo son, teniendo siempre en cuenta que las mujeres muestran un porcentaje mayor de grasa que los hombres. El IMC tiene algunas limitaciones. Por ejemplo, no aporta información sobre la relación entre exceso de grasa y cantidad de tejido muscular: hay personas con un IMC elevado que son musculosas antes que gordas. El IMC tampoco informa acerca de la ubicación de la grasa en determinadas zonas del cuerpo, dato importante puesto que la distribución de la grasa corporal se asocia estrechamente con la presencia de hipertensión arterial, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2. Efectivamente, la correlación estadística entre estos padecimientos y la acumulación abdominal de grasa es mayor que la observada para el IMC (Guo, 1994). Frente a esta deficiencia, hay otras medidas antropométricas que también se utilizan. Tal es el caso de la medición de la circunferencia de la cintura: si es mayor de 90 cm en adultos varones y de 80 cm en mujeres, es indicador de obesidad. El índice cintura-cadera, otra herramienta utilizada para valorar obesidad, resulta de dividir el valor de la circunferencia de la cintura por el de la circunferencia de la cadera. Valores mayores a 1,0 en hombres y a 0,8 en mujeres significan obesidad. En combinación con el IMC, estas mediciones han demostrado ser medios útiles para diagnosticar enfermedades asociadas a la obesidad.

Por otro lado, se han constatado diferencias entre poblaciones. Por ejemplo, el riesgo de enfermedades cardiovasculares se incrementa notoriamente a partir de un IMC de 21 sólo en poblaciones asiáticas. Por ello, la OMS, sin

modificar sus categorías, ha establecido que para los asiáticos un IMC mayor a 23 debe considerarse como el umbral de riesgo (*point of action*) para enfermedades cardiovasculares y otras relacionadas con la obesidad (IDF, 2004).

¿A quiénes afecta la obesidad?

La obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexos. Es más frecuente en las mujeres y en sectores sociales de bajos ingresos. Unas 1.200 millones de personas en el mundo tienen exceso de peso y de éstas, 250 millones (entre ellas niños y jóvenes) sufren de obesidad (OPS, 2003). Esta epidemia del siglo dejó de ser patrimonio de sociedades opulentas, siendo compartida por igual por las sociedades empobrecidas (Peña, Bacallao, 2000) donde coexiste con la desnutrición. El problema se concentra en las ciudades donde se expresan, con mayor intensidad y frecuencia, las manifestaciones de la transición económica y social, tecnológica, cultural, epidemiológica, alimentaria y nutricional (Moreno, 1997).

En todos los países que disponen de datos nacionales representativos, se constata que la prevalencia de la obesidad está en ascenso: Robert Kuczmarski y sus colegas documentaron un marcado aumento secular de la prevalencia de obesidad en adultos estadounidenses de 20 a 75 años de edad entre 1976 y 1991. Estos investigadores definieron la obesidad como un índice de masa corporal (Kg/m²) de 27,8 para los hombres y de 27,3 para las mujeres, y hallaron que la prevalencia había aumentado casi ocho puntos porcentuales (de 25,4% en 1976 a 33,3% en 1991), lo que representa un aumento relativo de 31%. Esta marcada tendencia secular pareció ser bastante uniforme en los distintos grupos clasificados por edad, sexo y origen étnico (Kuczmarski, Flegal, 2000). En el contexto latinoamericano, la OPS destaca que en Argentina, Colombia, México, Paraguay

y Uruguay, más del 15% de los habitantes son obesos, y que en Perú la obesidad en los hombres es de 15,2% y en las mujeres de 22,8% —entre las últimas, están más afectadas las pertenecientes al nivel socioeconómico bajo (26,5%) que las del nivel alto (18%) (OPS, 2003).

Es muy preocupante el hecho de que cada vez sean más numerosos los niños, adolescentes y jóvenes afectados por la obesidad, independientemente de su condición social. Un estudio amplio muestra que un tercio de los preescolares y la mitad de escolares obesos, serán adultos obesos y estarán expuestos a un alto riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial (Gutiérrez-Fisac, 1999). La obesidad en la infancia y adolescencia es un factor pronóstico de obesidad en el adulto. Aunque solo 30% de los adolescentes obesos lo serán también en la edad adulta, se sabe que el 80% de los adultos con obesidad severa iniciaron su estado de obesos durante la adolescencia (Caballero, 1985). Actualmente hay el doble de niños con sobrepeso en los Estados Unidos que hace veinte años. En Sudamérica, Chile mostró que la proporción de varones escolares obesos creció de 6,5% en 1987 a 13,1% en 1996, y que en las mujeres se incrementó de 7,7% a 14,7% (INTA, 2005). En México y Perú, uno de cada cuatro niños de edades comprendidas entre 4 y 10 años tiene sobrepeso (OPS, 2003).

Parece haber tres periodos críticos para el desarrollo de la obesidad: el prenatal, el de los 5 a 7 años, y el de la adolescencia (especialmente en las mujeres). Este último periodo además se asocia estrechamente con la morbilidad relacionada con

la obesidad (Dietz, 1994). En consecuencia, la idea de que “un niño regordete es un niño sano” ya no puede ser aceptada (Jacoby, 2004a). Las enfermedades crónicas no transmisibles que se originan en la niñez y adolescencia, se convierten en problemas que inhabilitan significativamente a los adultos para el trabajo productivo, grabando sustancialmente los ingresos familiares y los presupuestos estatales en todo el mundo. Entre los países menos desarrollados de América el número de años saludables perdidos imputables a los factores de riesgo que conducen a enfermedades no transmisibles, llega a la astronómica cifra de 12.458.000 DALY (o *Disability Adjusted Life Years*, equivale a la pérdida de un año de vida saludable) (Jacoby, 2004b).

¿Cuál es la magnitud de la obesidad en el Ecuador y qué características tiene?

En el Ecuador la obesidad no fue un tema de interés de la salud pública sino hasta finales del siglo XX. En épocas anteriores, los casos individuales estuvieron en manos de los médicos clínicos, nutriólogos, endocrinólogos y nutricionistas. Una revisión de las tesis de grado en las Facultades de Medicina del país y de los artículos originales publicados en las escasas revistas científicas nacionales durante la segunda mitad del siglo XX, demuestra que la obesidad estuvo virtualmente ausente como tema científico (*Salud y sociedad*, 2000). Es solamente a partir de la década de los ochenta cuando se registran las primeras contribuciones. A continuación, ofrezco un análisis todavía parcial de tales aportes.

Cuadro 1

Análisis de las contribuciones científicas ecuatorianas al tema de la obesidad en la población nacional (1988-2000)

Año	Fuente	Autoría	Título	N	Método	Resultado
1988	VII Congreso Bolivariano de Endocrinología Quito	Pacheco	Prevalencia de obesidad en dos comunidades campesinas andinas de Ecuador	2.869 campesinos mayores de 18 años habitantes de los Andes	IMC > 30	3,3% OB
2000	Revista Médica, Policía Nacional Vol. 6: 80 – 82	Guffantti	Dislipidemia en trabajadores de la salud	164 adultos de Quito, 20-50 años	IMC > 28	11,5% OB
1992	Endocrinología Ecuatoriana, 1:154	Garcés	Prevalencia de alteraciones metabólicas y de peso en población sana	230 adultos de Quito	IMC 25,1-29,9 IMC >30	35,1% SP hombres 25% SP mujeres 6,8% OB hombres 7,1% OB mujeres
1995	Tesis de grado, Maestría de Alimentación y Nutrición, UCE	Caicedo Moreno Naranjo Narváez	Estado nutricional y metabólico en escolares de Quito	508 adultas mujeres 176 adultos varones	IMC >30 IMC >30	13% OB 5% OB
1995	Tesis de grado, Maestría de Alimentación y Nutrición, UCE	Caicedo Moreno Naranjo Narváez	Estado nutricional y metabólico en escolares de Quito	725 niños de Quito	IMC >95 (percentilar)	18,5% OB varones 19,4% OB mujeres
1996		Grijalva		1.967 adolescentes, ambos sexos, área urbana y rural de costa y sierra		11% SP
1996	Endocrinología Bolivariana, 5:36	De la Vega	Prevalencia de obesidad en población infanto-juvenil	603 niños de Quito de 3 a 12 años	IMC > 95 (percentilar)	22,6% SP varones 25,2% SP mujeres 1,7% OB varones 2,3% OB mujeres
				1.171 adolescentes de Quito de 11 a 19 años	IMC >95 (percentilar)	8,5% SP varones 8,6% SP mujeres 2,0% OB varones 3,0% OB mujeres
1999	V Congreso Ecuatoriano de Endocrinología Quito	Moreno	Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población urbana de Quito vs. población rural	61 adultos habitantes de zona andina		37% SP hombres 33% SP mujeres 3,5% OB hombres 21,9% OB mujeres

SP = sobrepeso

OB = obesidad

IMC = índice de masa corporal

Fuente: Salud y Sociedad. Bibliografía (2000)

Elaboración: Rodrigo Yépez

Del análisis se desprende que se trata de estudios focalizados en grupos reducidos de la población, representativos de sí mismos, realizados principalmente por el interés de los endocrinólogos en el tema. No es posible identificar en todos los casos el método utilizado para medir la obesidad. Resumiendo los hallazgos de varios de los trabajos resumidos en el cuadro precedente Pacheco y Pasquel (2000), propusieron a fines del siglo anterior una prevalencia de obesidad en adultos sanos de 13% en área urbana y de 6% en área rural.

Salvo alguna omisión, no se registra sino un estudio de cobertura nacional (Grijalva 1996) realizado en el marco del proyecto Mejoramiento de las Prácticas Alimenticias de los Adolescentes (MEPRADE), que incluyó a los hogares ecuatorianos que tenían al menos un adolescente. En este trabajo se reportó que entre las adolescentes que no estudian y que se dedican a los quehaceres domésticos, el sobrepeso es del 15%, en tanto que entre las que sí estudian, el sobrepeso es del 11%.

Es a partir del 2000 que se realizan en el Ecuador los primeros estudios de carácter nacional para establecer específicamente la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en escolares (Aguillar, et.al., 2001) y en adolescentes (Baldeón et.al., 2006). Ambos son estudios ejecutados como tesis de graduación por maestrantes en alimentación y nutrición de la Universidad Central, dirigidos por el autor. El segundo contó con el patrocinio de la SENACYT / FUNDACYT.

El estudio en escolares se hizo en el 2001 en una muestra representativa nacional de 1.866 escolares de ambos sexos, habitantes de área urbana y de 8 años de edad en promedio. Los resultados principales son:

- a) prevalencia de sobrepeso y obesidad: 14% (8% con sobrepeso y 6% con obesidad);
- b) es mayor en las mujeres (15,4%) que en los varones (12,2%);

- c) es más frecuente en la costa (15,9%) que en la sierra (11,0%);
- d) incide especialmente en los niños de las escuelas privadas (20,6%), pero está presente también en las escuelas públicas (10,4%); y,
- e) el sobrepeso/obesidad alcanzó prácticamente la misma magnitud que el retardo del crecimiento (16%) en los niños de la muestra.

El estudio en adolescentes se realizó en el 2006 en una muestra nacional representativa de 2.829 adolescentes de ambos sexos, de 12 a 18 años, habitantes de área urbana. Los resultados principales son:

- a) prevalencia de sobrepeso y obesidad: 22,2% (13,7% con sobrepeso y 8,5% con obesidad);
- b) es mayor en los varones (23,1%) que en las mujeres (21,5%);
- c) es más frecuente en la costa (26,3%) que en la sierra (17,7%);
- d) afecta más a los adolescentes de colegios privados (26,1%) que de públicos (19,4%); y,
- e) en los adolescentes de la muestra, el sobrepeso/obesidad superó a la desnutrición (16,8%).

Otro estudio de nivel nacional fue realizado como tesis de graduación por maestrantes en alimentación y nutrición de la Universidad Central, dirigidos por el autor (Caicedo et.al.,1995). La muestra, de 1.866 escolares habitantes del área urbana y de 8 años de edad en promedio, dio estos resultados: el sobrepeso y la obesidad afectan a un 13,9% de los niños; es mayor en las mujeres (15,4%) que en los varones (12,2%); es más frecuente en la costa (15,9%) que en la sierra (11,0%), y mucho más en Guayaquil (16,6%) que en Quito (9,6%). La obesidad incide especialmente en los niños de las escuelas privadas (20,6%), pero también está presente en las escuelas públicas (10,4%). Es impactante el hecho de que el sobrepeso/obesidad alcanzó prácticamente la misma magnitud (13,9%)

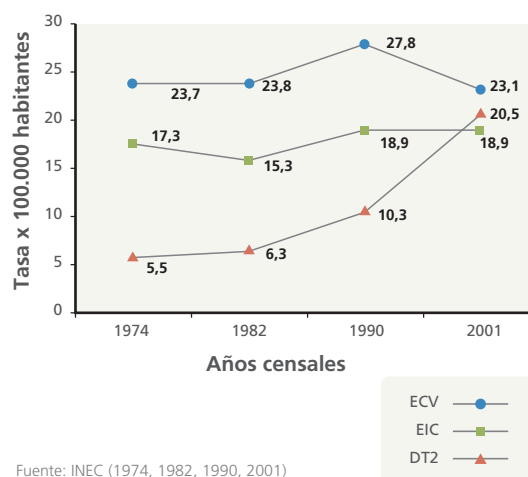
que el retardo del crecimiento (15,6%) en los 1.866 niños de la muestra.

En conclusión, debemos admitir que el Ecuador no dispone de datos que informen de la tendencia secular de la obesidad. Lamentablemente no es posible, por ahora, realizar una comparación de la prevalencia de la obesidad ajustada según la edad, pues no existen dos o más encuestas transversales de la población nacional realizadas en periodos diferentes. Hasta tanto se disponga de otros datos, se puede inferir una cierta tendencia de la obesidad sobre la base de lo que sigue. Como sabemos, la obesidad es un factor implicado en el desarrollo de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. Asimismo, conocemos que mantiene una asociación con la resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, con los niveles altos de lipoproteínas de baja densidad LDL y con los niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad HDL (WHO, 2003). A la luz de esta información, es permisible conjeturar que si se estudia la evolución de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular, enfermedad isquémica del corazón y diabetes tipo 2 en el Ecuador, se tendrá una imagen indirecta de cuál ha sido la tendencia de la obesidad en el tiempo.

Pues bien, desde hace 30 años constatamos en el Ecuador un incremento sostenido de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular (ECV), enfermedad isquémica del corazón (EIC) y diabetes tipo 2 (DM). En 1960, ninguna de estas enfermedades aparecía en la lista de las diez primeras causas de muerte en el país. En contraste, ahora ocupan los primeros lugares. Hace diez años realizamos un primer análisis de la tendencia de la mortalidad por estas enfermedades (Yépez, 1995) tomando como fuente la información disponible en los años censales 1974, 1982 y 1990. Luego del censo de 2001 completamos la información. El siguiente gráfico ilustra la situación:

Gráfico 1

Tendencia de la mortalidad por diabetes tipo 2 (DT2), enfermedad cerebro vascular (ECV) y enfermedad isquémica del corazón (EIC). Ecuador (1974-2001)



Fuente: INEC (1974, 1982, 1990, 2001)

¿Qué causa la obesidad?

Se dice que la obesidad es una enfermedad multifactorial y sí que lo es: hay muchos factores involucrados en su desarrollo. Nos detendremos en los principales: los atribuibles a cambios en los modos de vida, los ligados a la reproducción humana y los genéticos. En cuanto a estos últimos, se han estudiado unos 200 genes asociados a la obesidad y se han identificado unas 12 mutaciones en 7 genes que resultan en obesidad. Al momento presente, la sensibilidad genética puede justificar una parte de la obesidad observada (Perusse, 1999). Hay personas genéticamente susceptibles a la obesidad que no necesariamente exhiben “metabolismos lentos” como razón para mantener la grasa en sus cuerpos, y hay otras que comen en forma abundante y se mantienen delgadas (Willet, 1998). Advirtamos que los factores genéticos modulan significativamente la respuesta corporal a las dietas hipergrasas de los animales de experimentación (monos y ratones), y que si la respuesta humana a la ingestión de grasa también está determinada genéticamente (existiendo unos

individuos portadores de genes “susceptibles” y otros de genes “resistentes” a la sobrecarga de grasa alimentaria y al desarrollo de sobrepeso y obesidad), entonces la cuestión tendrá su respuesta cuando la genética molecular de la obesidad humana sea comprendida (Perusse, 1999). No dejemos de mencionar que en los humanos se pueden identificar marcadores biológicos de la obesidad que nos alertan, por ejemplo, de las enfermedades cardiovasculares (Fung, 2001). En cuanto a fenómenos ligados a la reproducción, se ha comunicado que el retardo del crecimiento intrauterino y el sobrepeso al nacer (> 4 kg) se asocian a la aparición en etapas posteriores de la vida de accidentes cerebro-vasculares, diabetes e hipertensión arterial, y posiblemente a la obesidad. Así también, el rápido crecimiento compensatorio consecutivo al déficit de crecimiento en la primera infancia se ha invocado como factor para ECNT (OPS, 2003).

Admitamos que, hasta donde sabemos en la actualidad, ni los mecanismos genéticos, ni los bioquímicos son suficientes para explicar por sí solos el aumento creciente de la obesidad en tan pocas décadas. Tampoco los problemas del peso bajo y el peso elevado al nacer y/o la desnutrición en la primera infancia, parecerían ser los determinantes exclusivos de la epidemia de obesidad. Son los cambios en los modos de vida los que suministran los ingredientes necesarios de la receta de la obesidad: consumo de alimentos no saludables de alto contenido energético y sedentarismo.

Causas de la obesidad en el Ecuador

¿Qué aconteció en el Ecuador para que hayamos incorporado a nuestra alimentación cotidiana alimentos no saludables cargados de un exceso de calorías, y para que nos hayamos vuelto tan sedentarios que la obesidad ha empezado a contarse entre los padecimientos comunes de la gente?

Revisemos primero la cuestión del sedentarismo. Este es un hecho identificado con la urbanización. En las ciudades predominan las ocupaciones sedentarias. El transporte es motorizado. Hay ascensores en casi todos los edificios públicos y cada vez más escaleras eléctricas en los centros de consumo. Abundan decenas de dispositivos que ahorran actividad física en el lugar de trabajo y en el hogar. El tiempo del ocio se articula al internet, los videojuegos y la televisión con control remoto. El 97% de familias ecuatorianas, incluyendo a las más pobres, disponen de un televisor y atan sus horas de descanso a los programas televisivos. Plazas, parques y jardines, calles y veredas, son lugares inseguros que hace mucho dejaron de ser sitios de esparcimiento.

En relación con el otro ingrediente de la receta de la obesidad, el consumo de alimentos densamente energéticos, el cambio hay que atribuirlo a razones estructurales, socio-culturales y del mercado de alimentos. Un sector de la población asumió los estilos de vida de quienes son su referencia: los estadounidenses. Como resultado, en cuanto a su alimentación, privilegian las hamburguesas, los hot-dogs, las pizzas y la Coca-Cola. La mayoría empobrecida quedó presa en las orientaciones de las empresas de alimentos que segmentaron la oferta y comercializaron para los sectores de menores ingresos productos baratos, de baja calidad nutritiva y alto contenido en grasas y azúcares, pero que satisfacen el apetito, “rellenan el estómago” y, además, cosa muy importante, son productos que se integran a sus patrones de consumo (Aguirre, 2000). La población empobrecida sabe que su alimentación debe ser inocua, equilibrada y nutritiva, pero está forzada a basar su consumo en aquellos alimentos que le permiten obtener el mayor rendimiento posible de sus escasos ingresos. Escasean en la mesa de la mayoría de la población ecuatoriana las proteínas, los minerales

y las vitaminas: carnes rojas y blancas, leche, quesos, huevos, frutas, legumbres y verduras. En cambio, sobran los carbohidratos y las grasas: arroz, harinas y fideos, papas, plátanos y yuca, mantecas, margarinas y grasas saturadas. Ya lo dijo un distinguido maestro: “llenar el estómago con alimentos menos costosos como yuca, verde o maduro y algo de arroz y rellenar el resto, a precio de inhumano sacrificio, con chatarra alimentaria *made in Ecuador*, bajo licencia extranjera, no es nutrición, es explotación y engaño” (Naranjo, 1986).

Para nadie es desconocido que la creciente urbanización resultante de la migración del campo a las ciudades, a consecuencia de la conversión de la hacienda en unidad empresarial, agrícola y ganadera, desplazó a los trabajadores del campo y los trasladó a los cinturones de miseria de las ciudades. Tampoco se ignora que el desarrollo industrial agropecuario se centra en un número reducido de productos muy lucrativos a la vez que desestima el cultivo de granos, tubérculos y otros productos de carácter autóctono (Yépez, López, Villota, 2004). Todos sabemos que a medida que aumenta la eficiencia de la tecnología y la producción, bajan los precios y aumenta la demanda. Esto ha sido demostrado en productos que son materia de nuestra preocupación, entre otros, los fideos, los aceites vegetales y las bebidas gaseosas azucaradas (Yépez, 2003), con el agravante de que las bebidas gaseosas fomentan el consumo energético reduciendo el control del apetito, además de que sustituyen a bebidas muy nutritivas, en particular a la leche (Harnack, 1999).

Es indispensable destacar que los pobres en el Ecuador están malnutridos por déficit alimentario, pero también lo están por exceso. Esta alarmante simbiosis de desnutrición y obesidad en la pobreza, tiene que ver con el consumo, pero especialmente con el acceso a los alimentos. Repitamos una vez más lo que se ha dicho en otras ocasiones: los pobres no comen lo que quieren, ni lo que saben que deben comer, sino lo que pueden.

Las restricciones al acceso a los alimentos son un factor determinante en la desnutrición y la obesidad. Una y otra no son sino las dos caras de una misma moneda: los pobres están desnutridos porque no tienen lo suficiente para alimentarse y están obesos porque limitan su alimentación a productos de alto contenido energético.

La urbanización, la acción empresarial y la imperiosa necesidad de simplificar la vida, trajeron consigo un conjunto de acontecimientos, entre ellos un cambio notable en los modos de alimentarse: comidas rápidas y comidas al paso, con exceso de carbohidratos y grasa, mucha sal y muchos azúcares simples. Pese a que los individuos pertenecientes a los sectores de ingresos bajos consumen carbohidratos, grasas y azúcares simples en exceso, la obesidad de los pobres es más visible entre las mujeres: ellas se autoexcluyen de los alimentos más nutritivos para permitir que los coman los niños y los adultos que trabajan fuera del hogar y satisfacen su apetito con carbohidratos y grasas. Son mujeres que no perciben suficientes ingresos, que no tienen acceso a un trabajo bien remunerado ni a una educación sanitaria apropiada. Súmese a esto su falta de acceso a actividades físicas recreativas y la percepción de sus cuerpos como herramientas desvalorizadas, para comprender que el gasto energético que realizan es ligero o apenas moderado. Así, no resulta extraño que esas mujeres conformen el grupo de población que exhibe los niveles más altos de sobrepeso y obesidad. Situación muy distinta de las mujeres que “se cuidan”: aquellas de los sectores altos de la sociedad, que hacen dieta y van al gimnasio (Aguirre, 2000). Pero no son solamente las mujeres pobres las afectadas. También lo son los niños. En nuestra investigación en escolares antes referida, los niños de las escuelas públicas que reciben raciones alimenticias complementarias (desayuno/almuerzo escolar) tienen una prevalencia mayor de sobrepeso y obesidad (11%) que los mismos niños pobres de las escuelas públicas que no reciben tales raciones (5,0%). Ante la significativa diferencia surge una pregunta inquietante: ¿Qué tienen esas raciones complementarias que están provocando sobrepeso y obesidad? ¿Son desayunos con leche, huevos,

jamón, frutas, o se trata de una voluminosa masa hidrocarbonada de alto contenido energético y escaso valor nutritivo?

¿Qué hacer?

Hasta la fecha, se han desarrollado algunas iniciativas frente a este problema de salud pública. En febrero de 2004, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud Pública y la Unidad de Vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles de la OPS/OMS, propiciaron la creación de un Comité Nacional de Enfermedades No Transmisibles para concertar criterios y coordinar acciones de control y vigilancia multifactorial en el área.

Meses adelante, en junio de 2004, se realizó el Primer Congreso de la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN). El tema central fue la obesidad. Cuatrocientos participantes asumieron el compromiso de sumarse a la estrategia mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud que patrocina la OMS/OPS, a fin de promover en el Ecuador acciones orientadas, tanto hacia el consumo de alimentos inocuos, nutritivos, suficientes y accesibles, como a la práctica sistemática de ejercicios físicos (dos maneras eficaces para evitar la obesidad y los trastornos de salud concomitantes). A raíz del congreso, la SECIAN y la OPS acordaron crear un observatorio y una red de núcleos a nivel nacional que se ocupe de: a) defender los derechos de los niños y adolescentes relacionados a su alimentación, nutrición y actividad física, deporte y recreación; b) hacer visibles los riesgos que enfrentan la niñez y adolescencia por el consumo de alimentos densamente energéticos y el sedentarismo; c) impulsar la toma de conciencia acerca del imperativo de prevenir el sobrepeso y la obesidad en estos grupos de edad.

Las iniciativas mencionadas deben ser apoyadas para garantizar un escenario adecuado a futuro. Se requieren acciones más eficientes de salud pública orientadas a la promoción de modos de vida sanos: alimentación saludable y aumento de la actividad física recreativa de la población. Siguiendo las orientaciones de la OMS, de reconocidos expertos en la materia (Uauy, Monteiro, 2004, Pratt, Jacoby, Neiman, 2004, Barbeau, 1999) y nuestra propia experiencia, proponemos un Decálogo Antiobesidad:

1. Limitar la producción y el consumo de alimentos con exceso de carbohidratos, grasas saturadas, sal y azúcares simples y de bebidas gaseosas, gravando con impuestos a los alimentos chatarra, *snacks* y similares.
2. Garantizar un mayor acceso y consumo preferencial de alimentos de calidad (carnes blancas, frutas, verduras, granos sin refinar, grasas insaturadas, leche y yogur), subsidiando el precio de estos alimentos.
3. Exigir una información nutricional suficiente en los rótulos que se colocan en los productos alimenticios y educar a la población para que ejercite su defensa como consumidor.
4. Impedir la propaganda por radio, televisión y otros medios, de alimentos y bebidas nocivos para la salud, especialmente la dirigida a los niños.
5. Procurar que durante las jornadas de trabajo se introduzcan recesos para actividad física.
6. Incentivar el uso de bicicleta para trasladarse de un lugar a otro.
7. Lograr que los medios de transporte colectivo dejen a sus pasajeros en sitios que obliguen a los trabajadores a caminar unas pocas cuadras hasta sus lugares de trabajo.
8. Garantizar mayor seguridad en las calles, plazas y parques.
9. Propugnar el uso de escaleras en lugar de ascensores.
10. Disponer que en las escuelas y colegios se organicen las actividades deportivas y gimnásticas como actividad cotidiana (no las dos horas actuales de educación física

semanal concentradas en un sólo día), concediéndoles una especial atención a los niños y adolescentes que acusan sobrepeso u obesidad, quienes en el actual sistema son, lamentablemente, relegados cuando no excluidos de los deportes y otras manifestaciones de actividad física.

El Ministerio de Salud Pública, las municipalidades, las universidades, el sector empresarial, los gremios profesionales, la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN), y otras asociaciones científicas así como los organismos internacionales—particularmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA)—, y la sociedad civil, habrán de cooperar en la lucha para prevenir la epidemia de obesidad con la ejecución de este Decálogo de Estrategias Anti-Obesidad (que desde luego no agota, ni mucho menos, otras iniciativas). Hay que reconocer que enunciar estas estrategias es fácil y que ejecutarlas no lo es tanto. Por ejemplo, para garantizar calidad de la alimentación se requiere de una política agraria que sea garantía de seguridad alimentaria para todas las personas; que se rehabilite el sector productivo e incentive la producción de alimentos autóctonos; que se reordene el mercado de alimentos; que se regulen los precios y establezcan precios mínimos; que se subsidien las frutas y verduras; y, que se grabe con impuestos elevados los alimentos y bebidas chatarra.

Asimismo, hay que considerar que el comer de manera saludable y realizar actividad física son comportamientos humanos que responden a

diversos factores y no solamente a motivaciones de salud y/o a disponer de información correcta. Entre tales factores se cuentan: la conveniencia, la recompensa inmediata, la disponibilidad de tiempo y el precio. Cuestiones que se aplican para el caso del consumo de comida chatarra que es barata, disponible en cada esquina, muy promocionada y elaborada para que sepa muy bien. Tratar de que no se consuma esa comida en un medio donde a cada paso se la encuentra, es lo mismo que tratar de evitar que un alcohólico no beba en un pueblo donde hay un bar en cada cuadra. Tampoco hay que olvidar que se necesita propiciar acciones permanentes para superar los condicionamientos y prejuicios de género que están sumamente arraigados en nuestra sociedad.

Al igual que las formas de alimentarse, los modos de vida sedentarios no son solamente una cuestión de elección personal. Estos estilos de vida se relacionan más bien con accesibilidad a espacios recreativos, oportunidad de practicar deportes y condiciones climáticas. ¿Cómo lograr que un adulto inactivo realice diariamente 30 minutos de actividad física moderada, o que un obeso que pretende bajar y controlar su peso realice actividad física entre moderada a intensa por 60 a 90 minutos diarios, si las calles y los parques son inseguros? Es evidente que los planificadores urbanos, ambientalistas, autoridades de tránsito y de deportes deben converger para crear mejores lugares para vivir. Municipios y otros gobiernos locales desempeñan una función clave para fomentar programas de salud pública relativos a la promoción de la actividad física, ya que sus planes incluyen el mejoramiento de los espacios públicos (parques, jardines) y les corresponde intervenir en cuestiones de transporte y seguridad.

Bibliografía:

Aguilar, Diana, Edelina Alarcón, Argentina Guerrón, Pablo López, Soledad Mejía y Linda Riofrio 2001 *El sobrepeso y la obesidad en escolares ecuatorianos de 8 años del área urbana*. Tesis de Grado. Maestría de Alimentación y Nutrición Universidad Central del Ecuador. (Director: Rodrigo Yépez).

Aguirre, Patricia 2000 “Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza” en Peña, Manuel *Obesidad en la pobreza* (Washington: OPS, Publicación científica No.576).

Baldeón, Manuel, Fernando Carrasco, Ricardo Checa, Joanna Granda, Gabriela Loza, Catherine Paredes y Julieta Robles 2006 “El sobrepeso y la obesidad en adolescentes ecuatorianos”. (Quito) SENACYT / FUNDACYT (Director: Rodrigo Yépez).

Barbeau, Paule “Correlates of Individual Differences in Body-Composition Changes Resulting From Physical Training in Obese Children” en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda, MD) No.69.

Caballero, Benjamín 1985 “Las enfermedades crónicas no transmisibles: su prevención en la adolescencia” en *La salud del adolescente y el joven en las Américas* (Washington DC: OPS, Publicación Científica No. 489).

Caicedo, Rocío, Marina Moreno, Edwin Naranjo y Mercedes Narváez 1995 *Estado nutricional y metabólico en escolares de Quito*. Tesis de grado, Maestría de Alimentación y Nutrición, Universidad Central del Ecuador. (Director: Rodrigo Yépez).

De la Vega, Amparo 1996 “Prevalencia de obesidad en población infanto- juvenil” en *Endocrinología Bolivariana* (Quito) No.5.

Dietz, William 1994 “Critical Periods in Childhood for the Development of Obesity” en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda, MD) No.59.

Fung, Teresa 2001 “Association Between Dietary Patterns and Plasma Biomarkers of Obesity and Cardiovascular Disease Risk” en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda, MD) No.73.

Garcés, Gustavo 1992 “Prevalencia de alteraciones metabólicas y de peso en población sana” en *Endocrinología Ecuatoriana* (Quito) No.1.

Grijalva, Yolanda 1996 “Nutrición y adolescencia” en Lopez-Jaramillo, Patricio *Impacto de los problemas nutricionales en la salud pública. Memorias de un curso* (Santo Domingo de los Colorados: Ed. Voluntad).

Guffanti, Guadalupe 2000 “Dislipidemia en trabajadores de la salud” en *Endocrinología Ecuatoriana* (Quito) No.1.

Gutiérrez-Fisac, Juan Luis 1999 “La obesidad infantil: un problema de salud y medición” en *Nutrición y Obesidad* (México) No.2.

Guttin, Bernard 1999 “Plasma Leptin Concentrations in Obese Children” en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda, MD) No.69.

Guo, Shumei 1994 “The Predictive Value of Childhood Body Mass Index Values for Overweight at Age 35 Years” en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda, MD) No.69.

Harnack, Lisa 1999 “Soft Drink Consumption Among US Children and Adolescents: Nutritional Consequences” en *The American Dietetic Association* (Orlando) 1999.

Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) 2005 “Obesidad desde la infancia” en http://www.intac/revista/detalle.asp?codigo_revista=2&id=.

International Diabetes Federation (IDF) 2004 *Diabetes and Obesity: Time to Act* (Brussels: IDF).

Jacoby, Enrique 2004a “A Call to Action” en *Food and Nutrition Bulletin* (Boston) No.25.

Jacoby, Enrique 2004b “Prevención de ENT de origen nutricional: control vertical o estrategia integrada”. Memorias del Congreso de la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN). Quito, 2004. CD-ROM.

- Kucsmarski, Robert y Katherine Flegal 2000 "Criteria for Definition of Overweight in Transition: Background and Recommendations for the United States" en *The American Journal of Clinical Nutrition* (Bethesda) No.72.
- Moreno, Bernardo 1997 *Obesidad, presente y futuro* (Madrid: Ed. Roche).
- Moreno, Marina 1999 "Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población urbana de Quito versus población rural". Memorias del V Congreso Ecuatoriano de Endocrinología. Quito, Sociedad Bolivariana de Endocrinología, 1999.
- Naranjo, Plutarco 1986 *Desnutrición: problemas y soluciones* (Quito: MSP).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2003 *Régimen alimentario, nutrición y actividad física* (Washington DC: OPS).
- Pacheco, Víctor y Miguel Pasquel 2000 "Obesidad en Ecuador: una aproximación a los estudios de prevalencia" en *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (Quito) No.26.
- Pacheco, Víctor 1988 "Prevalencia de obesidad en dos comunidades campesinas andinas de Ecuador". Memorias del VII Congreso Bolivariano de Endocrinología. Quito.
- Peña, Manuel y Jorge Bacallao 2000 *Obesidad en la pobreza* (Washington DC: OPS, Publicación Científica No. 576).
- Perusse, Louis 1999 "The Human Obesity Gene Map: the 1998 Update" en *Obesity Research* (New York) No. 29
- Pratt, Michel, Enrique Jacoby y Andrea Neiman 2003 "Promoting Physical Activity in the Americas" en *Food and Nutrition Bulletin* (Boston) No.25.
- Saltus, Richard 2005 "*Panic in the Endoplasmic Reticulum*" en *Harvard Public Health Review* (Boston) Winter 2005.
- Salud y Sociedad. Bibliografía* 2000 (Quito: Instituto Juan Cesar / Fundación Internacional de Ciencia Sociales y Salud).
- Willet, Walter 1998 "Is Dietary Fat a Major Determinant of Body Fat?" en *The American Journal Clinical Nutrition* (Bethesda) No.67.
- World Health Organization (WHO) 2003 *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases* (Geneve: WHO, Technical Report Series No 916).
- Uauy, Ricardo y Carlos Monteiro 2004 "The Challenge of Improving Food and Nutrition in Latin America" en *Food and Nutrition Bulletin* (Boston) No.25.
- Yépez, Rodrigo 1995 *Dieta y salud: las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en el Ecuador* (Quito: Ed. Facultad de Ciencias Médicas).
- Yépez, Rodrigo 2003 "Seguridad alimentaria y consumo de alimentos" en Varios Autores 2003 *Hacia la institucionalización de la seguridad alimentaria en el Ecuador* (Quito: FAO/ PESAE).
- Yépez, Rodrigo 2004 *Bioquímica médica* (Quito: Ed. Arco Iris).
- Yépez, Rodrigo, Pablo López e Imelda Villota 2004 "Los alimentos autóctonos en el Ecuador, base de la seguridad alimentaria". Foro "La Biodiversidad al servicio de la Seguridad Alimentaria". (Quito) FAO, 2004.

VIH / sida

Alberto Narváez Olalla^{1*}
Eulalia Narváez Grijalva^{2*}

Introducción

En 1984 se registró en el Ecuador el primer caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). En 1987 se notificó el primer caso pediátrico (niño entre 10 a 14 años de edad), sin que se haya podido identificar la fuente de infección. Desde entonces, el total de casos de personas adultas infectadas por VIH, más los casos de sida notificados por el Programa de Prevención y Control del VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta diciembre del 2005, llegan a un total de 7.769 personas (de las cuales 4.306 tienen VIH y 3.463 son casos de sida). Durante el 2005 se notificaron 42 nuevos casos de VIH y 25 casos de sida en niños menores de 15 años. En estas dos décadas han fallecido un total de 1.761 personas.

En el país existe un alto porcentaje de sub-diagnóstico (52%) y de subregistro (no estimado) debido a varios motivos, entre los que podemos mencionar el limitado acceso a los centros de diagnóstico y la falta de equipamiento y de un sistema de control de calidad en la red de laboratorios del MSP. Se puede mencionar también la dificultad de establecer datos concretos sobre incidencia y prevalencia por el desconocimiento del tamaño de los subgrupos poblacionales específicos, como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el de las trabajadoras sexuales (Varios Autores, 2003). Por esta razón, la información para realizar un análisis de la tendencia de la epidemia de sida en

el país, se la obtiene a través de la notificación de casos nuevos de sida reportados al Programa del MSP. Una fuente secundaria la constituyen los estudios ecológicos o los resultados de tamizaje regular a grupos específicos que sirven para medir la seroprevalencia¹. Estos estudios han sido realizados por el Programa Nacional o por organizaciones no gubernamentales (ONG). La población objeto de estos estudios han sido aquellos grupos considerados altamente vulnerables frente a la infección de VIH como son los HSH, las trabajadoras sexuales y las embarazadas. En los últimos años se cuenta con resultados de tamizaje regular realizados en mujeres embarazadas de los principales hospitales gineco-obstétricos de Quito y Guayaquil.

El objetivo de este artículo es profundizar en el conocimiento de las características de la epidemia que permitan mejorar y priorizar las estrategias de prevención a las poblaciones expuestas a mayor riesgo, así como orientar los recursos asistenciales y de apoyo requerido por las personas que viven con el virus (PVV).

Consideraciones metodológicas

En este trabajo se recoge información de fuentes secundarias. Se utilizan cinco fuentes de información: 1) la notificación de casos y defunciones por VIH y sida del año 2005, que se recoge a través de las fichas de investigación epidemiológica; 2) estudios de corte transversal de prevalencia; 3) resultados de tamizaje regular

1*. Ex director, Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS Ministerio de Salud Pública.

2*. Experta nacional, Subproceso de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud Pública.

1. Personas VIH positivas diagnosticadas en sangre o suero sanguíneo en un momento determinado.

de embarazadas; 4) un estudio ecológico realizado por Fundación Equidad sobre el perfil epidemiológico de la infección por el VIH en hombres gay y otros HSH en el Ecuador durante el año 2001; y, 5) la encuesta ENDEMAIN 2004 realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR).

Los estudios sobre seroprevalencia de grupos vulnerables se realizaron con muestras pequeñas, por lo que se han calculado los intervalos con un nivel de confianza del 95%, lo que permite tener una idea de la variabilidad de la proporción que se puede encontrar en estos grupos.

Resultados

El total de casos de personas infectadas con VIH, más los casos de sida notificados por el MSP desde 1984 hasta diciembre del 2005, llegan a un total de 7.769 personas, de las cuales 1.761 han fallecido en el transcurso de estos años.

Desde 1984, cuando se notificó el primer caso de sida en el Ecuador, hasta la actualidad, el número se ha incrementado significativamente.

Durante el año 2004, el subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa de VIH/sida e ITS del MSP, notificó 1.108 casos nuevos de personas que viven con el VIH (PVS), de las cuales 627 corresponden a personas con VIH y 481 presentan sida. En este mismo año fallecieron 178 personas. En el año 2005, se notificaron 1.069 personas infectadas por VIH y 470 casos de sida, y 103 personas fallecidas. De los casos notificados en el 2005, 42 casos de VIH y 25 casos de sida corresponden a niños menores de 15 años.

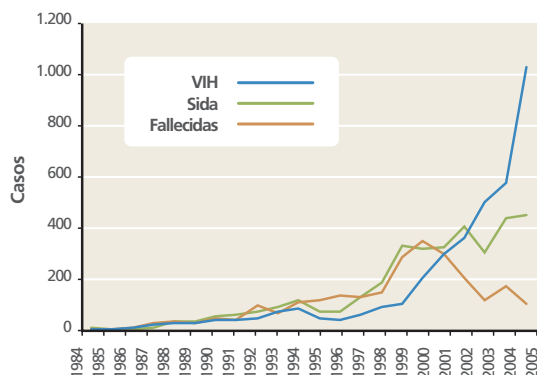
Del total de enfermos con sida mayores de 14 años en el año 2005, el mayor porcentaje son hombres (67,9%), y la razón hombre-mujer fue de 2,1 (relación que mantiene una tendencia a disminuir con respecto a la de años anteriores). Esto último significa que el riesgo ha aumentado para el grupo de mujeres y que la transmisión es mayoritariamente heterosexual. Se debe tomar en cuenta, en algunos casos, la falsa identidad sexual declarada (como por ejemplo heterosexuales que son bisexuales) y los contactos ocasionales de hombres que tienen sexo con hombres, sin considerarse por ello homosexuales (Varios Autores, 2003).

Distribución de casos de sida por grupos de edad

En el año 2005, el grupo de edad de mayores de 15 años con tasas de notificación más alta de sida fue el de 30 a 34 años de edad (8,9 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 35 a 39 años y de 25 a 29 años, con tasas de 8,8 y 8,1 respectivamente. Estos grupos corresponden a la población económicamente activa, por lo que las repercusiones económicas familiares y en el desarrollo del país son importantes. En el gráfico 2, se observa que la epidemia de sida no se presenta solo en grupos de jóvenes y adultos, sino que también se ha extendido a los grupos mayores de 60 años.

Gráfico 1

Número de personas infectadas por VIH, casos de sida y defunciones por año Ecuador (1984-2005)



Fuente y elaboración: Programa Nacional VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)

En cuanto a los casos pediátricos de sida, en el año 2005 no se notificaron niños menores de un año. En este grupo, el diagnóstico se lo realiza por medio de carga viral, pudiendo existir un subregistro cuando se tiene que esperar a que el niño cumpla los 18 meses para realizarle una prueba convencional (*western blot*). El mayor número de niños afectados por sida tiene entre 1 y 4 años de edad (88%), mientras que en el grupo de 5 a 14 años el número es menor dado que a esta edad ocurren la mayoría de los fallecimientos.

La mortalidad infantil por sida en Guayas es la más alta del país. Esto se explica porque en esa provincia se cuenta con el más importante centro de referencia, y es allí donde se tratan los casos en los que no se pudo hacer una adecuada profilaxis de la transmisión vertical (transmisión de madre a hijo durante el embarazo, parto o puerperio).

Distribución geográfica y por ocupación

Con respecto a la tasa de notificación del sida por provincia durante el 2005, la más alta corresponde al Guayas con 6,6 (por 100.000

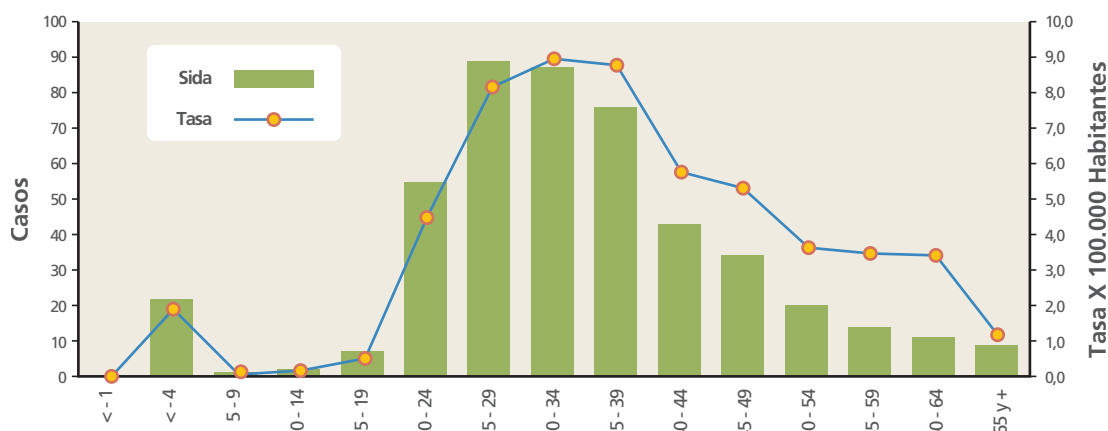
habitantes). Le sigue Manabí, con una tasa que corresponde a 5,2. Luego se ubican Sucumbíos y Pichincha (3,9); Cañar (3,2), El Oro (2,6) y Tungurahua (2,3).

Con respecto a la ocupación de las personas con VIH y sida, los obreros y el grupo de desocupados son los que presentan el mayor número de casos con el 26 y 19% respectivamente. Entre el grupo de mujeres con sida e infectadas por VIH, las amas de casa son las más afectadas con el 66,4%, seguidas por el grupo de trabajadoras sexuales con el 11,2%. Al analizar los casos de VIH /sida por ocupación, es importante tomar en cuenta que el 5% de la población general afectada son profesionales, porcentaje alto considerando el bajo número de profesionales en el país. En consecuencia, es en este estrato social donde se debería tener mayor prevención y conciencia sobre el tema.

La infección por el VIH es uno de los mayores factores de riesgo para la reactivación de la tuberculosis latente y para una rápida progresión de una infección reciente de tuberculosis a una enfermedad activa. La tuberculosis (TB) incrementa la replicación del VIH y ahora es

Gráfico 2

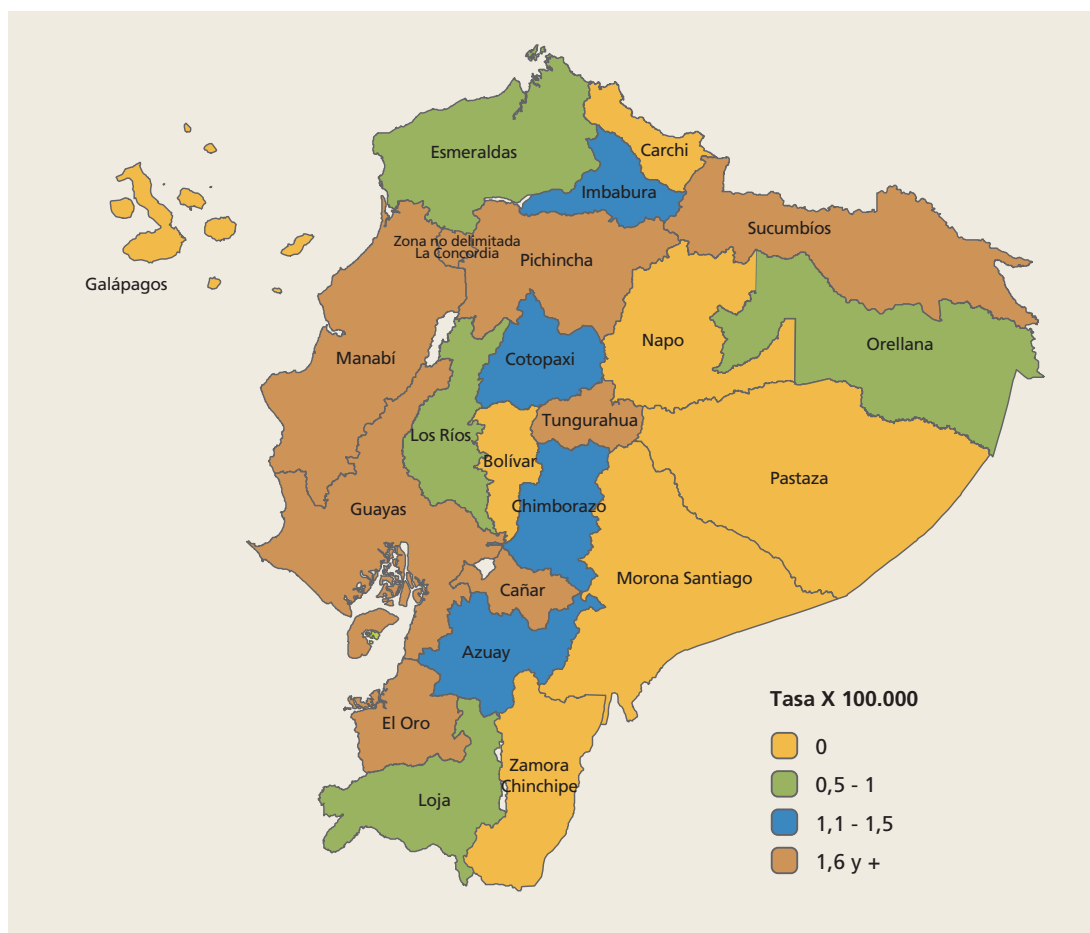
Casos y tasas de sida notificados por edad. Ecuador (2005)



Fuente y elaboración: Programa Nacional VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)

Mapa 1

Tasa de notificación de sida por provincia. Ecuador (2005)



Fuente: Programa Nacional de VIH-SIDA-ITS / MSP (2005)
Elaboración: Los autores

la mayor causa de muerte entre los pacientes infectados con VIH en países en vías de desarrollo (WHO, 2005). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la tuberculosis es la responsable de la muerte de una de cada tres personas que viven con sida en el mundo entero. En el caso ecuatoriano, esta tendencia también se aplica, a pesar de que la coinfección VIH/TB no es muy conocida. En

efecto, de las 736 personas con sida reportadas en el Ecuador (2003-2004), 226 (30,70%) tuvieron TB en algún punto durante el curso de su enfermedad. Durante el 2003 y el 2004, 76,47% de los pacientes sida-TB pertenecían a la provincia del Guayas, seguido por Pichincha con 8,02%. Aquellos pacientes sida-TB fueron predominantemente hombres (73%) y trabajadores/obreros (62%) (MSP, 2006: 56).

Infección de VIH en embarazadas por tamizaje regular

Desde el año 2002, se vienen realizando pruebas de tamizaje voluntarias a las mujeres embarazadas, aunque todavía debe mejorar el registro de mujeres VIH positivas y el momento de la detección (preparto, parto, posparto).

Como referencia nacional, durante el año 2003 en el Hospital Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, se realizaron 421 pruebas de VIH a embarazadas que presentaban factores de riesgo. De entre ellas, se confirmaron un total de 4 personas (0,95%) infectadas. En el año 2004, se hicieron 2.290 pruebas a mujeres embarazadas de las cuales se confirmaron 7 casos, lo que corresponde a una prevalencia de VIH de 0,30%.

Por su parte, profesionales de Médicos Sin Fronteras, realizaron tamizaje a 10.885 embarazadas durante más de un año: desde junio del 2004 a septiembre del 2005. Del total de mujeres sometidas a la prueba, 115 salieron reactivas a tamizajes con dos pruebas (no se cuenta con los datos de la prueba confirmatoria en todos los casos). Este estudio se lo realizó en tres centros hospitalarios: Hospital Guayaquil, Maternidad del Guasmo y Maternidad Marianita de Jesús. Se estima que el valor predictivo positivo (probabilidad de ser una verdadera positiva) con dos pruebas es de 99,8%. De haberse confirmado todas las pruebas como positivas, la prevalencia estimada sería de 1,05%. La procedencia de las pacientes atendidas es mayoritariamente de Guayaquil, y le siguen mujeres del resto de la provincia del Guayas, de Manabí y de Los Ríos.

De igual manera, en el año 2002 en la Maternidad Enrique Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, se realizó un estudio durante tres meses en un total de 2.364 embarazadas. De

este grupo de mujeres, fueron positivas por *western blot* 16 casos, lo que corresponde a una prevalencia de 0,67%.

Prevalencia de VIH en grupos específicos

A continuación se presenta un cuadro donde constan los estudios realizados durante el año 2001 sobre los grupos vulnerables que habitan en las ciudades con mayores grupos de población vulnerable del país (Varios Autores, 2003).

Es importante mencionar que la prevalencia encontrada para VIH entre los donadores voluntarios de sangre alcanzó en el año 2001 el 0,26%. El porcentaje de seropositividad para VIH entre donantes de sangre, es mayor en la provincia del Guayas (Varios Autores, 2003).

En la última Encuesta Demográfica de Salud MaternoInfantil(ENDEMAIN) correspondiente al año 2004 y realizada en el Ecuador por el Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR, 2004), se establecieron algunas preguntas a mujeres en edad fértil con respecto a sus conocimientos sobre VIH/sida. Los resultados fueron los siguientes. Para empezar, el 62,5% de las mujeres encuestadas conoce sobre VIH/sida. Este conocimiento es más alto en las zonas urbanas (73%), y por regiones, en la costa (71%) y la región insular (73%). Tales conocimientos están relacionados directamente con el nivel de instrucción de la mujer, ascendiendo del 26% entre las mujeres sin educación formal al 82% entre las mujeres con instrucción superior. Asimismo, la diferencia es bastante grande entre mujeres indígenas (24%) y mestizas (66%).

Se averiguó también sobre la letalidad del sida, preguntando si existe curación. El 11% de las mujeres entrevistadas consideraron que el sida sí tiene cura. El 66% de las mujeres encuestadas han oído hablar de la prueba o examen. Este

Cuadro 1

Prevalencia de VIH en grupos específicos (2003)

Lugar	Tipo de población	Muestra	%	(IC 95%) ¹	Fuentes de información
Quito	Embarazadas	300	0%	0	PNS-INH-MSP
	Jóvenes de 18-20 años	100	0	0	PNS-INH-MSP
		87	0	0	PNS-INH-MSP
	Personas con ITS	200	0,5%	(0,0 – 2,8)	NMRC. F. Esperanza
	Trabajadoras sexuales	209	16,7%	(12 – 22,5)	Servicios Comunitarios Vozandes. NMRC, F. Equidad
Guayaquil	Trabajadoras sexuales	179	1,7	(0,34 – 4,8)	NMRC, F. Esperanza
	Embarazadas	1.500	0,3*	(0,10 – 0,77)	PNS-INH-MSP
	HSB	94	23,4	(15,3 – 33,3)	Servicio Comunitarios Vozandes, NMRC, F. Equidad
Portoviejo	HSB	100	4,0	(1,1 - 9,9)	Servicio Comunitarios Vozandes, NMRC, F. Equidad
Esmeraldas	Trabajadoras sexuales	263	1,1	(0,24 – 3,3)	CLEPS

1. Intervalos de Confianza al 95% de confiabilidad

*Datos preliminares

Fuente: Programa Nacional de de VIH-SIDA-ITS / MSP(2005) y Perfil Epidemiológico de la Infección por el VIH en hombres Gay y otros HSB en el Ecuador Fundación Equidad (2003)

conocimiento es más alto en las áreas urbanas del país, y por regiones, en la insular y la costa. Asimismo, es mayor entre las mujeres mestizas que entre las indígenas. Los conocimientos

adecuados se incrementan en relación directa con el nivel de instrucción de la mujer.

Del total de mujeres que conocen la enfermedad,

el 13,6% señaló haberse realizado la prueba o examen de VIH. El porcentaje de mujeres que se ha realizado la prueba de VIH en el área urbana llega al 17,2%, a diferencia del 6,7% de mujeres en el área rural. Este dato varía del 4% en mujeres con instrucción primaria, al 31,7% entre mujeres con instrucción superior (universitarias), y es de 3,7% y 14% entre mujeres indígenas y mestizas respectivamente.

Con respecto a las tres formas de prevención del VIH/sida propuestas por el Programa de las Agencias de Naciones Unidas de Lucha Contra el sida (ONUSida) –abstinencia sexual, fidelidad y uso de condones durante las relaciones sexuales–, de acuerdo a la encuesta ENDEMAIN 2004, sólo el 8% de las mujeres conocen las tres formas en conjunto. El menor conocimiento se encuentra entre las mujeres de las zonas rurales, de 15 a 19 años de edad, de bajo nivel de instrucción y entre las mujeres indígenas. Entre las formas de prevención del VIH/sida, la más conocida individualmente es el uso de condón con el 47%, seguida por la monogamia o fidelidad con el 29% y la abstinencia sexual con el 16%.

Con respecto al uso del condón como método anticonceptivo entre mujeres casadas o bajo unión libre, se estableció que sólo lo utilizan el 4,3% de ellas. Su uso es más frecuente en las áreas urbanas (5,6%) que en las rurales (2,5%), y mayor entre las mujeres de 25 a 35 años de edad (5,9%) que en los otros grupos. De igual manera, existen diferencias de acuerdo al nivel de escolaridad, variando de 0,1% en las mujeres sin instrucción, a 9,5% en mujeres con educación superior.

Para el 2006, se ha iniciado la convocatoria para la realización de los estudios de línea basal de prevalencia en grupos vulnerables y mujeres embarazadas, como parte de los objetivos del Proyecto del Fondo Global.

Mortalidad por sida

En el año 2002 en el grupo de 15 a 49 años, entre las diez primeras causas de mortalidad se encuentra el sida. Se trata, entonces, de un problema de salud que crece aceleradamente en el país. La razón de muerte por sida es 4,4 veces mayor entre los hombres que entre las mujeres.

De acuerdo con los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2004, 2005), en los años 2003 y 2004 se reportaron 422 casos y 495 fallecimientos por sida. Por su parte, el Programa Nacional notificó 111 defunciones en el año 2003 y en el 2004, 168. El contraste de estos datos hace concluir que existe un importante subregistro de defunciones. De los fallecidos en el 2004, el 81,6 % corresponde a hombres, y por edad, el grupo más afectado fue el de 30 a 49 años con el 55,8%, seguido por el de 25 a 29 años con el 18,8%.

Conclusiones

El sida tiene una tendencia de notificación geométrica de crecimiento. En la costa ecuatoriana, y particularmente en la provincia del Guayas, este síndrome está pasando de ser una epidemia concentrada a ser una epidemia dispersa.

El aumento de la relación mujer-hombre, y del número de mujeres amas de casa, sugiere que la epidemia está migrando de grupos de HSH a población heterosexual.

En el Ecuador, de 1994 al 2003 los esfuerzos para controlar la velocidad de la progresión de la epidemia han sido pequeños y existe un atraso de 8 a 10 años en la aplicación de medidas preventivas y curativas. Desde el año 2004, el Programa de Prevención y Control de VIH/sida e ITS del MSP con fondos gubernamentales y de Fondo Global, en alianza con UNUSida,

organizaciones de la sociedad civil y de personas que viven con VIH/sida, están ejecutando un proyecto de gran envergadura que pretende frenar la velocidad de la progresión de la epidemia.

De acuerdo con la información disponible, desde esta iniciativa conjunta se han definido las siguientes estrategias importantes de acción:

- 1) Impulsar la prevención en grupos vulnerables, de gran movilidad y con conductas de riesgo como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de libertad, policías, militares y adolescentes no escolarizados.
- 2) Introducir en el currículo de los establecimientos de educación media, educación sobre prevención de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual. Sensibilizar y capacitar a maestros y estudiantes en la prevención de VIH/sida.
- 3) Ofrecer a toda mujer embarazada consejería y prueba voluntaria para evitar la transmisión madre-hijo. Ofrecer consejería y prueba voluntaria a personas que consultan por tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y a toda persona que solicite prueba voluntaria.
- 4) Tratar con medicamentos antiretrovirales a todas las personas que lo necesiten.
- 5) Involucrar a los municipios y empresarios en la lucha contra el sida.
- 6) Superar la falta de información completa para poder caracterizar la epidemia y predecir el curso de la misma. Para el efecto, el Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS del MSP ha implementado a partir de enero del 2006 el nuevo sistema de vigilancia y monitoreo, así como una investigación de línea de base que cubre las conductas de los grupos vulnerables y estima la prevalencia de la infección por VIH. Estos estudios deben realizarse con una periodicidad de, por lo menos, dos años.
- 7) Incrementar el tratamiento con antiretrovirales. A partir del año 2002, el Programa Nacional consiguió el acceso a medicamentos antiretrovirales para el tratamiento a personas diagnosticadas con sida. Es así que, hasta julio del 2005, un total de 1.145 personas accedieron a tratamiento en hospitales del MSP, de las cuales 156 eran niños atendidos en los hospitales pediátricos de Quito y Guayaquil. El criterio para iniciar el tratamiento es una prueba de $CD\ 4 < 200\text{ cel/mm}^3$ (células de linfocitos T por milímetro cúbico de sangre), y una carga viral mayor de 100.000 copias. De las personas bajo tratamiento, 797 estaban localizadas en la ciudad de Guayaquil, 283 en Quito y 65 en Cuenca. Para el año 2006 se preveía alcanzar una cobertura de 2.500 personas.

En la actualidad la prioridad para el MSP es el tamizaje a embarazadas, no solo para prevenir la transmisión vertical sino también para identificar a bisexuales o a población puente entre HSH y TS en población con conductas bajas de riesgo como las embarazadas.

Bibliografía:

CEPAR 2005 *Informe preliminar de la encuesta ENDEMAIN 2004* (Quito: CEPAR).

INEC 2003 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2002* (Quito: INEC).

INEC 2004 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2003* (Quito: INEC).

INEC 2005 *Encuesta anual de nacimientos y defunciones 2003* (Quito: INEC).

Ministerio de Salud Pública (MSP), Subproceso de Epidemiológica, Área de Vigilancia Epidemiológica 2006 *Situación de Salud del Ecuador* (Quito: MSP).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Anuario de notificación de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica* (Quito: MSP).

Varios Autores 2003 *Perfil epidemiológico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en el Ecuador* (Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad, ASICAL, Corporación Kimirina, USAID).

World Health Organization (WHO) 2005 *Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing* (Geneva: WHO).

La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/sida

Amyra Herdoiza*

Desde 1999, la corporación KIMIRINA busca crear puentes y enlaces de comunicación entre diversos actores, facilitando procesos de concertación y toma de decisiones en el marco de las diferencias y la diversidad. Su propuesta es la de movilizar a la sociedad ecuatoriana con el objetivo de reducir el impacto del VIH/sida en la vida de las personas.

Específicamente, la corporación KIMIRINA apoya a organizaciones que trabajan en VIH/sida, con el afán de que la población clave (personas heterosexuales, homosexuales, lesbianas, trabajadoras sexuales, travestis y gays), asuman su responsabilidad para evitar el aumento del índice de contagio de la mortal enfermedad.

Pese a los esfuerzos realizados a nivel nacional y mundial para concienciar a la población sobre las terribles consecuencias del aumento de la enfermedad, hay grandes sectores poblacionales que, aún sin tener epidemias generalizadas, no han logrado detener el avance del VIH/sida. Por ello, es fundamental que se realicen inversiones enfocadas en la prevención en países vulnerables para evitar, precisamente, que esta enfermedad se convierta en una epidemia generalizada.

De hecho, una de las estrategias de la corporación KIMIRINA es trabajar con un enfoque de asociación a nivel nacional e internacional, para definir políticas públicas que permitan a los diversos actores políticos – sobre todo los

tomadores de decisiones en el área legislativa, de la salud y la educación– coordinar sus acciones y así enfrentar de manera efectiva el problema en el país. El trabajo con poblaciones clave, como se dijo, es también una línea de acción estratégica de la Corporación, ya que quienes son portadores del virus son los más responsables de evitar la transmisión a otras personas.

A pesar de que actualmente el tema ya está posicionado a nivel público, cabe destinar esfuerzos hacia la coordinación y apoyo entre las diversas organizaciones que trabajan por la reducción del impacto del VIH/sida. Particularmente, es urgente que las diversas instancias de gobierno, especialmente los municipios y gobiernos locales, asuman también la responsabilidad de promover la disminución del VIH/sida en sus respectivos territorios. El conocimiento más cercano de su realidad y la participación comunitaria, son ejes que deben ser parte de las estrategias de los gobiernos locales para lograr espacios de concertación orientados a detener a la enfermedad del siglo que, sin duda, nos acecha permanentemente.

Nadie está libre de ser infectado por el VIH/sida si no toma las precauciones debidas. La información y comunicación juegan un rol fundamental para generar una conciencia generalizada sobre la cercanía, extendida a todas las personas, de esta enfermedad.

* Directora, Corporación KIMIRINA

Tuberculosis

Miriam Benavides*

Introducción

Desde el punto de vista epidemiológico, la tuberculosis constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Ecuador. La identificación, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, han atravesado por algunas transformaciones durante las últimas décadas. En este artículo procuro hacer una breve reseña de estos cambios, haciendo énfasis en los primeros años del nuevo milenio. Para realizar esta descripción, utilizo información obtenida del Ministerio de Salud Pública (MSP), de la Asociación Canadiense del Pulmón (ACP), de la relatoría histórica de profesionales con mucha experiencia en el manejo de la tuberculosis en el Ecuador, y, fundamentalmente, del sistema de registro e información del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT).

Existen antecedentes importantes en el modo de comprender y encarar a la tuberculosis que datan de décadas anteriores a 1980. El 16 de septiembre de 1940 se creó en el país la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA). Esta institución construyó 10 hospitales, denominados entonces sanatorios, para el tratamiento de los pacientes tuberculosos. En 1946 se inauguraron 26 dispensarios distribuidos a nivel de todo el país. Marcando un fin de ciclo, en el año de 1973, por efecto de nuevas políticas gubernamentales, la LEA pasó a formar parte del MSP. A partir de entonces, desaparecieron los sanatorios especializados en el tratamiento de la tuberculosis para ser incorporados al MSP como

hospitales generales. Durante el periodo de tiempo señalado, en el Ecuador se aplicaban siete esquemas de tratamiento para la tuberculosis. De entre éstos, seis eran financiados por el MSP y el uno restante era autofinanciado por cada paciente. Esto remarca el papel central que cumplía el Estado en el tratamiento de la tuberculosis.

El impacto actual de la tuberculosis en el Ecuador

Ingresando ya en el periodo correspondiente al último cuarto de siglo, desde 1983 el MSP implementa el esquema sugerido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Sólo hacia el 2002, este esquema fue modificado. Como cristalización de este cambio, el Programa de Control de Tuberculosis, adscrito a la OPS/OMS, publica el “Manual de normas técnicas, métodos y procedimientos para el control de la tuberculosis”. En este documento se norma el tratamiento de la tuberculosis en el país, estableciéndose dos esquemas. El esquema uno está indicado para todos los casos nuevos, específicamente casos nuevos con tuberculosis pulmonar BK+, con tuberculosis pulmonar BK-, con tuberculosis extrapulmonar, o con tuberculosis e infección por VIH. El tratamiento dura seis meses aproximadamente, durante los que se administra, dosificadamente, isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Por otro lado, el esquema dos está recomendado para tratar todos los casos

* Enfermera nacional, Programa de Control de Tuberculosis – Ministerio de Salud Pública (MSP)

pulmonares o extrapulmonares antes señalados, en los que se haya confirmado baciloscopia (cultivo o histopatología), correspondientes a recaídas, abandonos recuperados, o a fracasos del esquema uno de tratamiento. El esquema dos dura aproximadamente ocho meses, durante los que se administra, dosificadamente, isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomycin. Este es un esquema de tratamiento más complicado que el primero y tiene una menor tasa de éxito. Por lo demás, la mejor oportunidad para tener éxito en el tratamiento de un caso de tuberculosis es tratarlo bien desde el principio.

Resulta muy difícil caracterizar la incidencia de la tuberculosis en el país durante los últimos años. Esto se explica por la inexistencia de un sistema de información único en el país. Tal déficit, a su vez, expresa los problemas operacionales que se dieron en el funcionamiento del PCT. La estrategia de Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS por sus siglas en inglés de *Directly Observed Treatment Shortcourse*, que fuera diseñada por la OMS para el control eficaz de la tuberculosis en el mundo) aplicada en este programa durante el periodo en cuestión, cubre de manera total únicamente a las tres provincias con mayor número poblacional (Pichincha, Guayas y Azuay). Junto a esto, el programa se implementa progresivamente en otras tres provincias: El Oro, Manabí y Tungurahua. Esta limitación no permite realizar un manejo estandarizado y veraz de los indicadores operacionales y epidemiológicos de la tuberculosis a nivel nacional. Es sólo a partir del año 2001, con la implementación de un nuevo sistema de información, que se puede observar que la incidencia de esta enfermedad desde entonces hasta la actualidad no presenta mayor variación. La tasa promedio en los últimos años es de 40 por 100.000 habitantes en todas las formas y la incidencia de TBPBK+ (tuberculosis

pulmonar con baciloscopia positiva) ha tenido una tasa fluctuante de 35,6 a 33,33 por 100.000 habitantes (ver el gráfico 1).

Para el año 2004, el número total de casos nuevos de tuberculosis, en todas sus formas, fue de 5.557, con una tasa de 41,6 por 100.000 habitantes. En cuanto a los casos nuevos de TBPBK+, se reportaron 4.340, con una tasa de 32,5 por 100.000 habitantes; de entre éstos, el 49% fueron notificados en la provincia del Guayas y el 12% en la provincia de Pichincha. Esta tendencia establece la alta prioridad que tienen las dos provincias en mención para el control de la tuberculosis.

En comparación al resto de América Latina, la población ecuatoriana ha sufrido mayores estragos a causa de la tuberculosis. La severidad de este impacto ha sido determinada por la conjunción de tasas elevadas de la enfermedad con limitaciones operacionales para su control. La OPS/OMS califica al Ecuador como uno de los países latinoamericanos con mayores problemas tanto en la operatividad del PCT como en la epidemiología de la enfermedad. De hecho, Ecuador está ubicado entre los diez países con mayor carga de tuberculosis. En su conjunto, estos países (Brasil, Bolivia, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras, México, Perú, República Dominicana y Nicaragua) cargan con el 75% del total de casos reportados en el año 2002 en la región. En sintonía con esta tendencia, la OMS, en su reporte del año 2003 sobre la tuberculosis en el mundo, ubica al Ecuador en la categoría 3 (fase de expansión) respecto a la implementación de la estrategia DOTS. Lo anotado líneas atrás sobre la evolución histórica del PCT en el país, explicaría esta situación operacional y epidemiológica de la tuberculosis.

Para revertir esta situación, el gobierno del Ecuador decidió priorizar el problema de la

tuberculosis desde el año 2001, brindando apoyo político, técnico y administrativo al PCT. El propósito de este apoyo fue el de fortalecer el programa con personal técnico para el sostenimiento y expansión de la estrategia DOTS en el país. Simultáneamente, con la cooperación técnica y financiera del gobierno de Canadá por intermedio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y la Asociación Canadiense del Pulmón (ACP), se ejecutó el “Proyecto de fortalecimiento del programa nacional de prevención y control de la TB de Ecuador”. Dicho convenio de fortalecimiento tuvo su culminación en marzo del 2006. Entre sus logros, a noviembre del 2004 las unidades operativas del MSP alcanzaron una cobertura de 48,8% a nivel nacional. En las unidades operativas con estrategia DOTS, se cuenta con personal motivado, y se dispone de medicamentos para tratamientos completos para cada paciente diagnosticado, con un *stock* de reserva para tres meses, y con material de laboratorio (incluyendo envases para esputo e instrumentos de registro).

Aportes metodológicos del Programa de Control de Tuberculosis

El sistema de registro e información del PCT constituye una base de datos de enorme valor. Los principales instrumentos de este sistema de información son los siguientes:

Libro de registro de sintomáticos respiratorios. Solicitud para examen bacteriológico. Libro de registro diario de laboratorio de tuberculosis. Libro de registro de casos de tuberculosis. Tarjetas de control y administración de tratamiento. Informe trimestral de casos de tuberculosis. Estudios de cohortes. Concentrado mensual y anual del libro de registro diario de laboratorio de tuberculosis. Informe de control de calidad de la baciloscopía.

Todos estos instrumentos de registro proporcionan información sobre las siguientes actividades:

Detección y diagnóstico de casos en los que se informa sobre las actividades relacionadas con el estudio de sintomáticos respiratorios en los servicios de salud y en el laboratorio (baciloscopías). Evaluación desde el ingreso de un paciente con tuberculosis al PCT hasta su egreso del programa. Registro de cada muestra para diagnóstico y control del sintomático respiratorio o del paciente con tuberculosis. Registro y recolección en un sólo formato de toda la información necesaria para el seguimiento y observación del tratamiento, dado que el tratamiento es directamente observado y se debe registrar esta actividad. Recolección en un sólo formato de la mayor parte de la información requerida para el manejo adecuado del PCT. Información de la concentración del número de baciloscopías procesadas. Información técnica del control de calidad de las láminas de baciloscopías. Finalmente, con el método científico aceptado por OPS/OMS/UICTER, el formato de estudio de cohorte –un instrumento idóneo para el procesamiento de datos– permite evaluar el tratamiento antituberculoso encontrando indicadores de eficiencia y eficacia, ayudando a desarrollar instrumentos para el análisis y la toma de decisiones en todos los niveles.

Desde el año 2001, el Programa de Control de Tuberculosis viene implementando la estrategia DOTS con entusiasmo, creatividad y calidad en cada una de las fases de control de la tuberculosis (captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes). Este esfuerzo sin duda aporta a la consecución del objetivo de alcanzar las metas establecidas por la OPS/OMS: 70% de captación y del 85% de curación de los pacientes con TB_{BP}K⁺.

Resultados

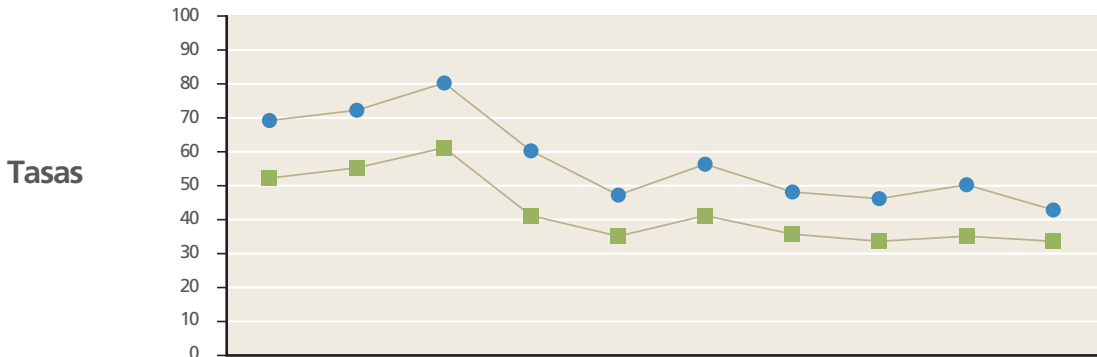
Desde el año 1995, existen datos sobre el impacto de la tuberculosis en nuestro país.

La evolución del impacto de esta enfermedad se refleja en los indicadores epidemiológicos ilustrados en los siguientes gráficos. Todos estos

indicadores nos permiten observar cómo ha venido evolucionando el PCT en su búsqueda de alcanzar las meta de llegar una captación del 70% y una curación del 85% de los casos de TBPBK+.

Gráfico 1

Incidencia total de casos de tuberculosis. Ecuador (1995-2004)

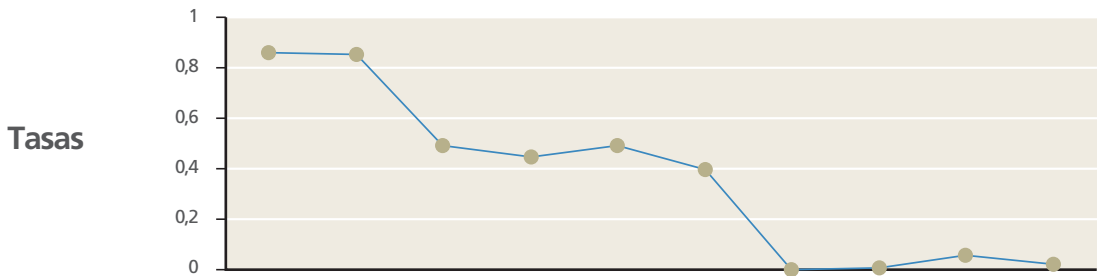


Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa de incidencia de TB (por 100.000 habitantes)	69	72	80	60	47,0	56,0	48,0	46,0	50	42,6
Tasa de incidencia TBPBK+ (por 100.000 habitantes)	52	55	61	41	35,0	41,0	35,6	33,4	34,94	33,33

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2005)

Gráfico 2

Tendencias de meningitis. Ecuador (1995-2004)

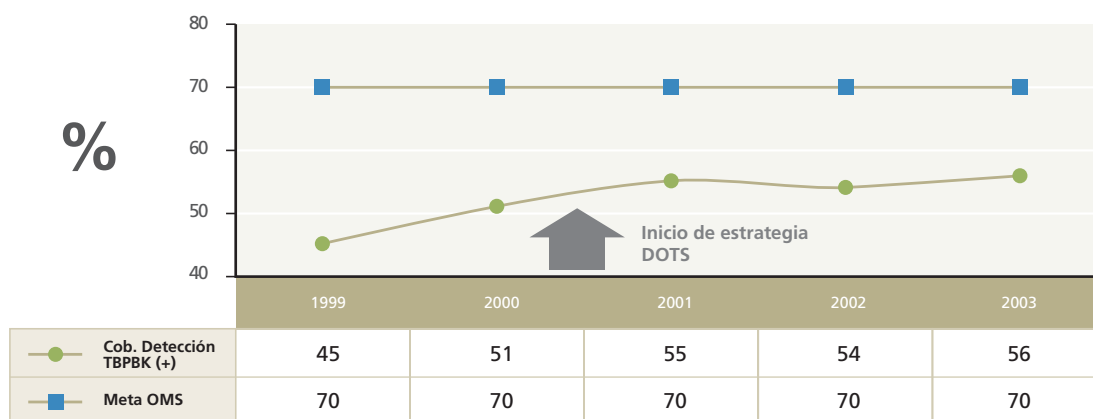


Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa de meningitis TB en menores de 5 años (por 100.000 habitantes)	0,86	0,85	0,49	0,45	0,5	0,4	0,0	0,0	0,06	0,02

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2005)

Gráfico 3

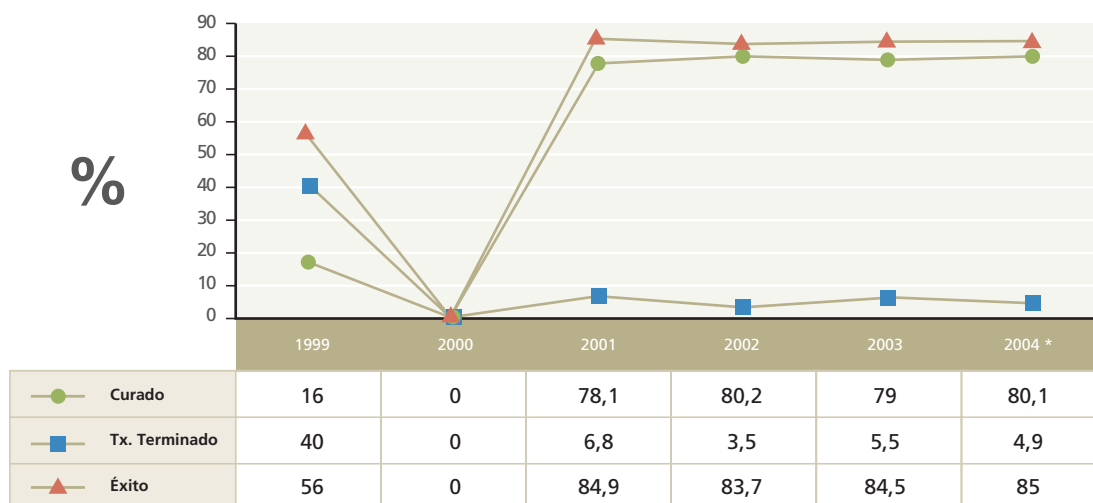
Cobertura de detección de casos de tuberculosis pulmonar BK(+). Ecuador (1999-2003)



Fuente: WHO (2001- 2005)

Gráfico 4

Tendencias del éxito del tratamiento antituberculoso. Ecuador (1998-2004)



Fuente: WHO (2001, 2002, 2003). Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (2001-2005)

* Primer semestre 2004
0: No reporte a OMS

Conclusiones

En el Ecuador se ha demostrado en los últimos años que la implementación exitosa de la estrategia DOTS es posible gracias al apoyo y compromiso establecido entre organismos no gubernamentales (ACP y ACIDI) y el Ministerio de Salud Pública. Esta alianza ha hecho posible todo el trabajo desplegado, hasta el momento actual, en seis provincias del país, permitiendo alcanzar una cobertura con estrategia DOTS en el 64% de la población total del Ecuador. La respuesta gubernamental ha sido favorable, lo que se concretó en el adecuado suministro de medicamentos e insumos para el año 2005.

Con el objetivo de dar sostenibilidad al trabajo desempeñado hasta el momento actual y de expandir la estrategia DOTS al resto del país en el menor tiempo posible, el PCT ha trabajado y culminado la elaboración de su plan de acción basado en 6 ejes gerenciales:

1. Capacitación y expansión de la estrategia DOTS.
2. Planificación estratégica.
3. Participación comunitaria.
4. Monitoreo supervisión y evaluación.
5. Desarrollo de liderazgo.
6. Coordinación de DOTS con otros programas.

Como producto posterior a la evaluación anual del PCT, se han establecido las siguientes metas de gestión:

Detección

1. Considerar que el indicador de detección de casos de tuberculosis, a través de la cobertura de sintomáticos respiratorios identificados en las consultas en mayores de 15 años, debería ser el 5%. Considerando los avances obtenidos a la fecha se establece una meta no menor del 2,5%.

Diagnóstico

1. Lograr que el 100% de laboratorios que estén en provincias y áreas de salud bajo estrategia DOTS sean objeto de control de calidad:
 - A. Por seis meses cuando inician operaciones o existan discordancias absolutas.
 - B. Trimestralmente luego de seis meses de haber sido controlado manteniendo concordancias al 100%.
2. Mantener las discordancias totales en menos del 1% como promedio nacional, de preferencia en las provincias y áreas DOTS.

Tratamiento

1. Se evaluará la eficiencia del tratamiento antituberculoso administrado de acuerdo a la condición de ingreso y esquema de tratamiento recibido.
 - A. Bajo el esquema uno, se tendrá particular interés por la repercusión epidemiológica en los pacientes que iniciaron con TBP BK (+). Se espera que la tasa de curación sea mayor al 85% y que la tasa de abandono sea menor al 5%, mejorando los mecanismos y estrategias de adherencia al tratamiento antituberculoso.
 - B. Bajo el esquema dos, se tendrán en cuenta a los pacientes que ingresan por recaídas, abandonos recuperados, fracasos del esquema uno, entre otros. Se espera que la tasa de curación bajo el esquema dos sea mayor al 70%. También se espera que la tasa de abandono sea menor al 10%, mejorando los mecanismos y estrategias de adherencia al tratamiento antituberculoso, en especial entre los pacientes que ingresaron como abandono recuperado.

Bioseguridad

Garantizar que los laboratorios locales e intermedios dentro de las provincias DOTS pongan en práctica medidas de bioseguridad.

Capacitación, supervisión e investigación

1. Conformar equipos provinciales del PCT en 16 provincias y capacitarlos en la estrategia DOTS, incluyendo a equipos de un área demostrativa por provincia para iniciar la implementación.
2. Garantizar que el 100% de establecimientos de salud con estrategia DOTS tengan conocimiento y dispongan del “Manual de normas técnicas, métodos y procedimientos para el control de la tuberculosis”.
3. Realizar supervisiones directas por niveles: del nivel nacional al provincial, y del provincial a las áreas de salud y unidades operativas.

4. Realizar investigaciones operativas sobre algunos aspectos importantes para mejorar la eficiencia y eficacia del programa, por ejemplo un estudio sobre abandonos del tratamiento antituberculoso, analizando causas del paciente y del establecimiento de salud, detección de casos, entre otros.
5. Desarrollar una investigación sobre prevalencia de VIH en pacientes con tuberculosis en Guayaquil.

Coordinación con otras instituciones

Realizar coordinaciones con otras instituciones del sector de la salud (ONG, entre otras) para difundir y fortalecer las actividades del PCT en el Ecuador, particularmente teniendo la oportunidad de contar con recursos financieros del Fondo Global.

Bibliografía:

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Programa nacional de control de la tuberculosis* (Quito : MSP).

World Health Organization (WHO) 2001 *Global Tuberculosis Control. WHO Report* (Geneva: WHO/CDS/TB).

World Health Organization (WHO) 2002 *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report* (Geneva: WHO/CDS/TB).

World Health Organization (WHO) 2003 *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report* (Geneva: WHO/CDS/ TB).

World Health Organization (WHO) 2004 *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report* (Geneva: WHO/HTM/TB).

World Health Organization (WHO) 2005 *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report* (Geneva: WHO/HTM/TB).

Varios Autores 2005 *DOTS Implementation in a Middle-Income Country: Development and Evaluation of a Novel Approach* (Geneva: WHO)

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2003 *Informe de evaluación del Programa Nacional de Tuberculosis del Ecuador* (Quito: OPS/OMS)

Malaria

Marcelo Aguilar*

La malaria en el Ecuador

En vastas zonas tropicales, subtropicales y templadas del Ecuador, la malaria ha sido históricamente uno de los mayores problemas de salud pública. A pesar de los enormes esfuerzos operativos y las cuantiosas inversiones financieras para controlarla, los ciclos endémicos y epidémicos de la enfermedad se repiten periódicamente. Estos ciclos son modulados por crisis socioeconómicas, eventos climáticos como el fenómeno de El Niño (ENOS), la expansión de la frontera agrícola en zonas de bosque tropical húmedo y el debilitamiento de la capacidad de los servicios de salud (derivado de la reducción sistemática de la inversión social desde 1990). Condiciones particulares en la estructura espacial de ciertas zonas favorecen la persistencia de focos endémicos de alta transmisión. Especialmente desde el norte del litoral y el norte de la amazonía, la malaria se dispersa hacia zonas contiguas en condiciones de deterioro epidemiológico. (Varios Autores, 2002).

La malaria incide en las zonas de mayor pobreza urbana y es uno de los principales factores de empobrecimiento de la población afectada. Causa recurrentes pérdidas laborales y gastos en salud (de aproximadamente 20 millones de dólares anuales en momentos de alta transmisión). Aproximadamente el 60% de la población ecuatoriana habita en el área endémica de malaria. Aunque esta proporción no ha cambiado sustancialmente, debe considerarse el incremento significativo de la población en estas zonas.

En la costa, la malaria tiene un carácter predominantemente estacional, con incrementos de transmisión después de la estación lluviosa. El principal vector es *A albimanus* y la población más afectada es la de adultos jóvenes en edad productiva, con un ligero predominio de varones. En la amazonía, por otra parte, la malaria tiene menor influencia estacional y su transmisión es más bien continua. Los vectores incriminados en la transmisión son *A nunestovari*, *A oswaldoi*, *A triannulatus*, *A puctimacula* y *A rangeli*. Por último, en las zonas subtropicales y valles templados andinos con endemismo de malaria el vector es *A pseudopunctipennis* y la transmisión es continua. (Aguilar, 1994).

La evolución de la malaria y el control antimalárico

A finales de los años setenta, en Ecuador se mantenían los principios de control antimalárico heredados de la era de la erradicación de la malaria. Estos principios incluían el control anti-vectorial por rociamiento intra-domiciliario con DDT, el tratamiento a personas sintomáticas y la detección de casos por una extensa red de colaboradores voluntarios que operaba, especialmente, en las áreas rurales del país. Simultáneamente, en Ecuador se vivía la bonanza petrolera de la exportación en gran escala y se disponía de recursos para mantener el esquema de control vertical con amplias coberturas. Sin embargo, durante el segundo quinquenio de los setenta, ya ocurrió un deterioro epidemiológico:

* Experto nacional en malaria

la morbilidad por malaria incrementó de 5.841 casos en 1974 a 8.784 en 1980.

Al inicio de los años ochenta, decrecieron tanto las actividades de rociamiento domiciliario como las acciones preventivas que se habían aplicado en el período precedente. Como consecuencia, se observó un deterioro paulatino de la situación epidemiológica de la malaria, que fue intensificado con la presencia del fenómeno de El Niño (ENOS) de 1982-1983. La suma de factores que favorecían la transmisión de la malaria desencadenó una epidemia que llegó a su máximo punto en 1984, año en el que ocurrieron 78.000 casos (IPA 14,9). (Más adelante, un evento de menor dimensión afectó el perfil de transmisión entre 1991 y 1993; se requirieron ingentes esfuerzos para lograr la disminución del IPA a 4,9 en 1994). La USAID apoyó financieramente al Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) para fortalecer el control antimalárico y antiaedes, siguiendo el mismo esquema de control anterior centrado en el rociamiento intra-domiciliario con insecticidas residuales y en el tratamiento de casos. Sin embargo, la intervención tuvo un impacto discreto en el perfil epidemiológico de la malaria y la ejecución estuvo plagada de problemas de corrupción. La cooperación finalizó en 1990 cuando la transmisión de la malaria todavía se mantenía alta (IPA 7,26) y no se avizoraban perspectivas alentadoras en el control de esta enfermedad.

En 1992 se lanza a nivel internacional la estrategia global de control del paludismo. Aunque Ecuador adhiere en 1993, la adopción de los principios de esta estrategia por el SNEM fue débil. A pesar de ello, en este período se ejecutaba el proyecto FASBASE-MSP/BIRM, lo que permitió canalizar algunas estrategias como el uso extensivo de mosquiteros y el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y tratamiento antimalárico de los servicios generales de salud. A inicios de los años noventa, el SNEM incorporó una importante

red de colaboradores voluntarios: personas de la comunidad que eran entrenadas en la toma de muestras sanguíneas y la administración de tratamientos supresivos. Así, el servicio llegó a establecer una importante red en la que participaban aproximadamente 6.000 personas en las zonas urbanas y rurales. Lastimosamente, hacia finales de los noventa, la red se había reducido a unas 3.000 personas. La reducción del tamaño del Estado planteada en 1993 por el gobierno determinó la salida de un importante contingente de técnicos y profesionales de carrera del sector de la salud (especialmente del SNEM y del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”) lo que, ciertamente, generó un debilitamiento en la capacidad técnica y científica de los servicios.

Cuando llegó el ENOS de 1997-1998, se produjo un nuevo deterioro en la situación epidemiológica de la transmisión de la malaria. En 1997 se registraron 16.365 casos de malaria, 18,89% por *P. falciparum*; en 1998, 42.987 casos, 48,4% por *P. falciparum*; y en 1999, 70.052 casos, 58,35% por *P. falciparum*. Los fondos del proyecto FASBASE fueron reorientados hacia la atención del desastre. Ello incluyó un fuerte componente de vigilancia epidemiológica que tuvo algunos logros pasajeros en la fase de atención, pero que no pudieron ser sustentados más adelante, cuando el desastre fue superado.

Desde el año 1998, Ecuador adhirió a la iniciativa estratégica de “Hacer retroceder la malaria” (*Roll back malaria* –RBM–). Tal estrategia plantea un abordaje más integral, que deja a un lado la lucha antivectorial como medida principal, para centrarse en el control de la enfermedad en el ser humano. La propuesta se basa en cuatro principios técnicos: 1) diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; 2) aplicación de medidas de protección y prevención para el individuo, la familia y la comunidad, incluida la lucha antivectorial; 3) desarrollo de la capacidad para predecir y contener epidemias; y, 4) fortalecimiento de la capacidad local en

investigación básica y aplicada para permitir y promover la evaluación regular de la situación de la malaria en los distintos niveles, considerando los factores ecológicos, sociales y económicos determinantes de la enfermedad.

En el contexto de la descentralización del país, en 1998 se procuró cambiar la estructura del SNEM. Éste está constituido por un nivel central en Guayaquil, conformado por tres departamentos: de epidemiología, de operación de campo y administrativo. Las diez zonas operativas de campo propuestas eran: I Pichincha, II Pastaza, III Guayas-Cañar, IV Loja-Zamora, V Los Ríos-Cotopaxi-Bolívar, VI Manabí, VII Esmeraldas, VIII El Oro-Azuay, IX Sucumbíos-Napo y X Guayaquil (urbano). La propuesta apuntaba a incorporar las estructuras zonales del SNEM como departamentos de control de vectores de las direcciones provinciales de salud. Pero la resistencia al proyecto, especialmente por el sindicato del SNEM, dio al traste con la iniciativa y el decreto ejecutivo se anuló. Las principales razones del fracaso del cambio fueron tres: primero, el decreto fue propuesto sin negociación previa; segundo, proponer el cambio de dependencia patronal de los trabajadores a las direcciones provinciales apareció, desde la perspectiva sindical, como una vía que debilitaría la organización; y tercero, el sector sindical de la salud tiene una reticencia histórica a cualquier tipo de cambio. En medio del conflicto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) cortó todos los recursos del SNEM como medida de presión mientras ocurría una epidemia. Esto provocó un gran deterioro epidemiológico: 106.641 casos de malaria llegaron a registrarse en el año 2001. Como vemos, fue la población quien pagó las consecuencias del desaguado.

El SNEM perdió protagonismo y liderazgo en el control de la malaria, pero se amplió la base de servicios con la participación de actores, tales como los servicios generales de salud y

los organismos seccionales en el control de las enfermedades tropicales. Algunos municipios, como el de Guayaquil y otros de la costa en menor grado, se han hecho cargo de algunas acciones de control de vectores. Pero, lamentablemente, lo han hecho sin coordinación técnica y operativa con el MSP. Por ello, las acciones tienen más visos de asistencialismo y propaganda que de prevención efectiva desde la lógica de los derechos de la salud. En esta línea, el ingente gasto en acciones como el rociamiento ambiental de insecticidas de pobre impacto en el control de la malaria, ha sido llamado “fumigación política”.

Las acciones del SNEM y de otros servicios de salud que intervienen en el control de la malaria dependen, en gran medida, de apoyos políticos y financieros sujetos a fluctuaciones de marcada inestabilidad y, especialmente, al nombramiento de directores que, colocados como cuota política, incumplen con el perfil altamente técnico requerido y actúan sin la base de evidencia que demanda la gerencia del control de enfermedades. La persistencia de una estructura técnica y administrativa del Servicio Nacional de Control de Vectores debe entenderse como una ventaja y una oportunidad para desarrollar estrategias posibles y participativas con todas las instancias que tienen responsabilidad legal en la gestión de la salud. Un importante desafío es el de armonizar la estructura vertical existente y orientarla hacia la rectoría técnica, la asesoría para niveles provinciales y locales, la investigación operativa y la organización de un programa con base local que incluya la participación de todos los actores estatales y sociales, además de otros organismos de cooperación externa.

En el escenario de descentralización parcial y de reforma sanitaria no realizada, se crea un ambiente multisectorial favorable en el que convergen los servicios de salud, los municipios y

otros organismos seccionales, además de diversas organizaciones sociales. Para la conducción de estos procesos, se requiere de un vigoroso liderazgo del MSP.

Al momento debemos considerar como particularmente favorable el escenario para el control de malaria y es necesario aprovechar la coyuntura por los siguientes aspectos: a) el control de la malaria es un punto primordial en el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); b) la inversión en salud en el Ecuador ha crecido de forma significativa y el escenario político y legal hace prever que la tendencia continuará; c) en el SNEM se observa la emergencia de un grupo altamente técnico, favorable a los cambios en las estrategias de control; y, d) el SNEM ha recibido el apoyo internacional de los proyectos RAVREDA y PAMAFRO¹ que podrán canalizar el conocimiento científico y técnico necesario para conducir los cambios y la ejecución de acciones de control que asienten bases a partir de la nueva filosofía y de las acciones de control participativas.

El fenómeno de El Niño (ENOS) y la malaria

El ENOS ha influenciado de modo notable en la evolución epidemiológica de la malaria en el Ecuador (Aguilar, 2002, Reyes L., 1998). Como ya se mencionó, en la década de los ochenta, se produjo una gran epidemia después del ENOS 1982-83. La malaria se incrementó de 12.745 casos en 1981 (IPA 2,5 x 1.000 habitantes) a 78.599 en 1984 (IPA 14,9). Durante la siguiente década, se produjeron alrededor de 60.000 casos de malaria por año, lo que tuvo un serio impacto socioeconómico en el ámbito nacional. En 1996

se reportaron 11.914 casos de malaria, 16% fueron causados por *P. falciparum*, que produce formas clínicas graves y mortales. El ENOS afectó seriamente a la costa ecuatoriana entre noviembre de 1997 y junio de 1998, y creó condiciones favorables para la transmisión de la malaria. En ese año se registraron 16.365 casos de malaria, 18,89% por *P. falciparum*; en 1998, 42.987 casos, 48,4% por *P. falciparum*; en 1999, 70.052 casos, 58,35% por *P. falciparum*. El clímax de la epidemia ocurrió en el año 2001, cuando se registró un total de 106.641 casos, con alrededor de 47% causado por *P. falciparum*.

El ENOS favorece la transmisión de la malaria por varios motivos: a) el incremento de la temperatura ambiental acelera la reproducción de parásitos y vectores, y a mayor población de éstos, mayor es la posibilidad de transmisión de parásitos al huésped humano (Lobac, Polozoc, 1985); b) las copiosas lluvias inundan vastas planicies, así se conforman cuerpos de agua superficiales que se transforman en criaderos de mosquitos. La humedad, además, favorece la longevidad de mosquitos y su capacidad vectorial en zonas habitualmente secas o poco húmedas; c) las inundaciones que afectan viviendas previamente rociadas con insecticidas anulan sus efectos por el lavado de las superficies tratadas; d) la interrupción de vías de comunicación afecta negativamente a las actividades preventivas y de control de la malaria; e) las condiciones generales afectan la oferta y el acceso a los servicios de salud; y, e) las condiciones de desplazamiento social y hacinamiento en albergues condicionan mayor contacto humano y mayores riesgos de transmisión de enfermedades.

Las coberturas de control previas al ENOS de 1982-1983 y al de 1997-1998, eran muy bajas. Ello constituyó un factor adicional de riesgo para

1. PAMAFRO es un proyecto de control de la malaria en las fronteras de los países andinos. Su enfoque es comunitario y se ejecuta a través del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unzué en Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú. En Ecuador, particularmente, PAMAFRO actúa en coordinación con el SNEM y el MSP en las zonas de mayor endemismo de las fronteras. RAVREDA, por otro lado, es una red de vigilancia creada por OPS/OMS y USAID.

el desencadenamiento epidémico con el ENOS. Los desastres del ENOS generan una serie de factores ambientales y sociales que afectan de forma significativa el comportamiento epidemiológico de varias enfermedades transmisibles en las zonas de impacto directo e indirecto. En efecto, la ocurrencia de brotes y epidemias de malaria han sido documentados en el Ecuador, Colombia y Perú como consecuencia del impacto de este fenómeno (Kovats, Bouma, Haines 1999, Poveda, Rojas, 1996, Varios Autores, 2001, González, 2002, Martens, 1998).

Avance en el conocimiento para el control

Desde el año 2001, la producción de conocimientos se ha dinamizado significativamente con la creación de una red de vigilancia (RAVREDA-AMI) desarrollada por OPS/USAID, orientada a evaluar la eficacia de los tratamientos antimaláricos a través de dos intervenciones. Primero, la vigilancia de la resistencia a las drogas antimaláricas y, segundo, la formulación de políticas y estrategias basadas en evidencias nacionales que permitan la implementación y uso apropiado de esquemas adecuados.

Este proyecto ha aportado, principalmente, en determinar la resistencia de *P. falciparum* a la cloroquina y al cambio del esquema terapéutico para estos casos en el Ecuador. Actualmente se usa el esquema de Artesunato + Sulfadoxina-Pirimetamina. Esto ha cambiado radicalmente las perspectivas de control de las formas complicadas y graves de la malaria en el país.

El proyecto RAVREDA-AMI ha permitido la generación de un sistema de vigilancia en malaria (SIVEMAL) cuya implementación se espera mejore sustancialmente la vigilancia epidemiológica de la enfermedad (Narváez, Pozo, 2006). Este proyecto financió el desarrollo

de un *software* que permite realizar estratificación de riesgos de malaria (incorporando aspectos biofísicos, socioeconómicos y epidemiológicos) y permite operacionalizar los riesgos de forma muy precisa, hasta el nivel de parroquias de la costa ecuatoriana (Aguilar, Cruz, Alban, 2006). Esta aplicación informática es producto de investigaciones previas con uso de sistemas de información geográfica e imágenes satelitales en modelos eco-epidemiológicos para el estudio de la malaria, especialmente en la provincia de Esmeraldas y en la amazonía (Aguilar, Verduga, 1996, Aguilar, 1996, Varios Autores, 2001). Tales investigaciones aportaron en la identificación de elementos de riesgo en la causalidad de la malaria.

Adicionalmente, en otros estudios se han investigado los aspectos sociales de la malaria a nivel nacional (Aguilar, 1994) y sus aspectos epidemiológicos en la amazonía ecuatoriana (Varios Autores, 1993, San Sebastián, Játiva, Goicolea, 2000). Otros análisis referenciales son el trabajo de Alberto Narváez sobre la evolución de los servicios de control, y la evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica elaborada por Tamara Mancero. Por otra parte, se destaca el estudio realizado por el Instituto Juan César García sobre malaria y embarazo (Varios Autores, 1995), y el estudio sobre la adherencia al tratamiento antimalárico (Aguilar, 2003a). Asimismo, se ha realizado un importante esfuerzo para estudiar el impacto del ENOS en la malaria, especialmente en la provincia de Manabí (Aguilar, 2003b). Otros esfuerzos, aunque limitados en sus alcances, se han realizado para definir las relaciones de los cambios ecológicos y las poblaciones vectoriales (Aguilar, Suárez y Días, 2002, Carvajal y Aguilar, 2003).

Lo aquí señalado debe tomarse apenas como un esbozo de la producción pues un importante segmento de la producción científica no está publicado y constituye “bibliografía gris”. Adicionalmente, buena parte de los conocimientos producidos se encuentran

únicamente en reportes institucionales. Poner todo este acervo investigativo al alcance de los usuarios académicos y operativos es una tarea pendiente en el quehacer de la salud pública nacional.

Colofón

Los niveles de transmisión de malaria se mantienen altos y a corto plazo no se vislumbran intervenciones que puedan mejorar significativamente el panorama. ¿Durará la situación de alta endemia 10 años más como en la caso de la epidemia desatada en 1984?

La enfermedad ocurre en las zonas pobres urbanas y rurales del área tropical y subtropical del país, causa pérdidas decurrentes de ausencia laboral y gastos en salud de aproximadamente 10 millones de dólares anuales. Por ello, el control de la malaria constituye un paliativo para evitar un mayor empobrecimiento de la población.

Es indispensable establecer una política de Estado de control de enfermedades tropicales. La malaria, el dengue clásico y hemorrágico, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis no controladas, causan perjuicios al país por aproximadamente 60 millones de dólares anuales.

Para la aplicación de las actuales estrategias integrales de control se requieren cambios estructurales y conceptuales en los servicios de salud, la renovación de recursos humanos técnicos y administrativos, la ejecución de una reforma sanitaria, una participación social amplia y la conciencia ciudadana sobre el problema.

En Ecuador, como en varios países de América Latina, se han realizado enormes esfuerzos e inversiones para el control de la malaria. Sin embargo, los resultados obtenidos con el modelo de control aplicado son poco satisfactorios. La complejidad de factores socioeconómicos,

ambientales y políticos que influyen en la transmisión de la malaria, señalan la necesidad de realizar una profunda revisión de las experiencias acumuladas.

Las tendencias políticas y estratégicas en el control de la malaria en Ecuador han sido dominadas por las orientaciones internacionales. Éstas son, quizá, muy genéricas para la aplicación operativa en situaciones epidemiológicas tan diversas como las que hallamos en el país. En consecuencia, es urgente realizar una revisión crítica que nos lleve a pensar con cabeza propia sobre los éxitos alcanzados y los errores cometidos.

Cabe repensar sobre las experiencias de control exitoso realizado por Montalbán y el desaparecido Departamento de Grandes Endemias del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez” y la erradicación de la malaria de altura mantenida por decenios. Retomar lo bueno del pasado para potenciar los logros del presente puede ser una buena alternativa.

La evolución de las políticas de salud en el país muestra que la reacción frente a la malaria sólo ocurre en situaciones de epidemia y por intereses menores de tipo local y demandas de la población. Como alternativa, se requiere diseñar una política sustentable de control de la malaria a mediano y largo plazo.

Existe un escenario favorable para el control de la malaria en cuanto a políticas públicas: financiamiento internacional y nacional, cooperación externa a través de proyectos como RAVREDA y PAMAFRO. También contamos con un equipo técnico competente, con una estructura de servicios que opera, y con un marco legal de amplia participación social. Es el momento de asumir grandes desafíos y ejecutarlos para recuperar los éxitos del pasado y proyectarlos hacia el futuro.

Bibliografía:

- Aguilar, Marcelo 1994 "Malaria y espacio en la República del Ecuador" en *La malaria es más que una picadura* (Quito: Instituto Juan César García).
- Aguilar, Marcelo 1996 "Malaria y organización de espacio en la región amazónica ecuatoriana". Instituto Juan César García. Documento técnico.
- Aguilar, Marcelo 2002 "Malaria en el Ecuador" en OPS/OMS *El Cóndor, la serpiente y el colibrí. La salud pública en el Ecuador del siglo XX* (Quito: OPS/OMS).
- Aguilar, Marcelo 2003a "Para hacer retroceder la malaria. Modelización eco-epidemiológica de la malaria en la provincia de Esmeraldas." *Revista de Divulgación de Ciencia y Tecnología del Ecuador* (Quito, SENACYT/ FUNDACYT) No. 6.
- Aguilar, Marcelo 2003b "Modelización de riesgo eco-epidemiológico para transmisión de malaria asociada con el Fenómeno de El Niño (ENOS) en la provincia de Manabí, Ecuador". Proyecto CIIFEN PAP. International Center on El Niño / World Meteorological Organization. Informe Técnico. En http://www.ciifen-int.org/modules.php?name=News&op=rate_complete&sid=64&rated=1
- Aguilar, Marcelo, K. Suárez y C. Días 2002 "Bionomía y ecología de anófeles en estratos eco-epidemiológicos de riesgo malárico en la provincia de Esmeraldas, Ecuador". Informe Técnico INH.
- Aguilar, Marcelo y L. Verduga 1996 "Uso del sensoriamiento remoto y sistema de información geográfica para el análisis ecológico del riesgo malárico en la provincia de Esmeraldas, Ecuador". Estudio piloto. Instituto Juan César García. Documento técnico.
- Aguilar, Marcelo, M. Cruz y Geovany Alban 2006 "Estratificación operacional de la malaria en la costa ecuatoriana y análisis predictivo". Software MSP/ RAVREDA-AMI.
- Carvajal, V. y Marcelo Aguilar 2003 "Bionomía de ecología de anofelinos en Macará, provincia de Loja, Ecuador". Boletín OPS. Cooperación Binacional Ecuador-Perú.
- González, V. 2002 *Guayaquil: fenómenos de El Niño y paludismo. Transmisión y morbilidad 1982-1983; 1997-1998* (Guayaquil).
- Kovats R., M. Bouma y A. Haines 1999 *El Niño and Health* (Geneva: WHO task force on Climate and Health).
- Lobac, KM. y Polozoc 1985 "Epidemiology" en *Malaria* (Moscow: Mir Publishers).
- Martens, W. 1998 *Health and Climate Change: Modelling the Impacts of Global Warming and Ozone Depletion* (Londres: Earthscan Publications).
- Narváez A. y N. Pozo 2006 "Sistema de vigilancia de malaria". Software MSP/RAVREDA-AMI.
- Poveda, G. y W. Rojas 1996 "Impact of El Niño Phenomenon on Malaria Outbreaks in Colombia" en *Proceedings XII Colombian Hydrological Meeting* (Bogotá: Colombian Society of Engineers).
- Reyes Lituma, V. 1998 "La malaria y el fenómeno de El Niño" (Quito: SNEM-Documento Técnico).
- San Sebastián, M., R. Játiva e I. Goicolea 2000 "Epidemiology of Malaria in the Amazon Basin of Ecuador" *Revista Panamericana de Salud Pública* 7(1): 24-28.
- Varios Autores 1993 "Malaria en la amazonía ecuatoriana. Estudio comparativo de la transmisión entre indígenas y colonos en el contexto de la organización espacial" en *Revista del Instituto J. C. García* Vol. 3, No.1.
- Varios Autores 1995 "Peso bajo al nacer en embarazadas de un área de malaria endémica del Ecuador". Reporte Técnico. Instituto Juan César García. TDR.
- Varios Autores 2001 "Determinación de modelos predictivos para la intervención y control de la malaria en la provincia de Esmeraldas". Informe Técnico. MSP/FASBASE-BIRF.
- Varios Autores 2001 "Coupling Between Annual and ENOS Timescales in the Malaria-Climate Association in Colombia" en *Environmental Health Perspectives* No.109.
- Varios Autores 2002 "La evolución de las enfermedades tropicales en el Ecuador" en OPS/OMS. *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La salud pública en el Ecuador del Siglo XX* (Quito: OPS/OMS).

Dengue

Lenin Vélez*

Aspectos generales

En la actualidad, el dengue es indiscutiblemente un problema de salud pública muy importante. En el mundo se registran 50 millones de casos anuales. 500.000 enfermos de dengue deben ser hospitalizados por fiebre hemorrágica de dengue y alrededor de 20.000 mueren por esta causa. Más de 2.500 millones de personas están en riesgo de contraer la enfermedad en las regiones tropicales y subtropicales del mundo. El dengue ha mantenido una tendencia ascendente en los últimos 7 años: el número de casos aumentó 3,5 veces, desde 292.609 en 1996 hasta 1'019.196 en el 2002.

El virus del dengue es un arbovirus del género *Flavivirus* (familia *Flaviviridae*), del cual se han identificado cuatro serotipos: DEN 1, DEN 2, DEN 3 Y DEN 4. En las Américas, el dengue circula desde hace más de 200 años, pero a partir de 1980 el problema ha recrudecido notablemente (San Martín, Prado 2004). En el continente americano el dengue y su forma más grave, el dengue hemorrágico (DH), constituyen un problema creciente. La incidencia de ambas formas de la enfermedad está aumentando en casi todos los países y están surgiendo epidemias en todas las zonas del hemisferio donde se encuentra su vector (*Aedes aegypti*). Cada año se han ido encontrando en más países los cuatro serotipos responsables de la enfermedad (Arias, 2002).

Los vectores del dengue son los mosquitos del género *Aedes*. Hasta el momento, *Aedes aegypti* es el único vector del dengue en las Américas.

Aunque *Aedes albopictus* (un vector secundario del dengue en Asia) también se ha encontrado en algunos países americanos, este mosquito no ha sido asociado con la transmisión de la enfermedad en la región (San Martín, 2004).

En el Ecuador, al igual que en muchos otros países de América y el mundo, el dengue clásico y más recientemente el dengue hemorrágico, representan uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito de las enfermedades transmitidas por mosquitos.

Consideraciones históricas sobre el dengue en Ecuador

El vector

Tradicionalmente, el *Aedes aegypti* se ha conocido como el ‘mosquito de la fiebre amarilla’. Durante siglos, la fiebre amarilla fue una enfermedad grave en los trópicos de América y África, extendiéndose durante los veranos a las áreas templadas en violentas epidemias con alta mortalidad, especialmente en los puertos y ciudades ribereñas (Nelson, 1986).

Se conoce de la presencia de epidemias de fiebre amarilla en el Ecuador. En relatos históricos se menciona que los primeros casos atribuibles a esta patología se dieron en la ciudad de Guayaquil, alrededor del año 1740, donde se produjo una epidemia limitada. Posteriormente, el 31 de agosto de 1842, se presentó una nueva epidemia que redujo la población a la mitad, ya sea por la

* Experto nacional, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y otras enfermedades vectoriales – Ministerio de Salud Pública (MSP)

elevada letalidad o por la emigración que causó su presencia. En esta epidemia, se estima que el número de muertes por fiebre amarilla fue de alrededor de 5.400 (Veloz, 2000).

Impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Ecuador inició los trabajos de erradicación del *Aedes aegypti* en 1946. Después de 12 años de intensa lucha, se logró eliminarlo. Con la resolución XXXV, aprobada en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1958, se aceptó el informe sobre la erradicación del *Aedes aegypti* presentado por el Ecuador. A continuación, se organizó el Servicio de Vigilancia, que se mantuvo únicamente hasta el año 1964. A partir de 1965, este servicio fue abandonado (Jurado, Vélez y Andrade, 1999). Ante la incertidumbre generada en el país, el MSP y la OPS confeccionaron un plan nacional de vigilancia para la fiebre amarilla y *Aedes aegypti*, encargando y responsabilizando de la ejecución de este programa al Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) en 1974.

En el año 1977, se logró determinar una nueva infestación por *Aedes aegypti* en la ciudad de Manta y, posteriormente, en otras poblaciones de la provincia de Manabí. En Guayaquil se detectó una dispersión de la enfermedad en 1985 y luego en muchas poblaciones de las provincias de la región costa, de la sierra (poblaciones en áreas subtropicales y valles interandinos) y en la región oriental (Jurado, Vélez y Andrade, 1999). A partir de año 2002, se detectaron 5 localidades positivas en la isla Santa Cruz, ubicada en la provincia insular de Galápagos (en las otras islas no se ha detectado el vector) (SNEM, 2004).

Históricamente, los esfuerzos en la lucha contra el *Aedes aegypti* realizados desde el Ecuador (al igual que en muchos países) con el apoyo de

la OPS/OMS, estaban dirigidos al control de la fiebre amarilla. En la actualidad, el *Aedes aegypti* es más importante como vector de la fiebre del dengue (FD), de la fiebre hemorrágica del dengue (FHD) y, sólo en segunda instancia, de la fiebre amarilla urbana.

La enfermedad

A pesar de los esfuerzos realizados por el MSP a través del SNEM (con recursos insuficientes), la dispersión del *Aedes aegypti* y los altos índices de infestación vectorial, sumados a los factores ambientales, sociales, económicos y culturales, prepararon el escenario para la nueva ocurrencia de epidemias de dengue en el país.

La primera epidemia de dengue clásico en Ecuador se presentó en Guayaquil, a finales de 1988 e inicios de 1989. Al respecto, la información oficial señala 19 casos de dengue clásico (MSP, 2004). Sin embargo, investigaciones posteriores efectuadas por agencias internacionales de cooperación técnica indicaron que en Guayaquil se habían infectado alrededor de 600 a 800.000 personas. El Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical logró aislar el serotipo DEN 1. Poco tiempo después, se presentaron epidemias en las ciudades de Portoviejo, Manta, Milagro, Jipijapa, y en muchas poblaciones del sector de la península de Santa Elena (Jurado, Vélez, Andrade, 1999).

En los años siguientes, de manera progresiva y en concordancia con la dispersión del vector, se presentaron epidemias de dengue clásico en poblaciones de las siguientes provincias: Esmeraldas y Los Ríos (1990); El Oro (1991); Zamora Chinchipe, Pichincha, Cotopaxi, Cañar -área subtropical- (1992); Bolívar -áreas subtropicales- (1993); Azuay, Chimborazo, Loja -áreas subtropicales y valles interandinos-

y Napo (1994); Sucumbíos (1996); Morona Santiago (1999); Orellana (2000); y Galápagos (2002) (MSP, 2004).

La información registrada en el área de vigilancia epidemiológica del MSP, a través del formulario Epi-1 (casos sospechosos), destacó la ocurrencia de casos de dengue hemorrágico a partir del año 2001. En este año, se registraron 111 casos distribuidos en las siguientes provincias: Cotopaxi -área subtropical- (1); El Oro (2); Guayas (100); Los Ríos (3); Pastaza (1); Pichincha (2); Sucumbíos (2). En el año 2002, se presentaron 23 casos distribuidos del siguiente modo: Cotopaxi -área subtropical- (1); El Oro (2); Guayas (18); Los Ríos (1); Manabí (1). En el año 2003 se presentaron 206 casos, distribuidos así: Azuay -área subtropical- (1); Bolívar -área subtropical- (1); Chimborazo -área subtropical- (2); Cotopaxi -área subtropical- (1); El Oro (4); Guayas (189); Los Ríos (5); Manabí (3). En el 2004 se presentaron 64 casos, distribuidos así: El Oro (2); Esmeraldas (1); Guayas (46); Los Ríos (3); Manabí (10); Pichincha -área subtropical- (1); Sucumbíos (1). Finalmente, hasta el 22 de abril del año 2005 se registraron 128 casos: Bolívar -área subtropical- (2); Cañar -área subtropical- (1); Cotopaxi -área subtropical- (2); Guayas (107); Los Ríos (11); Manabí (5). (MSP, 2004).

A la luz de esta información, vemos que las poblaciones urbanas y rurales de la mayoría de provincias del país asentadas en áreas de clima tropical y subtropical, han experimentado epidemias de dengue clásico a partir del año 1988 y, en menor magnitud pero con mayor gravedad, de dengue hemorrágico a partir del año 2001. Se estima que el 60% de la extensión territorial del país es de clima tropical y subtropical, y que allí habita aproximadamente el 57% de la población. En otros términos, 6'929.266 habitantes estarían en riesgo de enfermar por dengue clásico y/o por dengue hemorrágico (Veloz, 2000).

El virus

Actualmente, en Ecuador existe un estado de hiperendemicidad por los virus del dengue: se han identificado los serotipos DEN 1, DEN 2 (variedad asiática y americana), DEN 3 y DEN 4, distribuidos en las regiones costa, sierra, oriente e insular. En síntesis, la evolución del dengue clásico, dengue hemorrágico, además de las localidades infestadas por *Aedes aegypti* y serotipos circulantes desde 1988 hasta septiembre del 2005, son descritas en el cuadro 1, presentado más adelante.

Análisis de la situación del dengue clásico y dengue hemorrágico en Ecuador

¿Por qué aparece el dengue en los noventa?

A pesar de que el SNEM es una institución con cobertura nacional, la capacidad de dispersión del vector resultó mayor que la capacidad de respuesta institucional. El SNEM no contó con los recursos humanos, logísticos y económicos suficientes para realizar campañas continuas de control del vector a nivel nacional. Cabe considerar, además, que esta institución ha mantenido una estructura vertical que en parte ha contribuido a que las actividades de control se realicen en forma aislada y no articulada con otras instituciones del sector salud y de otros sectores. Por otro lado, el abastecimiento insuficiente de agua entubada en prácticamente todas las poblaciones del país, obliga a las familias a tener reservorios para satisfacer sus requerimientos diarios. El vector se reproduce preferentemente en estos depósitos ubicados en el entorno del intra o peri domicilio (tanques bajos, aljibes, cisternas, tanques elevados, tachos plásticos, barriles, tinajas y baldes). Ello trae como consecuencia incrementos en los índices

Cuadro 1

Evolución del dengue clásico, dengue hemorrágico y muertes por FHD. Ecuador (1988- septiembre 2005)

Años	Casos FD*	Casos FHD**	Muertes por FHD***	Serotipos circulantes****				# localidades con <i>Aedes aegypti</i> *****
				I	II	III	IV	
1988	19	0		X				22
1989	302	0						62
1990	2.109	0		X				126
1991	302	0						200
1992	454	0		X			X	277
1993	8.015	0			X (Americano)		X	329
1994	8.096	0		X			X	380
1995	3.399	0						405
1996	12.796	0						435
1997	3.871	0						477
1998	5.241	0		X	X (Americano)		X	487
1999	3.169	0						496
2000	22.958	0		X	X (Americano) X (Asiático)	X	X	518
2001	14.506	111	3			X		522
2002	7.306	23	2		X	X		534
2003	10.726	206	5			X		634
2004	1.111	64	2	X		X	X	640
2005 (Parcial)	372	128	14	X		X	X	Sin datos

Fuentes: Epi 1, MSP. SSRCI. INHMT-NAMRID-CDC. Prog. *Aedes* SNEM

de infestación vectorial. Asimismo, desde las prácticas culturales de nuestras comunidades, otros tipos de depósitos o recipientes inservibles son ubicados en los patios de las viviendas (tarrinas plásticas, llantas, botellas, latas y otros), convirtiéndose en criaderos generadores de mosquitos, principalmente en la estación de lluvias.

Sin duda, todos estos factores en mayor o menor magnitud contribuyeron para que, a fines de la

década de los ochenta, se presentara la primera gran epidemia de dengue clásico en el Ecuador. Esta epidemia fue ocasionada por el serotipo DEN 1. A partir de entonces, a pesar de todos los esfuerzos realizados por el MSP, a través del SNEM, la Subsecretaría de Salud de las regiones costa e insular (SSRCI), y en menor grado por las Direcciones Provinciales de Salud (contando con el apoyo técnico de la OPS/OMS), la situación epidemiológica del dengue ha tendido a agravarse. Así lo confirman los

datos presentados en el cuadro 1 referidos a la evolución del dengue clásico, la presencia del dengue hemorrágico, las muertes ocasionadas por esta enfermedad, los serotipos circulantes y la evolución del número de localidades o poblaciones infestadas por *Aedes aegypti* en el país.

Los otros factores de riesgo determinantes de la transmisión del dengue en el Ecuador pueden clasificarse del siguiente modo:

A) Macro factores determinantes de la transmisión del dengue (OPS/OMS, 1995).

1) Factores ambientales de riesgo:

Latitud 35°N a 35°S. Altitud < 2200 (62% extensión territorial). Temperatura ambiente (15–40°C). Humedad relativa (moderada a alta); pluviosidad (moderada a alta). Presencia de fenómenos climatológicos ocasionales (fenómeno de El Niño).

2) Factores sociales de riesgo:

Densidad de la población (moderada a alta). Patrones de asentamiento (urbanización no planificada y densidad de asentamiento elevada). Aprovechamiento de agua (agua almacenada en la casa por más de 7 días). Abastecimiento de agua con disponibilidad intermitente (lo que obliga a las personas al uso de tanques bajos, aljibes, cisternas, tanques elevados u otros reservorios aunque habiten en sectores considerados urbanizados).¹ Recolección de desechos sólidos inadecuada o inexistente. Presencia de recipientes inservibles en los patios de las casas que sirven como criaderos del vector (principalmente en la temporada de lluvias). Escaso o nulo conocimiento comunitario sobre las formas de prevención y control del dengue.

Con respecto a los factores sociales de

riesgo, se debe añadir que la pobreza, la falta de oportunidades y de fuentes de trabajo influyen en las personas para que tomen decisiones que originan movimientos migratorios. Los consecuentes patrones de asentamiento generan urbanizaciones no planificadas y altos niveles de densidad poblacional. Asimismo, las posibilidades de acceso a servicios adecuados de salud y medicamentos disminuyen, se originan carencias alimenticias que provocan problemas de desnutrición, deprimen el sistema inmunológico e incrementan los riesgos para la salud y la vida de las personas. Millones de personas empobrecidas mueren cada año (OPS/OMS, 2003).

B) Micro factores determinantes de la transmisión del dengue.

1) Factores de riesgo relacionados al huésped:

Aunque toda persona es susceptible, las mujeres y los niños pequeños tienen más riesgo porque sus actividades condicionan mayores períodos de contacto con los mosquitos (Velez, Andrade, 1999). Otros factores importantes son la presencia de enfermedades concomitantes, la ocupación y el grado de inmunidad. En Ecuador, un gran porcentaje de la población que habita en el área tropical y subtropical es susceptible al dengue clásico y/o dengue hemorrágico, y ha tenido contacto con algún serotipo de virus dengue (preexistencia de anticuerpos).

2) Factores de riesgo relacionados con el virus:

Virulencia de la cepa circulante o serotipo del virus que esté circulando en el momento. En Ecuador tenemos un estado de hiperendemicidad viral (se han identificado

1. En el Ecuador existen 2'848.088 viviendas, de las cuales 2'225.491 (el 78%) reciben agua entubada pero con abastecimiento intermitente, lo que conduce a la utilización de reservorios que sirven de criaderos del vector. 622.597 viviendas no reciben agua por tubería (INEC, 2001), lo que representa el 22 % del total, con la consiguiente obligatoriedad de utilización de reservorios para abastecimiento de agua.

los cuatro serotipos del virus del dengue, y en relación al serotipo 2, las variedades asiática y americana).

3) Factores relacionados con el vector:
En Ecuador existe una alta dispersión e infestación vectorial por *Aedes aegypti* (un vector muy eficiente para la transmisión de los virus del dengue y responsable, además, de la transmisión del virus de la fiebre amarilla a nivel urbano) (DEOPE, 1995).

¿Cuál es la magnitud y gravedad del problema en los últimos 15 años?

Se puede asegurar que en los últimos 15 años, la magnitud y gravedad del dengue en el Ecuador se han incrementado notablemente.

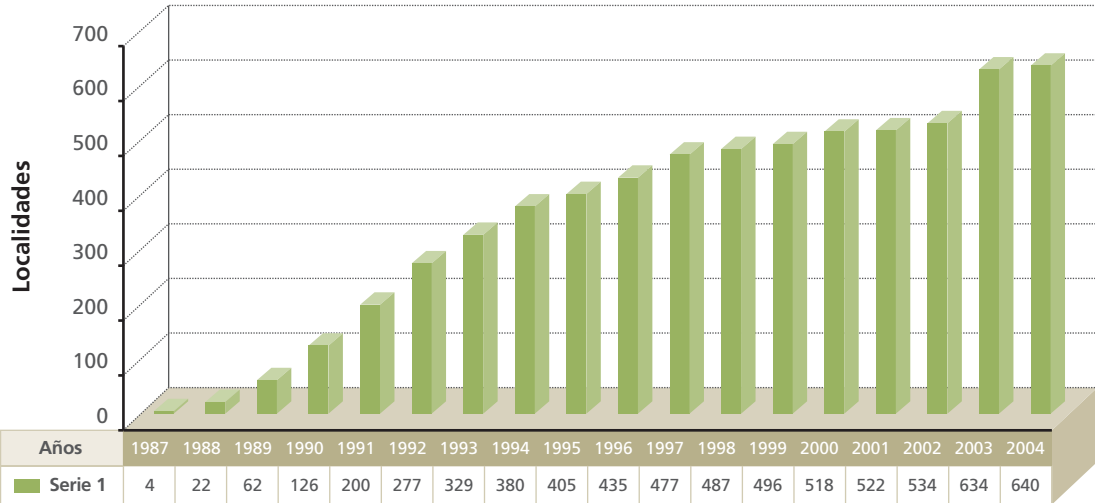
Desde el punto de vista vectorial, tanto la dispersión como los índices de infestación por *Aedes aegypti* se han incrementado. Ello se puede

constatar al revisar la información generada por el programa de control del *Aedes aegypti* del SNEM a lo largo del período comprendido entre 1987 (cuando solamente cuatro localidades de la costa se encontraban infestadas o con presencia del vector) y el año 2004 (cuando este número asciende a un total de 640 poblaciones, distribuidas en las regiones costa, sierra -áreas subtropicales y valles interandinos-, oriente e insular) (SNEM, 2004). En la costa se encuentran el 80% de localidades con *Aedes aegypti* del país.

En la región oriental, donde suelen presentarse brotes esporádicos de fiebre amarilla selvática, la presencia del *Aedes aegypti* genera una preocupación adicional pues este vector también es responsable de la transmisión de aquel virus a nivel urbano.

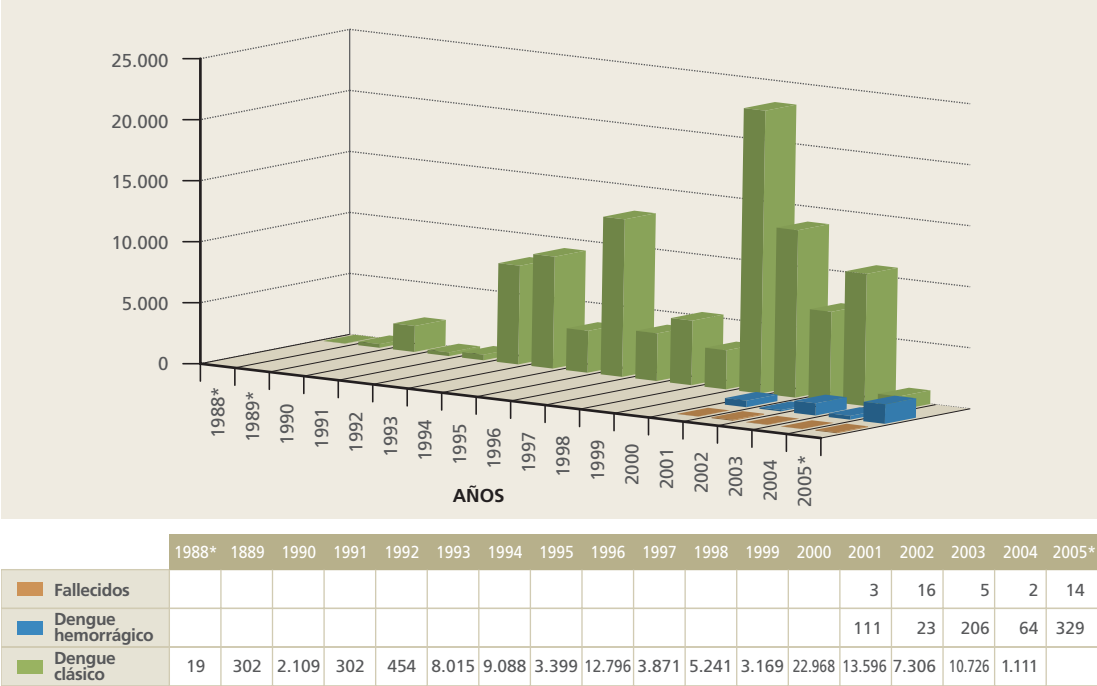
Al parecer, la única limitación que encuentra el vector para su dispersión es el clima. En Ecuador, los reportes indican la presencia del

Gráfico 1
Evolución de las localidades infestadas por *Aedes aegypti*.
Ecuador (1987-2004)



Fuente: Prog. Aedes SNEM/MSP

Gráfico 2
Evolución del dengue clásico, dengue hemorrágico y fallecidos por esta causa
Ecuador (1988-2005)



Fuente: Epi-1 Epidemiología MSP/SSRCI Parcial / Septiembre / 2005*

vector hasta los 1.890 metros de altitud (aunque en Colombia se ha indicado su presencia a 2.220 metros sobre el nivel del mar) (Veloz, 2000).

Por otra parte, en cuanto al comportamiento de la enfermedad, a partir del año 1988 el dengue clásico ha tendido a aumentar, al igual que el dengue hemorrágico y, a partir del año 2001, las muertes provocadas por esta enfermedad también han aumentado.

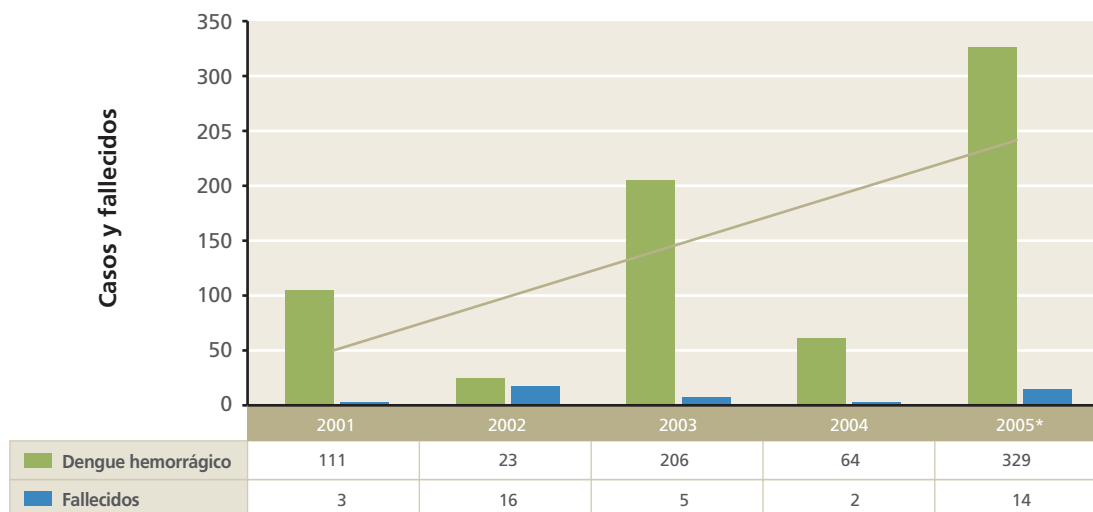
La región costa, que agrupa el 50% del total de la población del país (INEC, 2001), ha sido y continúa siendo la más afectada por el dengue clásico, el dengue hemorrágico y las muertes por esta causa. Como agravante, en la costa por lo general se registran altas tasas de incidencia anual acumulada (MSP, 2004).

En general, todas las poblaciones de mayor densidad poblacional del país se encuentran más expuestas a sufrir grandes epidemias de dengue clásico y dengue hemorrágico. Pero en Guayaquil se presenta un problema especial: además de agrupar el 60% del total de la población de la región costa, en esa ciudad circulan los cuatro serotipos del virus del dengue, existe un alto porcentaje de población susceptible y los índices de infestación vectorial son elevados.

Un hecho que llama la atención es que a partir del año 2001, cuando empiezan a presentarse los casos de dengue hemorrágico, se registran muertes por esta enfermedad con tendencia a incrementarse cada año. El comportamiento de la tasa de letalidad por dengue hemorrágico ha tenido el siguiente comportamiento por año:

Gráfico 3

Tendencia del dengue hemorrágico y fallecidos por esta causa
Ecuador (2000-2005)



Fuente: Epi-1 Epidemiología MSP

Parcial / Septiembre / 2005*

2001 (2,7%), 2002 (70%), 2003 (2,4%), 2004 (3,1%), y 2005 -septiembre- (4,2%). Cabe resaltar que la tasa de letalidad correspondiente al año 2002 es aberrante, y que las tasas de letalidad de los otros años son superiores a la tasa media de letalidad de las Américas (1,3%) (Narváez, Aguilar, Real, 2003).

Durante el año 2005 (con corte en septiembre), la distribución de muertes por dengue hemorrágico se distribuyó del siguiente modo: 6 en Guayas (4 en Guayaquil y 2 en otros cantones), 4 en Manabí, 2 en El Oro, 1 en Los Ríos y 1 en Orellana (Dirección de Epidemiología, 2005).

Como ya se mencionó, en la región costa se han identificado los 4 serotipos. Lo mismo ocurre en la región amazónica. En las áreas tropicales

y subtropicales de la región sierra los serotipos 1, 2 y 3. Y en la región insular el serotipo 2. (Dirección de epidemiología, 2003). A partir de la introducción del serotipo DEN 3 desde el año 2000, se empezaron a registrar casos de dengue hemorrágico. Desde entonces, este serotipo ha predominado durante los años 2002, 2003 y 2004. Dicho sea de paso, el serotipo DEN 3 ha sido el causante de los brotes de dengue hemorrágico en Centro América (Narváez, Aguilar, Real, 2003).

Todas estas condiciones, sumadas a los factores ambientales, sociales, económicos y culturales que señalamos, implican un mayor riesgo para la población expuesta a enfermarse por dengue clásico y/o sufrir una epidemia de dengue hemorrágico de gran magnitud y gravedad.

¿Cuáles son las consecuencias del problema para la salud pública y qué acciones se han tomado?

Las epidemias de dengue clásico ocurridas a lo largo del período de 1988–2005 y, a partir del año 2001, de dengue hemorrágico, han ocasionado un gran impacto en la salud pública. Debido a que la situación epidemiológica tiene tendencia a agravarse, en la actualidad este problema genera mucha preocupación. Además del impacto directo sobre la salud de las personas, el dengue tiene consecuencias económicas indirectas. Por un lado, origina gastos para las familias, ausentismo laboral y escolar; y por otro, origina costos de inversión estatal destinada a realizar diagnósticos y tratamientos para los enfermos en las unidades públicas de salud, y costos para la ejecución de campañas regulares de control y para la ejecución de controles urgentes de las epidemias (a veces, incluso se han declarado estados de emergencia sanitaria).

En respuesta al problema del dengue en Ecuador, el MSP (a través del SNEM) ha ejecutado acciones basadas en el control del vector con productos químicos o insecticidas: básicamente, se ha aplicado el larvicida Temephos al 1% en todos los recipientes que contengan o puedan contener agua a nivel domiciliario. Sin embargo, estas campañas no se han podido realizar de manera continua y con una adecuada cobertura por falta de recursos económicos para costear, entre otros gastos, la contratación de personal, los equipos de trabajo y la adquisición de insecticidas. Como consecuencia, el control del vector ha alcanzado logros pero también ha sufrido retrocesos. Actualmente los índices de infestación vectorial se encuentran en niveles moderados a altos.

En situaciones epidémicas, se realizan fumigaciones adicionales intra y peri domiciliarias con equipo portátil y fumigaciones extradomiciliares

con equipo de arrastre a ultra bajo volumen (UBV). Además, en estos casos las acciones se coordinan con otras instituciones del sector de la salud y se promueve la participación comunitaria. Todo esto demanda gastos significativos para el Estado, pero se han conseguido muy buenos resultados.

A través del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica y Alerta Temprana (SIVE–ALERTA), la vigilancia epidemiológica de la enfermedad ha mejorado. Ello ha permitido que las unidades de salud del MSP mejoren la detección y la oportunidad de respuesta y ejecución de medidas de control.

Además de la experiencia nacional, la ocurrencia de epidemias ha generado la participación de técnicos o especialistas tanto de países amigos como Cuba y Venezuela, principalmente, como de la OPS/OMS. Este apoyo ha contribuido a mejorar los conocimientos de nuestros equipos del MSP sobre este problema.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical (INHMT), como laboratorio de referencia, ha ejecutado vigilancia serológica y virológica (actividad que inicialmente coordinó con el CDC de Puerto Rico y con el NAMRID de Perú). El INHMT continúa realizando esta tarea sin mayores inconvenientes y ha fortalecido el diagnóstico del dengue a través de su red de laboratorios a nivel nacional.

Por último, sobre todo en situaciones de epidemias, a través del personal que labora en las campañas de control vectorial en el SNEM, de los estudiantes y de los medios de comunicación, se han realizado esfuerzos puntuales de información, educación y capacitación. En el campo educativo, el MSP ha firmado convenios de participación conjunta para la lucha contra el dengue con el Ministerio de Educación. Considerando que el dengue constituye un

problema de saneamiento u ordenamiento ambiental, actualmente ya existe una disposición de este último Ministerio para que el dengue sea incluido dentro del pensum regular de estudio.

Conclusiones y recomendaciones

Hace falta desarrollar investigaciones integrales sobre el problema del dengue en el país. Bajo la premisa de que el dengue es un problema de saneamiento ambiental que puede ser solucionado con acciones emprendidas por la comunidad, hace falta investigar más a fondo el contexto social y cultural que determina la propagación de la enfermedad. Otros temas a ser investigados son los relacionados con la vigilancia epidemiológica. Asimismo, se requiere fortalecer las investigaciones operativas relacionadas con el control vectorial.

La ausencia de estudios científicos, obedece tanto a la falta de apoyo con asignación de recursos económicos para este fin como a la falta de interés de nuestros investigadores. Como punto de partida para superar este déficit, cabe destacar que existe información científica suficiente, basada en investigaciones realizadas a nivel internacional, que puede proveer de datos valiosos a los técnicos del país.

En el Ecuador no se vislumbra una perspectiva muy alentadora frente al problema del dengue clásico y del dengue hemorrágico. La dispersión del vector se ha acentuado. Las epidemias de dengue clásico continúan presentándose. Se registran epidemias de dengue hemorrágico con ocurrencia de muertes. Los recursos económicos no son asignados de acuerdo a las necesidades operacionales reales. Y existe una escasa o nula participación de la comunidad en la solución de este grave problema de salud pública. En términos generales, la situación epidemiológica

tiende a empeorar cada vez más, probablemente porque las medidas ejecutadas a lo largo del tiempo no han sido las más adecuadas.

Todavía no ha sido posible obtener una vacuna efectiva y la única manera de luchar contra el dengue es el control o eliminación del vector en los domicilios. Sin duda, el principal desafío consiste en lograr la participación de la comunidad. Se debe insistir en que el dengue es un problema de saneamiento ambiental. Hacia el futuro, es necesario desarrollar e implementar verdaderos procesos educativos. Con conocimientos suficientes y con poco o ningún gasto, los miembros de cada unidad familiar pueden eliminar fácilmente el problema a través de medios físicos y sin utilizar productos químicos. Lo realmente difícil es encontrar la manera de transferir a la comunidad la responsabilidad, la capacidad y la motivación para prevenir y controlar el dengue (OPS/OMS, 1995).

La estrategia general para prevenir y controlar el dengue clásico y el dengue hemorrágico propuesta por la OMS, recomienda establecer la vigilancia sanitaria, articular protocolos de tratamiento y promover cambios en el comportamiento. El cambio de conducta de la población puede ayudar a reducir de manera sostenible la infestación del vector en los hogares mediante la eliminación de sus criaderos que, por lo general, se forman como resultado de actividades humanas (ya sean individuales, comunitarias o institucionales). La modificación del comportamiento y la formación de alianzas se basan en la comunicación social (San Martín, 2004).

Basados en este enfoque, y con el valioso antecedente del convenio entre el MSP y el Ministerio de Educación, en Ecuador se está desarrollando un plan piloto de comunicación

social para impactar en la conducta de las personas. Particularmente, este plan (con el apoyo de la OPS/OMS y el CDC) promueve la prevención y control del dengue en las poblaciones de la isla Santa Cruz en la provincia de Galápagos. Sus resultados podrán ser evaluados más adelante.

Las altas tasas de letalidad por dengue hemorrágico llaman la atención. Sería pertinente realizar un análisis más detenido de esta situación y determinar sus causas, a fin de efectuar los respectivos correctivos. Asimismo, sería conveniente revisar y definir técnicamente la necesidad de implementar y/o fortalecer las coberturas de las campañas de vacunación anti-amarílica en las provincias de la región oriental. Para evitar la reurbanización de la fiebre amarilla,

también se debe priorizar el control en las otras regiones donde los niveles de indicadores de infestación vectorial se encuentren muy elevados o donde exista una mayor población en riesgo.

A partir del comportamiento endemo-epidémico que se observa actualmente en el Ecuador, el dengue y la fiebre hemorrágica del dengue continúan siendo una amenaza creciente para la salud pública. Mientras encontremos la forma de transferir a la comunidad la responsabilidad, la capacidad y la motivación para prevenir y controlar el dengue, debemos estar preparados de la mejor manera para evitar las graves consecuencias sociales y económicas que genera esta enfermedad en el país.

Bibliografía:

Arias J. 2002 “El dengue en Cuba” en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am/ Public Health* 11(4).

DEOPE 1995 *Manual de dengue. Vigilância epidemiológica e atenção ao dengue* (Brasilia: DEOPE).

Dirección de Epidemiología, SNMT, DPS, INHMT 2005 *Vigilancia epidemiológica del dengue / dengue hemorrágico*.

INEC 2001 *Censo de población y vivienda*.

Jurado, H., L. Vélez y A. Andrade 1999 *Guía operacional para el control enfermedades tropicales en el Ecuador (dengue)* (Subsecretaría Nacional de Medicina Tropical).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2004 *Anuario de vigilancia epidemiológica*.

Narváez A., M. Aguilar, y J. Real 2003 “Dengue hemorrágico: situación de la epidemia y recomendaciones para la acción” (Quito: MSP, Reporte epidemiológico N° 1).

Nelson, M. 1986 *Aedes aegypti. Biology and Ecology* (PAHO, REF, PNSP).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2003 *Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza* (Washington DC: OPS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2004 *Dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Guías para su prevención y control* (Washington DC: OPS, Publicación científica N° 548).

San Martín J., Prado M. 2004 “Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas” en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am/ Public Health* 15(2).

Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria y Vectores (SNEM) 2004 “Registro de localidades positivas del Programa de Control del *Aedes aegypti* del SNEM”.

Veloz, R. 2000 *Riesgo de urbanización de la fiebre amarilla en el Ecuador*. Tesis de grado. Junio, 2000.

Cáncer

José Yépez Maldonado*

Impacto del cáncer en el Ecuador: aspectos generales

Hacia el año 1980, el perfil epidemiológico de la población ecuatoriana era muy distinto al actual. Las principales causas de muerte eran las enfermedades infecciosas que afectaban fundamentalmente a la población infantil. En contraste, hacia el año 2003, junto a este tipo de enfermedades se imponen también enfermedades de tipo crónico-degenerativo como el cáncer. Por otro lado, un segundo factor que diferencia a la época actual con respecto a los inicios de los ochenta es que las expresiones de violencia y desajuste social (como las agresiones o los accidentes de transporte) han pasado a ser una de las principales causas de muerte. Estas nuevas tendencias se hallan vinculadas a la transición demográfica por la que ha atravesado el país y afectan de maneras distintas a hombres y a mujeres (ver el gráfico 1) (Hartman, 2002, Sempértegui, Moreano, Carvajal 2002).

Para 1980, el cáncer ya tenía un impacto relativamente importante en la población: el 6% de las defunciones del Ecuador eran atribuibles a esa causa. Pero durante los años siguientes, la tasa de mortalidad por cáncer aumentó todavía más (ver el gráfico 2). Esto hasta llegar al punto en que, en el 2003, la tasa de defunciones atribuidas al cáncer se duplica con respecto a 1980: de las 53.521 defunciones registradas en el Ecuador en ese año, el 13% se atribuyen al cáncer (ver el cuadro 1).

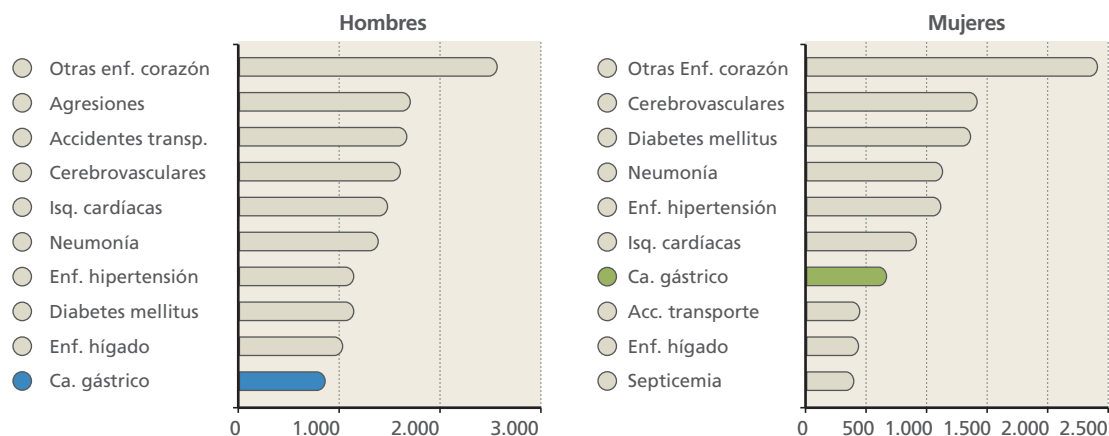
El cáncer es una patología que afecta principalmente a la población mayor de edad. En Ecuador, el peso de la mortalidad por cáncer en relación a las defunciones totales es creciente con los grupos de edad. Entre los menores de un año, 2 de cada 1.000 defunciones se atribuyen a esta causa, en tanto que entre los de 65 y más años la relación es de 153 por cada 1.000. En Quito específicamente, de los 35.337 nuevos casos de cáncer diagnosticados en los residentes de la ciudad entre 1985 y el 2003, el 70% corresponde a mayores de 50 años y apenas el 6% a los menores de 20 años (ver los cuadros 2 y 3). Dado el segmento en el que incide el cáncer, las variaciones demográficas ocurridas en nuestro país junto al aumento de la expectativa de vida, tienen una relación directa con el incremento porcentual de impacto de esta enfermedad. Añádase a ello un proceso de modernización que incorpora elementos nocivos (químicos, ambientales y alimenticios, y de estilos de vida) usualmente identificados como factores relacionados con la génesis del cáncer. Por otro lado, el cáncer no afecta por igual a varones y mujeres. En Ecuador, en el año 2003, 11 de cada 100 defunciones de varones era atribuible a cáncer, mientras que en las mujeres esta misma relación fue de 15 por cada 100. En esta diferencia tiene un peso importante el cáncer ginecológico.

A continuación ofrezco una serie de gráficos y cuadros en los que se presentan los datos que sustentan lo afirmado hasta aquí.

* Experto nacional, Registro Nacional de Tumores – Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) núcleo de Quito

Gráfico 1

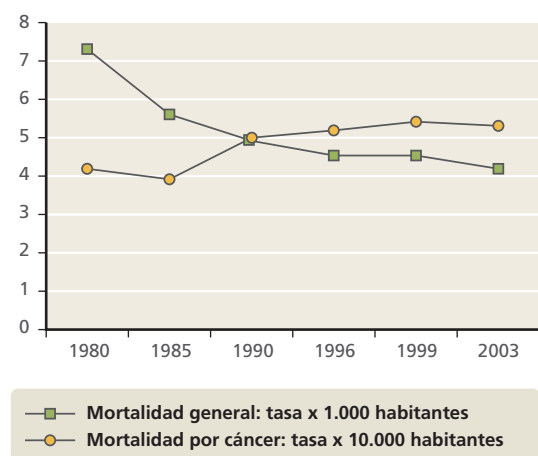
Diez principales causas de mortalidad. Ecuador (2003)



Fuente: INEC (2003)

Gráfico 2

Mortalidad general y por cáncer Ecuador (1980-2003)*



Fuente: INEC (1980, 1985, 1990, 1996, 1999, 2003)

Cuadro 1

Peso relativo de las defunciones por cáncer en la mortalidad general. Ecuador (1980-2003)

Año	Defunciones totales	Defunciones por cáncer	% Defunciones por cáncer
1980	59.020	3.387	5,7
1985	51.134	3.516	6,9
1990	50.217	5.106	10,2
1995	50.867	5.801	11,4
1999	55.921	6.663	11,9
2003	53.521	6.864	12,8

Fuente: INEC (1980, 1985, 1990, 1996, 1999, 2003)

Cuadro 2

Peso porcentual de las defunciones por cáncer, según sexo y grupos de edad, en relación con las defunciones totales. Ecuador (2003)

Edad	Hombres	Mujeres	Total
< 1	0,0	0,3	0,2
1 a 4	2,2	3,2	2,7
5 a 14	8,1	8,3	8,2
15 a 46	6,0	18,4	10,0
50 a 64	12,7	27,2	18,5
65 y más	15,9	14,7	15,3
Total	10,9	15,4	12,8

Fuente: INEC (2003)

Cuadro 3

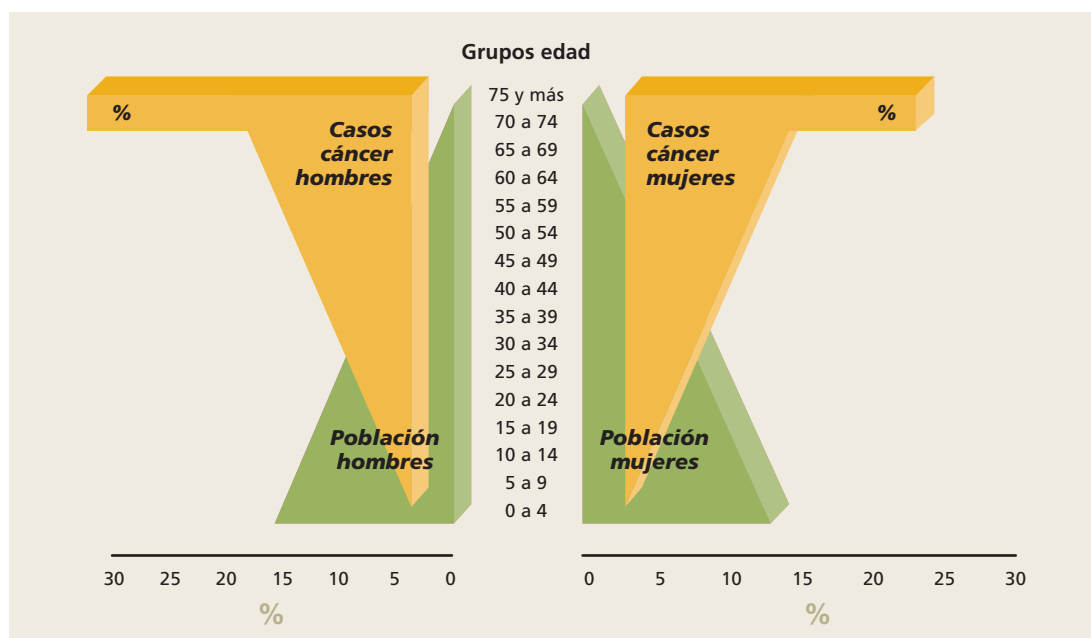
Casos nuevos de cáncer diagnosticados según sexo y grupos de edad. Quito (1985-2003)

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 4	223	1,5	176	0,9	399	1,1
5 a 9	179	1,2	151	0,7	330	0,9
10 a 14	152	1,0	154	0,7	306	0,9
15 a 19	195	1,3	217	1,1	412	1,2
20 a 24	278	1,9	320	1,6	598	1,7
25 a 29	324	2,2	584	2,8	908	2,6
30 a 34	459	3,1	947	4,6	1.406	4,0
35 a 39	493	3,4	1.355	6,6	1.848	5,2
40 a 44	551	3,7	1.644	8,0	2.195	6,2
45 a 49	636	4,3	1.667	8,1	2.303	6,5
50 a 54	904	6,1	1.737	8,4	2.641	7,5
55 a 59	1.045	7,1	1.761	8,5	2.806	7,9
60 a 64	1.448	9,8	1.832	8,9	3.280	9,3
65 a 69	1.635	11,1	1.911	9,3	3.546	10,0
70 a 74	1.852	12,6	1.819	8,8	3.671	10,4
75 y +	4.189	28,5	4.199	20,4	8.388	23,7
desc	142	1,0	158	0,8	300	0,8
Total	14.705	100,0	20.632	100,0	35.337	100,0

Fuente: Registro Nacional de Tumores (RNT) (2003)

Gráfico 3

Distribución porcentual de población y casos de cáncer por grupos de edad. Quito (2003)



Fuentes: INEC (2003), RNT (2003)

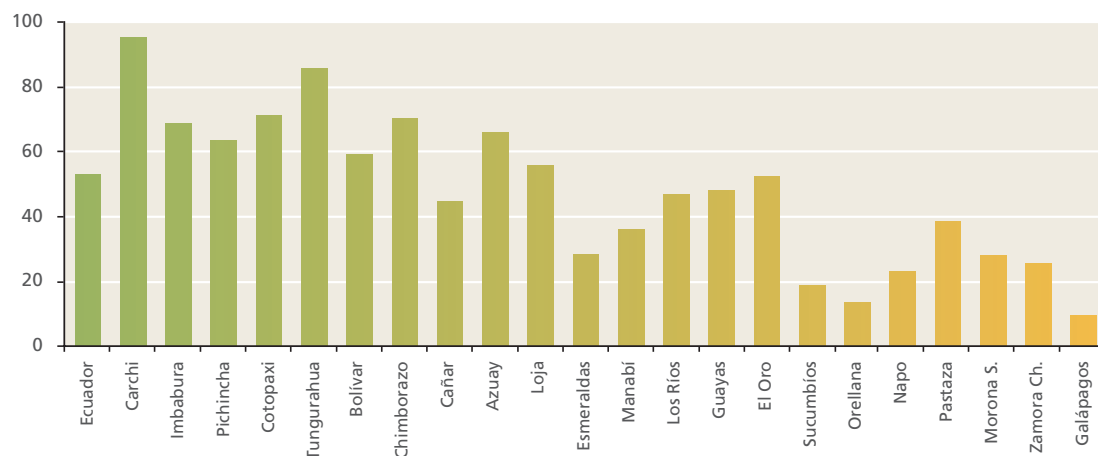
El cáncer, en sus diversas manifestaciones, tiene algunos elementos comunes: multiplicación celular incontrolada, progresión de la enfermedad, generación de metástasis y muerte si no es controlado. Sin embargo, en realidad se debería hablar de los cánceres, en plural, dado que tanto la etiología como las manifestaciones clínicas difieren mucho en correspondencia al tipo de cáncer que se presente. En relación a los distintos tipos de cáncer, se ha demostrado que éstos varían en correlación a los distintos grupos socioeconómicos de la población. Por ejemplo, en el caso del cáncer de cerviz, se han identificado tasas más elevadas entre mujeres de niveles bajos de instrucción, mientras que se observa una gradiente decreciente de afectación

entre los niveles socio-económicos más altos. Algo similar se observa para el cáncer gástrico. Sin embargo, ocurre lo inverso en los casos del cáncer de mama y de colon: los más afectados por estas dolencias son los sectores socio-económicos más altos.

Por otro lado, tras analizar la mortalidad por cáncer en el Ecuador en el año 2003, se pueden establecer diferencias territoriales. Las provincias de la sierra superan la tasa nacional de mortalidad; y es también en esa región donde se registra el porcentaje más alto de defunciones por cáncer en relación al total de defunciones del país (ver los gráficos 4 y 5).

Gráfico 4

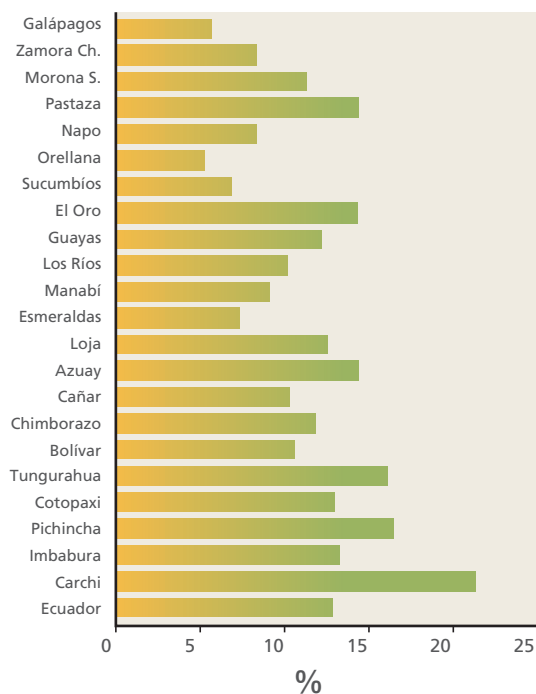
Mortalidad por cáncer por provincias. Ecuador (2003)*



* Tasa por 100.000
Fuente: INEC (2003)

Gráfico 5

Porcentaje que representan las defunciones por cáncer en relación con el total de defunciones por provincia. Ecuador (2003)



Fuente: INEC (2003)

Avances en el registro del impacto del cáncer

El Ecuador se debe enorgullecer de contar, gracias a la labor pionera, inteligente y tesonera de Fabián Corral, con información confiable sobre el cáncer en algunas localidades del país. Con el apoyo de los directivos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), Corral creó el Registro Nacional de Tumores (RNT) que inició sus labores en 1984 como un registro de cáncer de Quito. Es por ello que, desde 1985, se dispone de información sobre el tema en esta ciudad. Bajo el liderazgo del RNT y con la capacitación respectiva se han desarrollado registros de cáncer en las zonas en las que existen núcleos de SOLCA o comités oncológicos provinciales. Actualmente, los registros de cáncer del Ecuador cubren al 45% de la población ecuatoriana.

El registro de Quito fue aprobado desde su inicio por la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR), cuya sede se encuentra en Lyon, Francia. Conjuntamente con la Asociación Internacional de Investigación en Cáncer, la IACR publica cada cinco años un volumen con

Cuadro 4

Características de los registros poblacionales de cáncer. Ecuador (2005)

Registro de cáncer	Cobertura	Período del que se dispone información	Años de funcionamiento	Casos nuevos de cáncer durante el período	Casos nuevos de cáncer en residentes durante el período	Casos nuevos de cáncer diagnosticados en el último año	Casos nuevos de cáncer diagnosticados en residentes en el último año	% Verificación histológica
Quito	Ciudad	1985-2003	19	73.651	35.332	5.072	2.657	85,5
Guayaquil	Ciudad	1990-2002	13	31.719		2.198		91
Manabí	Provincia	1995-2002	8	8.282	7.084	1.036	954	77
Cuenca	Cantón	1996-2003	8	10.897	4.521	1.398	578	78
Loja	Ciudad	1997-2003	7	3.273	867	422	201	76,7
Machala	Provincial (desde 2002)	1999-2002	4	2.273		605	587	75
Tungurahua	Provincia	1996-2003	8	1.857	1.535	229	181	65,2

Fuente: RNT(2003)

Cuadro 5

Cánceres más frecuentes en hombres. Quito (1985-1989 y 1999-2003)

1985 - 1989		2000 - 2003	
Sitio	%	Sitio	%
C16 Estómago	17,1	C61 Próstata	22,4
C61 Próstata	13,5	C44 Piel	16,6
C44 Piel	12,4	C16 Estómago	12,2
C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	7,4	C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	5,7
C77 Ganglios linfáticos	5,7	C77 Ganglios linfáticos	4,5
C34 Bronquios y pulmón	4,9	C34 Bronquios y pulmón	4,4
C80 Sitio primario desc.	4,8	C18 Colon	3,1
C18 Colon	2,7	C62 Testículo	3,0
C62 Testículo	2,5	C71 Encéfalo	2,8
C25 Páncreas	2,4	C67 Vejiga	2,7

Fuente: RNT (2003)

información de los registros poblacionales del mundo que han pasado los controles de calidad respectivos. El Registro de Cáncer de Quito ha publicado su información en los últimos tres volúmenes de la IARC. El caso de Quito

es por este motivo un ejemplo de captación, elaboración y divulgación de información sobre el cáncer en América Latina, que ha sido expandido a otras localidades del país y que ha merecido comentarios elogiosos.¹

-
1. "El Registro de Quito ha sido muy exitoso. Los resultados cumplen los estándares de calidad para ser publicados en tres volúmenes sucesivos de Cancer Incidence in Five Continents. Esta distinción ha sido lograda por muy pocos registros en Latinoamérica, de hecho sólo cuatro están funcionando". (Dr. Max Parkin, Presidente de la IACR, en la presentación del volumen 13 del RNT; Quito, 2004). "El Registro Nacional de Tumores debe ser el faro que debe guiar las actividades de control de cáncer en el país. El faro tal como está es de excelente calidad. Así lo demuestran sus índices de confiabilidad" (Dr. Pelayo Correa -Primer Premio de la Sociedad Americana de Cáncer en Epidemiología y Prevención - en la presentación del volumen 12 del RNT . Quito, 2001)

Cuadro 6

Cánceres más frecuentes en mujeres. Quito (1985-1989 y 1999-2003)

1985 - 1989		2000 - 2003	
Sitio	%	Sitio	%
C53 Cuello útero (invasor)	14,8	C50 Mama	15,7
C50 Mama	11,7	C44 Piel	15,5
C16 Estómago	10,3	C53 Cuello útero (invasor)	9,5
C44 Piel	9,8	C16 Estómago	7,4
C80 Sitio primario desconocido	4,2	C73 Tiroides	5,6
C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	4,1	C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	4,4
C73 Tiroides	3,3	C77 Ganglios linfáticos	3,3
C77 Ganglios linfáticos	2,8	C18 Colon	3,2
C56 Ovario	2,7	C56 Ovario	3,2
C23 Vesícula biliar	2,3	C80 Sitio primario desconocido	2,5
C18 Colon	2,2	C34 Bronquios y pulmón	2,2

Fuente: RNT (2003)

A partir de la información fiable con la que contamos, podemos aseverar que el cáncer tiene una frecuencia de presentación que ha tenido ciertos cambios importantes en algunas localidades a lo largo del tiempo. En los varones residentes en Quito, durante el período 1985-1989, los cánceres más frecuentes eran los de estómago, próstata, piel, de sistema hematopoyético y los de ganglios linfáticos (que en conjunto representan el 56% de los casos nuevos de cáncer que se diagnosticaron). Para el período 2000-2003 esos cánceres se mantuvieron en las cinco primeras ubicaciones pero con variaciones entre ellos: el cáncer de próstata pasa a ocupar el primer lugar, y el de estómago es desplazado del primero al tercer puesto por el incremento porcentual de las dos primeras localizaciones.

En las mujeres residentes en Quito, los cánceres más frecuentes durante el período 1985-1989, eran el de cuello uterino, de mama, de estómago, de piel y del sistema hematopoyético (que en conjunto representa la mitad de los cánceres). Para el último período, se observa un descenso porcentual importante del cáncer de cuello

uterino, un crecimiento del de mama que lo ubica en primer lugar, y el cáncer de tiroides aparece entre los cinco primeros.

Esta situación se presenta con muchas similitudes en las distintas localidades en las que existen registros poblacionales de cáncer. Un ejemplo son los datos correspondientes a la ciudad de Guayaquil presentados en los cuadros 7 y 8.

Actualmente, el Ecuador cuenta con siete registros poblacionales del cáncer. Se trata de registros de incidencia, que captan información de instituciones públicas y privadas, y que gracias a su metodología de trabajo garantizan confiabilidad de información en exhaustividad y calidad. Todos estos registros, como se lo constata en el cuadro 4, tienen distintos tiempos de funcionamiento. De entre los indicadores que expresan la magnitud del problema público que representa esta enfermedad, uno de los más utilizados como expresión de riesgo, es la tasa de incidencia que para el cáncer se expresa internacionalmente por cada 100.000 habitantes y se acostumbra diferenciar por sexos.

Cuadro 7

Cánceres más frecuentes en hombres. Guayaquil (1990-1993 y 2001-2002)

1990 - 1993		2001 - 2002	
Sitio	%	Sitio	%
C61 Próstata	18,9	C61 Próstata	20,8
C16 Estómago	15,8	C16 Estómago	15,9
C44 Piel	13,7	C44 Piel	8,6
C77 Ganglios linfáticos	6,8	C34 Bronquios y pulmón	8,1
C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	5,2	C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	6,8
C34 Bronquios y pulmón	5,1	C77 Ganglios linfáticos	6,5
C18 Colon	2,6	C18 Colon	3,6
C71 Encéfalo	2,5	C22 Hígado y vías bil. intrahep.	3,2
C76 Localizaciones mal definidas	2,3	C71 Encéfalo	3,1
C20 Recto	2,1	C67 Vejiga	2,3
C67 Vejiga	2,1		
C32 Laringe	1,9		

Fuente: RNT (2003)

Cuadro 8

Cánceres más frecuentes en mujeres. Guayaquil (1990-1993 y 2001-2002)

1990 - 1993		2001-2002	
Sitio	%	Sitio	%
C53 Cuello útero (invasor)	34,5	C53 Cuello útero (invasor)	17,5
C50 Mama	13,8	C50 Mama	15,1
C44 Piel	6,1	C16 Estómago	12,6
C16 Estómago	5,6	C44 Piel	6,0
C56 Ovario	3,1	C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	4,1
C42 Sistema hematopoyético y ret. endot.	2,5	C34 Bronquios y pulmón	3,7
C54 Cuerpo de útero	2,1	C18 Colon	3,5
C77 Ganglios linfáticos	2,0	C77 Ganglios linfáticos	3,2
C22 Hígado y vías bil. intrahep.	1,7	C22 Hígado y vías bil. intrahep.	2,7
C73 Tiroides	1,7	C73 Tiroides	2,5
C23 Vesícula biliar	2,3	C56 Ovario	3,2
C18 Colon	2,2	C54 Cuerpo de útero	1,8
C76 Localizaciones mal definidas	1,4		

Fuente: RNT (2003)

Cuadro 9

Tasas de incidencia de las principales localizaciones de cáncer en mujeres por regiones. Ecuador (2004)

Localización	Registro de cáncer						
	Quito	Guayaquil	Manabí	Cuenca	Loja	Machala	Tungurahua
Cuello uterino	20,3	26,1	20,7	22,1	32,6	44,8	
Mama	34,5	22,3	21,7	20,4	32,2	28,7	
Estómago	14,7	9,8	15,8	17,2	28,5	22,2	17,6
Piel	30,2	19,2	11,3	21,6	29,8	19,2	
Sistema hematopoyético	8,7	3,8	5,1	6,0	10,9	3,6	
Tiroides	11,4	2,2	1,0	8,4	7,8	6,0	
Ganglios linfáticos	6,9	3,7	3,3	4,5	6,1	2,4	
Ovario	6,7	3,2	3,5	4,1	6,6	3,1	
Vesícula biliar	5,2	1,3	0,9	4,5	6,4	5,5	
Colon	6,5	3,6	4,6	3,9	5,9	6,9	
Todas las localizaciones	204,4	128,4	157,0	162,0	228,7	215,2	
Todas menos cérvix in situ y piel	167,6	98,8	96,4	134,5	180,0	166,1	

Tasas de incidencia x 100.000 mujeres

Quito: 2000-2003; Guayaquil: 2001-2002; Manabí: 2000-2001; Cuenca: 1997-2002; Loja: 1998-2001;

Machala: 2001-2002; Tungurahua: 1999-2002 (este es solamente un registro de cáncer gástrico)

Fuente: Corral, Cueva, Yépez (2004)

Cuadro 10

Tasas de incidencia de las principales localizaciones de cáncer en hombres por regiones. Ecuador (2004)

Localización	Registro de cáncer						
	Quito	Guayaquil	Manabí	Cuenca	Loja	Machala	Tungurahua
Próstata	44,9	18,0	9,1	23,3	20,3	17,1	
Piel	32,8	10,2	7,6	20,6	38,8	12,3	
Estómago	24,6	14,4	20,2	23,3	41,1	37,0	21,3
Sistema hematopoyético	11,8	4,5	7,0	10,5	16,0	4,9	
Ganglios linfáticos	8,4	5,7	3,3	6,2	8,2	3,0	
Pulmón	9,5	5,8	7,8	4,9	6,1	8,2	
Colon	6,3	3,5	4,1	2,9	7,5	5,9	
Testículo	4,5	0,7	1,1	3,4	2,5	0,5	
Páncreas	3,1	1,3	0,5	3,2	1,6	3,8	
Todas las localizaciones	199,1	85,1	79,5	135,7	198,9	128,9	
Todas menos piel	166,2	74,9	71,8	115,1	160,1	116,6	

Tasas de incidencia x 100.000 hombres

Fuente: Corral, Cueva, Yépez (2004)

Respuestas institucionales frente al cáncer

El cáncer comprende una serie de enfermedades cuyo desarrollo, en la mayoría de los casos, no solamente afecta la parte orgánica de los pacientes, sino además su estado emocional, desequilibra a la familia y agota sus recursos económicos, dado que el tratamiento es altamente costoso. Por costo, requerimientos de capacidad técnica del personal y por requerimientos tecnológicos, el cáncer es accesible para tamizaje² sólo en pocas localizaciones. E inclusive allí donde sí es posible hacerlo, los resultados han sido cuestionables. Pongamos como ejemplo el cáncer de cerviz. En cuanto a mortalidad, esta dolencia no ha presentado variaciones importantes pese a los esfuerzos desplegados. Como se ha señalado en algunos foros, esto podría atribuirse a los siguientes factores: ausencia de un ente coordinador, baja cobertura entre la población de bajo riesgo (mujeres jóvenes), toma inadecuada de las muestras, laboratorios con bajos volúmenes y sin control de calidad, ausencia de sistemas de información que faciliten el seguimiento y fallas en el sistema de suministros (Herrero, 1991).

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) seleccionó a Quito y Portoviejo, como áreas donde se desarrollaría un proyecto demostrativo de detección oportuna de cáncer cérvico uterino en el Ecuador. Aparte de considerar esta dolencia como un problema de salud pública (Corral, Cueva, Yépez, Montes, 1996), se seleccionaron específicamente aquellas localidades porque cumplían con el requisito de disponer de un registro de cáncer poblacional de calidad confiable (Cueva, Yépez, 2002). En este proyecto confluyeron esfuerzos del Ministerio de Salud Pública (MSP), de la Dirección Provincial

de Salud de Pichincha en Quito, y en Manabí del Seguro Social.

Por otro lado, también existen esfuerzos interesantes que apuntan a normar los procedimientos de atención primaria para identificar precozmente algunos cánceres. Esto se consolidó en el “Manual de normas y procedimientos de atención primaria para la detección temprana de neoplasias prevalentes en el Ecuador”. Finalmente, aunque existen actividades orientadas a prevenir la aparición de algunos tipos de cáncer, desgraciadamente estos esfuerzos todavía no tienen el nivel de organización ni el peso que deberían tener para impactar en este problema. Por ejemplo, como se ha demostrado contundentemente, el consumo de cigarrillos está asociado a la generación del cáncer, pero todavía no existe una política que establezca la prohibición de la promoción de su consumo. Sobre este problema, es frecuente pensar que una regulación sobre el consumo de tabaco afectaría los ingresos fiscales por los impuestos que esta industria aporta y por el empleo que genera a lo largo de todo el proceso productivo (desde la plantación hasta la comercialización). Sin embargo, en algunos países desarrollados, análisis económicos han demostrado que lo que el Estado gasta en tratar las afecciones provocadas por el consumo de cigarrillos (no solamente el cáncer), es absolutamente mayor que lo que ingresa por la actividad comercial.

En relación al vínculo entre la actividad económica y el cáncer, son destacables los esfuerzos de un grupo de investigadores quienes, defendiendo la vida de los pobladores de la amazonía, actualmente incursionan en exploraciones que arrojan resultados preocupantes sobre el cáncer

2. Esta palabra se utiliza en medicina para referirse a exámenes que se realizan en personas sanas para detectar lesiones tempranas que tal vez puedan justificar la realización de profundizaciones diagnósticas. Equivale al término *screening* en inglés.

ligado a la exploración-explotación petrolera en el oriente del país. Son estudios relevantes y de compromiso ético y humano que ponen en el tapete el conflicto entre los limitados criterios de rentabilidad y la defensa pública de la salud (San Sebastián, 2000, San Sebastián, Hurtig, 2005, San Sebastián, Armstrong, Córdoba, Stephens 2001, San Sebastián, Hurtig, 2002).

En otro ámbito, actualmente existe en Quito un programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino que ha demostrado su efectividad. Esto se evidencia en la reducción de la incidencia y la mortalidad del cáncer invasor. Se ha logrado la coordinación interinstitucional entre el MSP y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) Núcleo de Quito. El impacto logrado, gracias a la inteligente coordinación y la lucha tenaz liderada por Elizabeth Montes, destacada patóloga de SOLCA, se fundamenta en la coordinación, el enfoque en grupos de riesgo, la capacitación técnica para toma de muestras y envío, la centralización de lectura citológica, el control de calidad del laboratorio, la elaboración y utilización de programas automáticos para almacenamiento y procesamiento de información de las usuarias, la definición de red de referencia y contrarreferencia, y la delimitación de responsabilidades para resolución de patología identificada. Todas estas innovaciones, además, han permitido que el laboratorio de citología

de SOLCA de Quito sea considerado entre los mejores de América Latina. Esta experiencia está siendo replicada, aunque todavía de manera limitada, en otras regiones del país. Debería asumirse íntegramente el éxito logrado para incorporar lo aprendido y poder ampliar el beneficio a otras regiones del Ecuador.

En lo que se refiere a la detección temprana del cáncer de mama, al momento no existe un programa en marcha en ninguna parte del país. Solo existen esfuerzos circunscritos a la demanda espontánea de mujeres que, gracias a su nivel educativo, o impulsadas por experiencias cercanas de la enfermedad, acuden a exámenes de control. Como se ha mencionado, este cáncer tiene una tendencia sostenida creciente. En Quito pasó ya al primer lugar en incidencia y amerita planificar acciones para enfrentarlo.

Por último, el cáncer gástrico, que es el que mayor mortalidad produce, ha sido objeto de interés de algunos investigadores nacionales que han puesto algunos elementos de juicio para su discusión (Robles, 2002, Touma, Salvador, 2000, Cueva, Yépez, 1999). Cabe destacar todo el trabajo que el eminente patólogo colombiano Pelayo Correa, ha desarrollado sobre cáncer de estómago. Una apretada síntesis del mismo fue presentada en el XXIV Curso de Patología Quito 2003 (Pelayo, 2003).

Bibliografía:

- Corral, Fabián, Patricia Cueva, José Yépez y Elizabeth Montes, 1996 "Limited Education as a Risk Factor in Cervical Cancer" en *Bulletin of the Pan American Health Organization* (Washington) Volume 30, Number 4.
- Cueva, Patricia y José Yépez, "Cáncer en Ecuador tiene un registro confiable" en *Desafío. Revista de Divulgación de Ciencia y Tecnología de Ecuador* (Quito) Año 3, N° 6.
- Cueva, Patricia y José Yépez 1999 *Cáncer gástrico en Tungurahua* 1996 Tesis desarrollada para obtener la Maestría en Salud Pública (Quito: Instituto Superior de Salud Pública).
- Hartman, Silvia 2002 "Perfil epidemiológico en el Ecuador a fines del siglo XX" en OPS *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).
- Herrero, Rolando 1991 "Causas del fracaso de los programas de detección oportuna de cáncer de cérvix". Exposición en la Reunión de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC). Quito, 1991.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 1980, 1985, 1990, 1996, 1999, 2003 *Anuario de Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones* (Quito: INEC).
- Correa, Pelayo 2003 "Las causas y la prevención del Cáncer Gástrico". XXIV Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Patología. Quito, octubre 2003.
- Corral Fabián, Patricia Cueva y José Yépez (editores) 2004 *Epidemiología del cáncer en Quito y en otras regiones del Ecuador* (Quito: RNT).
- Robles, Carlos (editor) 2002 *Cáncer gástrico* (Portoviejo: Sociedad Ecuatoriana de Gastroenterología).
- San Sebastián, Miguel y Anna-Karin Hurtig 2005 *Sachapi tapusa. Investigaciones sanitarias en la amazonía ecuatoriana 1998-2003* (Quito: CICAME).
- San Sebastián, Miguel 2000 *Informe Yana Curi: impacto de la actividad petrolera en la salud de poblaciones rurales de la amazonía ecuatoriana* (Quito: CICAME / Abya Yala).
- San Sebastian, Miguel, Ben Armstrong, Juan Córdoba y Carolyn Stephens 2001 "Exposures and Cancer Incidence Near Oil Fields in the Amazon Basin of Ecuador en *Occupational and Environmental Medicine*" (London) N° 58.
- San Sebastián, Miguel y Anna-Karin Hurtig "Cancer Among Indigenous Populations in the Amazon Basin of Ecuador, 1985-2000" (A publicarse en la *Revista Panamericana de Salud Pública*).
- San Sebastián, Miguel y Anna-Karin Hurtig 2002 "Incidence of Childhood Leukemia and Oil Exploitation in the Amazon Basin of Ecuador" en *International Journal of Epidemiology* (Oxford) No 31.
- Sempértegui, Roberto, Marcelo Moreano y Adriana Carvajal 2002 "Evolución epidemiológica en el Ecuador del siglo XX" en OPS *El Cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS / OMS y la salud pública en el Ecuador del siglo XX* (Quito: OPS/OMS).
- Touma, Marcelo e Iván Salvador 2000 *Epidemiología del cáncer gástrico* (Quito: MYL).

Violencia social

Dimitri Barreto Vaquero*

La violencia considerada como la imposición interhumana de un grado de dolor y sufrimiento evitable, constituye uno de los factores más reiterativos en el mundo como causa de traumatismos, enfermedad y muerte. La violencia es una construcción social desencadenada por infinidad de motivos, que van desde actitudes y sentimientos personales tan profundos como la envidia, los celos, el resentimiento y el odio, hasta expresiones colectivas que encarnan un deseo de poder y dominación, o respuestas a la explotación, la injusticia y las carencias. Difícilmente se puede entender a la violencia como un simple problema moral o como producto inevitable del destino (Spinelli, 2005). Tampoco es aceptable estimar que la violencia es fruto de la ignorancia y que a través del desarrollo socio-económico, ésta se supera. La simplificación de responsabilizar de los hechos violentos a actores pobres o a sujetos con graves desequilibrios mentales, es también un enfoque reduccionista que no aporta a la comprensión cabal del problema. La violencia es el resultado de una relación social conflictiva que surge de intereses y poderes que no encuentran soluciones distintas a la fuerza (Carrión, 1994).

Una constante en el análisis de la violencia radica en su diferenciación con la agresividad, considerada como característica natural de los seres vivos del reino animal, incluido el ser humano. En la gran mayoría de individuos, la agresividad humana innata es controlada por el proceso de socialización, y si bien de manera excepcional hay quienes quedan al margen de

este condicionamiento, la presencia de tales individuos en un momento histórico y en un conglomerado social no son determinantes para la prevalencia de los actos violentos (Lera, 1974). La violencia, entendida como una construcción social y no como un fenómeno natural, es sin duda una de las formas más recurrentes de profanación de la conciencia humana y del menosprecio por los derechos naturales de la persona. Como lo señala Ángel María Lera, “tan acto de agresión es un tiroteo en las calles como la intervención de la correspondencia o del teléfono privado. Tan violento y tan antisocial es el hombre que coloca un explosivo o atenta contra la vida de un adversario ideológico, como el que, detrás de un escritorio, dispone una subida de precios, una jugada bursátil” (Lera, 1974: 8).

Las principales manifestaciones de violencia social que impactan en el proceso salud-enfermedad son: accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Estas tres acciones pueden ser objetivamente registradas estadísticamente, aunque siempre habrá que tomar los datos oficiales con reserva por lo difícil que resulta transparentar este tipo de información en todo conglomerado social, dando como resultado un significativo subregistro. En efecto, en América Latina se estima que más de la tercera parte de las muertes violentas no son registradas por las estadísticas. Un porcentaje elevado de suicidios son registrados como accidentes o bajo cualquier otro causal (Spinelli, 2005). Ahora bien, existen otros actos de violencia que también inciden en la salud pública, especialmente a nivel de la morbilidad: el maltrato infantil, el maltrato

* Profesor principal, Área de Psiquiatría – Universidad Central del Ecuador

a la mujer, la violencia sexual y el maltrato institucional. Al respecto, no sólo la persona que ha sido objeto de violencia debe ser considerada como afectada por un problema de salud, sino también sus familiares y allegados, cuya salud mental puede ser comprometida.

Es necesario establecer una diferencia conceptual entre acto violento y accidente. No es factible homologar a todo accidente como hecho violento. Sin embargo, es difícil poder establecer límites que separen los unos a los otros, por ello es tan frecuente que en muchos estudios se incluyan a los accidentes de tránsito como hechos violentos. En lo que respecta a este trabajo, accidentes como caídas, ahogamientos, quemaduras, explosiones o asfixias, quedan fuera del marco de análisis. Sólo se incluye a los accidentes de tránsito, pues es internacionalmente reconocido que muchos de estos accidentes son deliberados y por lo tanto tienen una intencionalidad suicida.

La violencia social en el Ecuador

El período de análisis de las muertes por causas violentas en las últimas décadas en el Ecuador, coincide con el denominado período democrático, caracterizado por la inestabilidad en todos los ámbitos del acontecer nacional. No es un objetivo de este documento su descripción y análisis, pero como marco referencial, para comprender la epidemiología de la violencia, cabe remarcar algunos hechos. La inestabilidad política se expresa en varios acontecimientos: la presencia de 12 presidentes en 25 años; el derrocamiento de tres presidentes por sendos levantamientos populares; la ingerencia de los partidos políticos en la administración de justicia; el descrédito permanente de la función legislativa y de los organismos de control; la descomposición de las Fuerzas Armadas; y el progresivo dismantelamiento de las instituciones estatales. En lo que respecta al campo económico, cabe anotar: el galopante crecimiento de la

inflación; la impagable deuda externa; las medidas de ajuste con menoscabo del gasto social; el feriado bancario (cuando el gobierno incautó los ahorros de millones de ecuatorianos a favor de los intereses de pocos banqueros); el proceso de dolarización y la eliminación de la moneda nacional; y los condicionamientos del FMI y el Banco Mundial, expresiones de los aspectos excluyentes de la globalización económico-financiera. Adicionalmente, en lo internacional, durante el período atestiguamos: dos conflictos bélicos con el Perú; la presencia de una base militar norteamericana en Manta; el influjo del Plan Colombia en la frontera norte; y la debilidad negociadora de los funcionarios nacionales frente a las presiones internacionales. Por último, en lo social, las altas tasas de pobreza y miseria, la incontenible migración al exterior y la corrupción a todo nivel, configuran un cuadro no precisamente alentador. Todos estos hechos coexisten en la cotidianidad de los ecuatorianos e inciden en mayor o menor grado en el proceso salud-enfermedad.

Las defunciones por causas violentas

Para el presente estudio, se toman como fuente única de información estadística los datos del INEC (1980–2004), tanto en lo relacionado con causas de defunciones como en las proyecciones de población a partir de los diferentes censos nacionales.

En el año de 1973 aparecen por primera vez los accidentes de tránsito dentro del grupo de las diez primeras causas de muerte y desde entonces se mantiene como tal. Posteriormente, en 1982, el homicidio se incluye entre las diez primeras causas de muerte de los ecuatorianos. En determinados grupos de edad, junto al homicidio, el suicidio se mantendrá como una de las principales causas de muerte. En 1980, mueren por las tres causas señaladas (accidentes de tránsito, homicidio y suicidio) 2.910 ecuatorianos y en el 2004 se registran 4.116 defunciones por estas causas, configurándose

Cuadro 1

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio y homicidio Ecuador (1980-2004)*

Período	Accidentes de tránsito	Suicidio	Homicidio
1980	27,18	2,96	6,31
1985	19,89	4,55	9,44
1990	21,48	4,64	10,93
1995	16,09	4,77	13,55
2000	16,21	4,25	16,49
2004	11,13	4,29	16,15

Fuente: INEC (1980-2004)

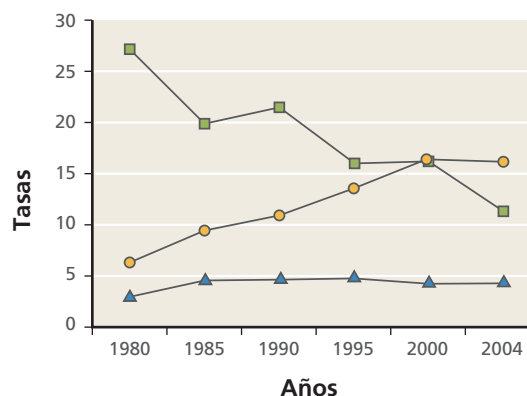
* Tasa por 100.000 habitantes

de esta manera el cuadro contemporáneo de la epidemiología de la violencia.

Las muertes por causas violentas desde 1980 hasta el 2004 reflejan importantes cambios epidemiológicos. Mientras en 1980 los accidentes de tránsito tenían una tasa muy elevada (27,18), las tasas por suicidio (2,96) y homicidio (6,31) se podrían considerar como bajas. Sin embargo, los cambios demográficos, económicos, sociales y políticos del país conllevaron a un importante cambio en el perfil epidemiológico de las tres causas de mortalidad de las que se ocupa este estudio. Durante el período 1980–2004, las muertes por accidentes de tránsito disminuyen a 11,13 por cada 100.000 habitantes, apreciándose en general una franca tendencia hacia la baja de esta causa de muerte. Por su parte, las muertes por homicidios aumentaron a 16,65, es decir se incrementaron en un 260% (a pesar de que en el último quinquenio existió una muy leve mejoría de este indicador). Finalmente, la tasa de suicidio tuvo un incremento del 150% en el primer quinquenio del período, para mantenerse relativamente estable a lo largo de los últimos 20 años.

Gráfico 1

Evolución de las tasas de mortalidad por violencia Ecuador (1980-2004)



* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: INEC (1980-2004)

Las tres causas en su conjunto dieron una tasa de mortalidad por violencia que fluctuó desde 33,88 por cada 100.000 habitantes en 1980, hasta 31,57 en el año 2004. La tasa conjunta más alta corresponde a la del año 1985 (37,05).

Como se puede apreciar en el cuadro 2, la distribución de las tres causas de muerte no es homogénea en el país. Por el contrario, existen diferencias importantes al considerar las regiones geográficas. En la sierra siempre se encuentran tasas más altas para las muertes por accidentes de tránsito, mientras que en la costa, los homicidios alcanzan las cifras más altas (en ocasiones son hasta tres veces mayores que las de la sierra). Por su parte, en el oriente se constata un crecimiento muy rápido, a partir de finales de los años ochenta, de la tasa de homicidios: el mayor crecimiento se da entre 1980 a 1990, básicamente a expensas de lo que sucede en la provincia de Sucumbíos. Los suicidios son similares en las regiones de sierra y costa y ligeramente más bajos en el oriente. Como último apunte, en las provincias de la sierra

Cuadro 2

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio y homicidio por regiones geográficas Ecuador (1980-2004)

Año	Acc. trans.	Sierra Suicidio	Homicidio	Acc. trans.	Costa Suicidio	Homicidio	Acc. Trans.	Oriente Suicidio	Homicidio
1.980	33,70	2,81	349	21,38	3,09	9,08	6,28	0,93	1,74
1.990	27,93	4,59	6,33	16,58	4,73	15,35	9,62	3,38	11,18
2.000	21,16	5,00	12,09	12,75	3,38	20,58	6,01	6,01	14,48
2.004	13,71	4,46	8,77	9,28	4,09	23,08	6,85	2,93	12,88

Fuente: INEC (1980-2004).

* Tasa por 100.000 habitantes

hay un mayor riesgo de accidentes de tránsito, lo que puede estar asociado a las características geográficas por donde atraviesan las carreteras.

En cuanto a la relación urbano-rural de las muertes de violencia, tenemos que en 1993, los homicidios en las ciudades alcanzaban una tasa de 14,82 frente a 10,32 en el campo. Para 1999, la tasa urbana de homicidios subió a 18,46, en tanto que la rural descendió a 8,70, y para el año 2004 la tasa urbana se ubicó en 21,31 y la rural en 6,55.

Como se puede observar, la mortalidad por actos violentos tiene un franco predominio en las ciudades, hecho que es coincidente con lo que acontece en otros países del continente. Gustavo De Roux (1998) señala que en América Latina las ciudades se desarrollan sobre una cultura que admite la violencia como instrumento para resolver diferencias y solucionar conflictos, fenómeno cuyas consecuencias se expresan en muerte, enfermedad y discapacidad. Ecuador no escapa de esa realidad.

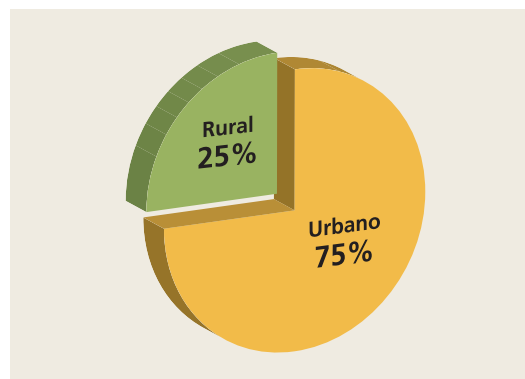
Por su parte, la tasa de suicidios se ha mantenido relativamente estable en la ciudad: de 5,64 en el año 1993 pasó a 5,16 en el 2004. En el sector rural se aprecia una tendencia hacia la disminución de esta causa de muerte, pasando de una tasa de 3,84 en 1993 a una de 2,67 en el 2004.

En cuanto a la tasa de muertes por accidentes de tránsito, se constata un paulatino decremento tanto en las ciudades como en el campo. Para 1993, en las ciudades la tasa era de 22,57; en 1999 baja a 16,86; y, en 2004, se redujo a 12,88. En las zonas rurales, en 1993 la tasa era de 17,13; en 1999, de 11,12; y, en el 2004 descendió a 7,89.

A nivel provincial (cuadro 3), el comportamiento epidemiológico por causas externas tiene marcadas diferencias. Mientras que aproximadamente durante los últimos veinticinco años, en todas las provincias han bajado las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, el porcentaje de

Gráfico 2

Relación urbano-rural de las muertes violentas Ecuador (1993-2003)



Fuente: INEC (1980-2004)

disminución es diferente entre ellas. Las que acusan un mayor descenso son Imbabura, Pichincha, Tungurahua, Cañar, Azuay, Guayas y las cuatro provincias orientales más antiguas: Napo, Pastaza, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

En cuanto a las tasas de suicidio, analizando los dos puntos extremos del periodo 1980–2004, vemos que en tres provincias estas tasas descienden en sus valores: Pichincha, Napo y Zamora. En las restantes provincias se registran incrementos de diferente magnitud, siendo las más elevadas Carchi y Bolívar. Para los homicidios, es llamativo el caso de la provincia de Esmeraldas: a lo largo del período se mantiene siempre con las tasas más elevadas, siendo superada únicamente en el año 2004 por Sucumbíos. Esta última provincia, creada en 1989, empieza su historia epidemiológica con tasas elevadas de mortalidad por causas externas: en 1990, los homicidios tienen una tasa de 27,22, en 1995 desciende a 17,85, para duplicarse en el 2000, llegando a 34,53, y finalmente en el 2004 alcanzan 38,03. Esta provincia, al igual que Esmeraldas, con la que comparte las tasas de homicidio más elevadas, se ubica en la frontera con Colombia y está bajo el influjo del conflicto bélico del vecino país (hecho que probablemente repercuta en la situación interna de ambas provincias). Los Ríos es la tercera provincia en cuanto a tasas de homicidios. Y Pichincha, por su parte, es la provincia en la que más se ha incrementado la tasa de defunciones por homicidios. Le siguen Manabí, Imbabura y Carchi.

Durante la década de los noventa, al considerar las tasas de suicidio, la provincia de Cañar ocupó el primer lugar: sus niveles de suicidio son más del doble del promedio nacional. A partir del año 2001, empieza un descenso, pero la tasa de suicidio se mantiene siempre por encima del promedio nacional. Es muy probable que el fenómeno migratorio que acusa Cañar, con las secuelas de hogares incompletos y desorganización familiar, incida en el comportamiento suicida de sus habitantes. Para el 2004 Sucumbíos

tuvo la más alta tasa de suicidio, y le siguieron Carchi, Cotopaxi y Azuay.

No es posible encontrar una clara asociación entre pobreza y defunciones por homicidio y suicidio. De acuerdo al único Informe sobre Desarrollo Humano en el Ecuador (PNUD, 1999), en 1999 la pobreza tuvo una incidencia del 77,8% en la zona rural de todo el país, y para el mismo año, la mortalidad por homicidios en la zona rural fue de 8,7. En las ciudades, la incidencia de la pobreza fue de 44,6%, y allí la tasa de homicidios era de 18,46. En la costa, la pobreza tuvo una incidencia de 54,3%, que es menor en 8,3 puntos en relación a la sierra; sin embargo, sus tasas de homicidios siempre fueron superiores a las de la región interandina.

En 1980, por las tres causas de violencia, se tenía un promedio de 7,8 personas fallecidas diariamente. Para 1990, este dato se ubica en 9,8 fallecimientos. En el año 2000, la cifra diaria llega a 12,8. Y para el año 2004, tenemos un ligero descenso a 11,3 fallecimientos. A pesar de este último descenso, el hecho de que mueran cada día más de 11 personas por actos violentos genera un sentimiento de inseguridad en la población.

En relación al sexo, las defunciones por actos violentos tienen una mayor incidencia entre los hombres sin tomar en consideración los grupos de edad. Los hombres no son solamente los principales causantes de hechos violentos, sino que también son sus principales víctimas. Del total de defunciones por causas externas, el 80% corresponde a fallecimientos masculinos, en tanto que el 20% a femeninos (Palomeque, 2000). Para el caso de los homicidios, a lo largo del período se constatan grandes diferencias entre sexos: se registran entre 6 a 18 veces más homicidios masculinos frente a los femeninos. Para el suicidio y para los fallecimientos por accidentes de tránsito, la relación de los hombres frente a las mujeres es ligeramente mayor: de 3 a 1.

Cuadro 3

Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, suicidio, homicidio, por provincias Ecuador (1980-2004)*

Provincia	1980			2004		
	Accidentes Tránsf.	Suicidio	Homicidio	Accidentes Tránsf.	Suicidio	Homicidio
Carchi	42,22	0,78	1,56	19,22	7,44	6,82
Imbabura	40,98	2,05	4,09	12,61	4,56	7,24
Pichincha	39,21	3,36	2,34	13,99	3,11	12,12
Cotopaxi	21,95	2,50	2,50	16,18	6,78	13,56
Tungurahua	41,52	3,66	1,83	17,71	7,38	3,79
Bolívar	18,93	0,67	7,43	11,29	3,95	16,93
Chimborazo	24,28	3,94	4,25	16,36	5,61	5,14
Cañar	38,33	2,77	6,11	14,17	5,48	3,65
Azuay	38,19	2,50	2,95	9,63	6,21	4,04
Loja	13,68	1,67	7,59	8,47	3,76	5,41
Esmeraldas	18,18	2,42	14,95	11,52	5,28	36,27
Manabí	13,28	2,17	6,18	7,33	3,31	18,30
Los Ríos	17,98	4,21	11,32	15,06	5,25	33,40
Guayas	25,18	3,42	9,73	8,09	4,02	21,88
El Oro	25,96	2,38	5,07	12,86	4,02	18,70
Napo	28,35	5,31	6,20	10,15	3,38	5,64
Pastaza	12,31	-	3,07	4,31	2,87	8,62
Morona S.	13,43	2,98	10,45	2,38	-	-
Zamora Ch.	20,10	-	-	2,88	2,88	11,53
Sucumbios	...	...	...	9,20	7,47	38,03
Orellana	...	...	...	13,10	1,00	8,06
Galápagos	16,15	-	-	-	-	-

Fuente: INEC (1980-2004)

* Tasa por 100.000 habitantes

A partir de 1995, los suicidios constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, los accidentes de tránsito entre los niños de ambos sexos de 9 a 14 años, y el homicidio entre los varones de 19 a 29 años. Los niños y niñas menores de 9 años constituyen también un grupo vulnerable para los accidentes de tránsito. Llama la atención el paulatino crecimiento de los casos de suicidio entre los menores de 14 años, especialmente entre mujeres.

En el estudio “El peso de la enfermedad en el Ecuador” realizado por CEPAR en 1995, se señala que debido a los fallecimientos por accidentes de tránsito, homicidios y ahogamientos, el Ecuador alcanzó una cifra de 269.774 Años de Vida

Potencial Perdidos (AVPP), que corresponde al 23% del total de habitantes, siendo el sexo masculino el más afectado.

Colofón

El impacto de la violencia en el proceso de salud-enfermedad es un hecho omnipresente en la humanidad y se expresa a través de enfermedad, discapacidad y muerte, situaciones que demandan de ingentes recursos para su atención. No existe una manifestación uniforme de la violencia, por el contrario, ésta se manifiesta en infinidad de formas, dependiendo del momento histórico y de cada sociedad concreta. En el Ecuador tenemos

formas de violencia similares en unos casos y diferentes en otros a la de los países vecinos. Al interior de Ecuador, se evidencian diferencias de tipo regional y constantes modificaciones con el devenir del tiempo. Cualquiera sea la forma de expresión de la violencia en nuestro medio, ésta constituye un problema nacional de interés público e individual.

Las características más sobresalientes de la violencia en Ecuador y sus consecuencias de muerte son las siguientes. Durante el último cuarto de siglo, la violencia social se ha instaurado como parte de la vida cotidiana en las ciudades, donde confluyen infinidad de factores que generan un sentimiento de inseguridad y una tendencia a enfrentar conflictos mediante el uso de la fuerza. Las ciudades fraccionan a las familias, consolidan el individualismo competitivo, segregan a importantes sectores sociales, ahondan las diferencias económicas y sociales, presionan en el uso del tiempo, incrementan el hacinamiento y también la frustración ante la escasez de bienes y servicios públicos. En ese ambiente, aparecen la anomia (o ausencia de valores) y la alienación (o sentimiento de extrañamiento) en infinidad de individuos, que algún momento se convertirán en víctimas y victimarios. Las dos grandes ciudades del país, Quito y Guayaquil, son escenario de elevadas tasas de muerte por accidentes de tránsito y homicidio.

Los acontecimientos políticos, económicos y socio-culturales han contribuido para que se de una cierta tendencia a la desconfianza entre congéneres y al menosprecio al derecho del otro, incluyendo el derecho a la vida. De ahí que el homicidio se haya constituido en el componente más importante dentro de las llamadas causas externas de muerte. Sin embargo, resulta difícil encontrar una explicación coherente para

justificar las diferencias en la tasa de homicidios que se da entre las regiones de sierra y costa.

Los hombres no son únicamente los agresores, sino que ocupan porcentajes altos entre las víctimas mortales por las tres causas analizadas. Con justa razón, en el país se ha generado una conciencia creciente de respeto, equidad y no violencia contra la mujer; sin embargo, ante la realidad estadística, es necesario impulsar medidas que favorezcan la disminución de la violencia de los hombres y en contra de los hombres.

En los últimos años, especialmente a raíz del “feriado bancario”, buena parte de los ecuatorianos han invertido sus ahorros en la adquisición de vehículos, habiéndose incrementado sustancialmente el denominado parque automotriz. Paradójicamente, a pesar de este incremento, asistimos a una reducción paulatina de las muertes por accidentes de tránsito, a pesar de lo cual ésta continúa siendo la segunda causa externa de muerte. Sin duda, las condiciones geográficas contribuyen a que sea en la serranía (con su topografía absolutamente irregular) donde se producen la mayor cantidad de accidentes y de muertes por este motivo.

Un hecho que debe preocupar a todo el conglomerado social, y particularmente a las instituciones públicas, es el influjo de la conflictividad del vecino del norte, Colombia, en nuestra vida. La mayor evidencia de que habrá que encontrar una asociación entre el conflicto colombiano y nuestra realidad epidemiológica radica en que son dos provincias fronterizas (Esmeraldas y Sucumbíos) las que tienen las tasas más elevadas de homicidio. Si bien en Esmeraldas éste es un problema antiguo, en los últimos años se ha incrementado cuantitativamente. En Sucumbíos, de otro lado,

el homicidio es un problema que aparece desde que se constituyó en provincia, sin mayores antecedentes de hechos similares en el pasado.

También hay que tomar en cuenta al proceso de migración de miles de ecuatorianos al exterior como un condicionante de ciertas formas de violencia. La provincia que mayor flujo de habitantes ha tenido es Cañar, y es allí donde se encontraron las tasas más altas de suicidio del país a lo largo de la década de los noventa.

La salud pública en nuestro país tiene retos importantes para el futuro. Entre esos retos debe resaltarse, con fuerza y perseverancia, la lucha contra todas las formas de violencia. Es imposible aspirar a que ésta desaparezca de nuestro medio: mientras existan hombres y mujeres con conflictos, habrá una probabilidad de actos violentos. Pero sí es posible y constituye una obligación pública y de cada ciudadano contribuir para que disminuyan al máximo el número de víctimas y de victimarios de cualquier tipo de violencia.

Bibliografía:

Carrión, Fernando 1994 “De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. Ciudad y violencias en América Latina” en *Gestión Urbana* (Quito) Vol.2.

De Roux, Gustavo 1994 “Ciudad y violencia en América Latina” en *Gestión Urbana* (Quito) Vol.2.

INEC. *Anuario de estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. 1980 – 2004* (Quito: INEC).

Lera, Ángel María 1974 *Diálogos sobre la violencia* (Barcelona: Editorial Plaza-Janes).

Palomeque, Edison 2000 *Diagnóstico sobre seguridad ciudadana en el Ecuador* (Quito: FLACSO).

PNUD 1999 *Informe sobre Desarrollo Humano. Ecuador* (Quito: PNUD).

Spinelli, Hugo 2005 *Muertes violentas en la ciudad autónoma de Buenos Aires: una mirada desde el sector salud* (Buenos Aires: OPS).

Varios Autores 2002 “Accidentes y violencia en el Ecuador del Siglo XX” en OPS *El Cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS).

Zaida, Betancourt 1992 “Aproximación inicial al conocimiento de la epidemiología de los accidentes y violencia en el Ecuador” en Varios Autores *Panorama epidemiológico del Ecuador* (Quito: MSP).

El entorno en que vive la gente

Los riesgos naturales

Marcelo Aguilar*¹

Xavier Coello*²

Othón Cevallos*³

Patricia Coral*⁴

Introducción

Históricamente, el Ecuador ha sido afectado por desastres naturales y antrópicos que han causado significativos daños a la población. Para mencionar dos fenómenos importantes, en el país han ocurrido grandes y devastadores terremotos (como los de Ambato en 1949, el de Esmeraldas en 1983 o el de Napo en 1987), y los efectos causados por el fenómeno de El Niño (El Niño Oscilación Sur –ENOS–) han afectado seriamente el bienestar de la población y el desarrollo. Algunos eventos más recientes, como el deslizamiento de la Josefina en 1993, el terremoto de Pujilí, el ENOS de 1997–1998, el terremoto de Bahía de Caráquez, la activación de los volcanes Tungurahua, Guagua Pichincha y Reventador, además de las crecientes amenazas de accidentes químicos, plantean un serio desafío para el desarrollo del país.

La vulnerabilidad natural del Ecuador, que depende de sus condiciones geomorfológicas, climáticas y de su localización, expone a la población a inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, marejadas, deslizamientos, sequías e incendios. A esta condición se suman los factores dependientes del deterioro socioeconómico y ambiental ocurrido en las últimas décadas, y la presencia de diferentes factores industriales que configuran distintos riesgos para la población. Los desastres constituyen momentos de ruptura o crisis en el desarrollo de las comunidades

y, en la mayoría de los casos, retroceso socioeconómico. Esto, por ejemplo, ocurrió en el último ENOS de 1997–1998, cuyos efectos negativos hicieron crecer la pobreza del 73,1 al 84,3%, y la indigencia del 25,5 al 28,8% en los cantones afectados (Gasparri, Velasco, 1999). En efecto, existe una estrecha relación entre los desastres y el desarrollo: procesos retroactivos ligando a los desastres con incrementos en la pobreza, configurando un círculo repetitivo y fatal (D’Ercole, Trujillo, 2003).

En la mente de la mayoría, la palabra “desastre” se asocia usualmente con eventos de gran magnitud que acarrearán pérdidas de vidas, de bienes y producción, que demandan de una inmensa ayuda humanitaria e implican sustanciales costos para el proceso de rehabilitación o reconstrucción de las sociedades afectadas. Sin embargo, aunque los eventos de gran magnitud son los que ocupan mayor atención y causan movilización social y humanitaria, los pequeños desastres que afectan a comunidades chicas y ocurren de forma habitual y casi silenciosa, son los que causan efectos sistemáticos en cada comunidad y su efecto acumulativo cobra dimensiones muy considerables. Desde esta perspectiva, para registrar todo evento que pueda considerarse como un desastre (aunque no sea “espectacular”), se requiere de una sólida documentación que permita homogeneizar, sistematizar y analizar las informaciones. Este aspecto constituye, precisamente, un gran

*1 Experto nacional en malaria

*2 Consultor, Proyecto Gestión del Riesgo ENSO en América Latina

*3 Consultor, Proyecto Gestión del Riesgo ENSO en América Latina

*4 Profesora, Departamento de Ciencias del Agua – Escuela Politécnica Nacional de Quito

limitante que requiere un significativo esfuerzo para ser superado. A pesar de esta dificultad para obtener y procesar adecuadamente la información, se puede clasificar a los efectos de un desastre en tres tipos distintos:

1) Efectos directos: relacionados a las afectaciones producidas en forma unidireccional a la salud pública, es decir, se trata de efectos directos sobre la integridad física de las personas.

2) Efectos encadenados: se refieren a fenómenos naturales que afectan infraestructuras, instalaciones y equipos destinados a la prestación de servicios de salud para la población, o que crean condiciones propicias para la proliferación de enfermedades.

3) Efectos derivados: relativos a las consecuencias producidas en la salud pública por el impacto en otros factores que tienen relación directa con el mantenimiento de los niveles de salud, como son la vivienda, el abastecimiento de agua potable, los alimentos, el saneamiento ambiental, la electricidad y la vialidad. (CAF, 2004).

Partiendo de esta clasificación, y basándonos en el Índice de Magnitud (IDM) –que cuantifica los efectos de los desastres sobre bienes materiales, servicios y personas, y la duración del evento– en lo que sigue se realiza una revisión de los eventos catalogados como desastres (de origen natural y antrópico) desde finales de los setenta hasta la actualidad en el Ecuador, y de su impacto en la salud pública¹. Los desastres se analizaron mediante tres dimensiones de distribución: a) el patrón temporal; b) la tipología de desastres; y, c) análisis de tipos de desastres combinados con

la distribución geográfica y tendencia temporal. Este esquema fue propuesto por el equipo de trabajo de Argentina con el fin de homologar el análisis de los desastres (LA RED-IAI, 2002). Su escala va de 0 (impacto nulo) hasta 30 (impacto máximo).

Por otro lado, en este estudio se realizó una revisión documental sobre los siguientes aspectos críticos: a) morbilidad de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica EPI1 y EPI2, registrada por el INEC; b) estudios realizados por la CEPAL sobre el impacto económico en salud; y, c) respuesta institucional frente a las emergencias y desastres. Finalmente, se realizó un taller de validación con la participación de 30 personas del sector salud que discutieron sobre un documento de trabajo entregado para el objeto. Participaron DIPLASEDE del Ministerio de Salud Pública (MSP), SAPYRS/MIDUVI, OPS/OMS, PNUD, Cruz Roja Ecuatoriana, Universidad Estatal de Bolívar y Municipio de Quito.

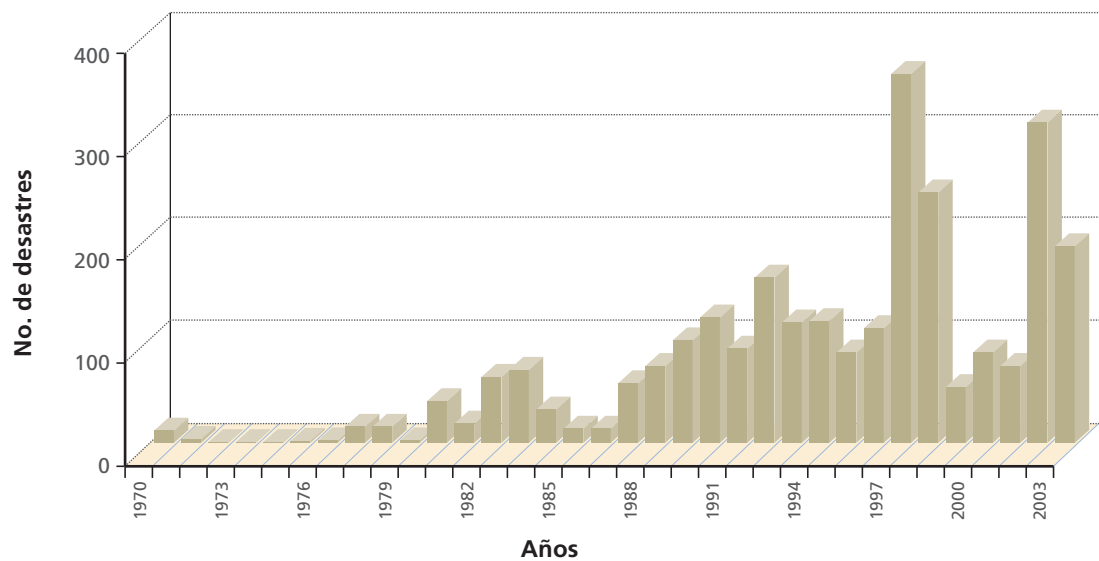
Los hallazgos

Los principales desastres ocurridos en el Ecuador entre 1978-2003 son los que se detallan a continuación: inundaciones (26,16%), incendios (17,08%), deslizamientos (15,73%) y lluvias (6,99%). Estos desastres abarcan el 66% de todos los eventos registrados, lo que muestra el gran peso de los eventos hidro-meteorológicos que tienen distintos efectos directos y encadenados, especialmente con el apareamiento de epidemias.

1. Para el efecto, se construyó una base de datos híbrida, usando el programa DesInventar –un software, diseñado y desarrollado por investigadores de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina (LA RED, 2000, 2000a) cuya contraparte nacional es la Escuela Politécnica Nacional. Este sistema recoge datos de hemeroteca (El Comercio y El Universo) que fueron completados, corregidos y validados con informaciones oficiales de la Defensa Civil, Cruz Roja, Ministerio de Salud Pública, ONG, ONU y otros inventarios (Zevallos, 1996, Coello, Zevallos, 2003).

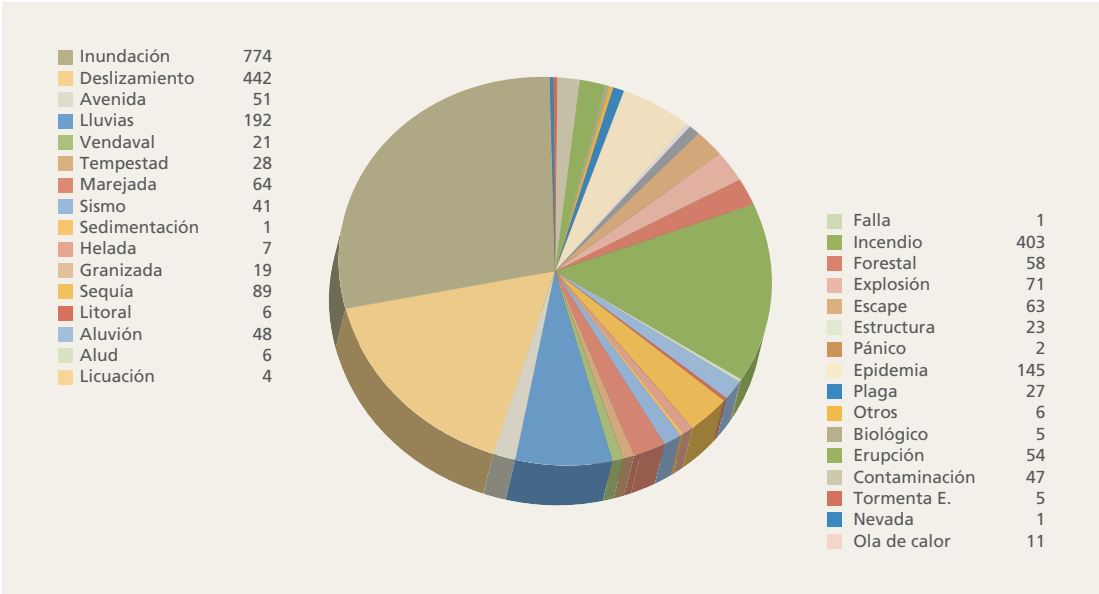
En ninguna institución se encontraron archivos completos y detallados sobre la ocurrencia de desastres y las informaciones son de diverso origen y calidad, pero esta base híbrida permite de todos modos un análisis más amplio que permite superar la visión clásica de los desastres como los eventos “que superan la capacidad nacional de respuesta”.

Gráfico 1
Histograma temporal de los desastres. Ecuador (1978-2003)



Fuente: DesConsultar (modificado por los autores)

Gráfico 2
Desastres más frecuentes. Ecuador (1978-2003)



Fuente: DesConsultar (modificado por los autores)

Los hallazgos muestran, para empezar, que los desastres más recurrentes son causados por deslizamientos, incendios e inundaciones. Por otro lado, se registra una tendencia a la concentración de eventos en las principales ciudades del país. En efecto, se pueden reconocer ocho centros regionales críticos a lo largo del Ecuador en los cuales se reportan desastres relacionados a variabilidad climática normal. Éstos son: 1) la zona del golfo de Guayaquil, que comprende los cantones costeros de las provincias de Guayas y El Oro; 2) Quito y cantones aledaños; 3) Cuenca; 4) Chone y Portoviejo; 5) Babahoyo, Milagro y La Troncal; 6) Esmeraldas y Quinindé; 7) Ambato y Riobamba; y, 8) Tena y Pastaza.

A partir de estos centros regionales, el reporte anual de desastres se dispersa en forma decreciente hacia los cantones del interior de cada provincia. Los cantones con mayor frecuencia de años con variación climática normal² son, en orden descendente: Quito, Guayaquil, Esmeraldas, Chone, Portoviejo, Babahoyo, Cuenca, Zamora, Santo Domingo, Ambato, Tena, Milagro, El Triunfo, Machala, Quinindé, Quevedo y Riobamba.

El patrón de concentración de eventos a partir de los centros regionales arriba mencionados se repite en los años afectados por el ENOS. Pero durante este fenómeno aparecen cantones que no reportan desastres en los períodos considerados normales. Asimismo, durante el ENOS se incrementa el promedio de eventos en relación a los años normales: por ejemplo, en Quito y Guayaquil se eleva de 1 desastre anual en años con variación climática normal, hasta 5 y 6 desastres anuales. Manabí, por su parte, muestra promedios altos, incluso en años normales. Durante un evento ENOS, sobre todo se incrementan los promedios de desastres en los

cantones del golfo de Guayaquil, en la península de Santa Elena, y en las provincias de Manabí y Esmeraldas. Cuenca y unos pocos cantones de la sierra central también incrementan sus promedios, y en otros únicamente se reportan desastres durante estos períodos. Finalmente, en otros cantones como Esmeraldas, Portoviejo, Babahoyo y Milagro, también se registra una alta influencia del ENOS sobre la ocurrencia de desastres.

En la sierra ecuatoriana la mayor parte de los cantones no muestran predominio de ninguna clase de eventos. La mayoría de cantones muestran baja influencia de la variabilidad climática normal e influencia nula del ENOS sobre la ocurrencia de desastres (a excepción de Cuenca, sobre todo, pero también de Ambato y Riobamba). En años normales, en la zona central de la sierra se presentan varios cantones con promedios más altos: Ambato, Riobamba y Alausí. Otra de las zonas donde se presentan variaciones considerables es Cuenca, con un promedio de 4 desastres en un año normal.

En suma, los promedios de desastres considerados por cantón muestran un comportamiento distinto en los años reportados. A diferencia de lo que ocurre en la sierra, en la costa ecuatoriana los cantones muestran promedios altos relacionados al ENOS, aunque los cantones de la línea costera de la provincia de Manabí y de la península de Santa Elena, así como Esmeraldas, Guayaquil y Machala, presentan promedios bajos en los períodos neutros. Al investigar el comportamiento de las precipitaciones en el Ecuador, Jörg Bendix y Astrid Bendix (1998) encontraron que, en general, la precipitación severa ocurre principalmente en la planicie costera hasta la línea de nivel de los 1.000 m, lo cual explicaría la mayor ocurrencia de desastres en los cantones ubicados en esa zona del país.

2. Se refiere a los años sin influencias climáticas del ENOS.

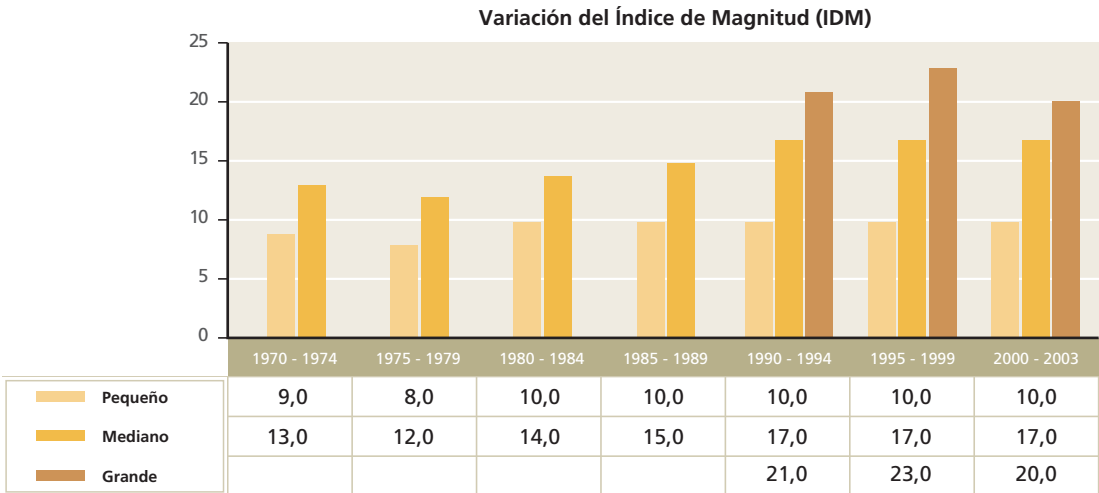
Comportamiento nacional de los desastres por su magnitud

El número de desastres a lo largo del período de estudio se ha ido incrementando. Pero también su impacto se ha ido ampliando. Esta afirmación no sólo se aplica a Quito, Guayaquil, Cuenca y Portoviejo, y los cantones que los rodean, sino también a cantones de la sierra central (Daqui, 2004). Esta tendencia se observa cuando se analiza el Índice de Magnitud (IDM) máximo a nivel quinquenal. Los eventos de mediana magnitud llegaron a su máximo en el quinquenio 1990-1994. De allí en adelante los desastres de gran magnitud han presentado menor variación de escala sin llegar a su extremo y una tendencia a disminuir su valor. Aunque los IDM no han llegado a los extremos máximos, no presentan una tendencia decreciente. Esto parecería indicar que existen procesos que aumentan la susceptibilidad de los sistemas físico-sociales, especialmente frente a los desastres de origen hidro-meteorológico.

Como anotamos anteriormente, los eventos más frecuentes son las inundaciones, los incendios, los deslizamientos y las lluvias. Pero desde el punto de vista de las afectaciones y del impacto, los que producen mayor número de efectos son, junto a las inundaciones y los deslizamientos, las erupciones, los sismos y las epidemias. En promedio, yendo en orden descendente, las inundaciones generan 6.816 afectados con 19 eventos por año reportados a nivel nacional; las epidemias generan 2.365 afectados y 5 eventos; las lluvias 1.860 afectados y 7 eventos; y los deslizamientos 1.715 afectados y 12 eventos por año. Todos éstos pueden considerarse como los tipos de eventos que generan mayor número de efectos sobre la población.

Ahora bien, más allá del impacto de muertos, heridos, desaparecidos y afectados que suele contabilizarse en los desastres, subyace una realidad no registrada: el pánico, las alteraciones emocionales, la ruptura familiar, la generación de violencia, y los diversos efectos que las pérdidas de bienes generan en las comunidades. Todos

Gráfico 3
Variación del número de desastres a nivel interquinquenal en función de su magnitud. Ecuador (1970-2003)



Fuente: EPN

éstos son efectos inconmensurables y de difícil evaluación cuantitativa.

Por fuera de esta dimensión no poco relevante, con la información disponible podemos hacer las siguientes observaciones. Las inundaciones ocurren mayormente en las provincias de Manabí, Los Ríos, El Oro y Esmeraldas. Por otro lado, los deslizamientos ocurren en los cantones del interior de la provincia de Manabí y, principalmente, en los cantones de la sierra ecuatoriana.

En lo que atañe a las epidemias –o incrementos de casos de una enfermedad– registradas desde 1982, se destacan de forma especial, primero, las grandes epidemias de malaria decurrentes de los ENOS de 1982-83 (78.599 en 1984) y 1997-98 (105.000 casos en el 2000). También llaman la atención por su impacto, la epidemia de dengue clásico de 1988 en Guayaquil (que afectó a unas 800.000 personas), y la epidemia de cólera de 1991, 1992 y 1993 (que afectó a 46.320 personas en el primer año, 32.430 en el segundo y 6.833 en el tercer año). El impacto que han tenido estas epidemias en el Ecuador ha sido inmenso. Por los gastos directos ocasionados y por las pérdidas laborales y de oportunidades de negocios, han afectado negativamente al turismo interno y externo, a las posibilidades de inversión extranjera y, además, a las exportaciones de productos tradicionales, como se observó durante la epidemia de cólera.

Además de estas grandes epidemias, durante los últimos 25 años, aproximadamente, se han registrado otras como los brotes importantes de sarampión, la intoxicación por plaguicidas, la tifoidea, la rabia humana, el suicidio, la tos ferina, la lepra, el VIH-sida, la peste, y enfermedades de transmisión alimentaria. Durante el mismo periodo, se ha observado una importante

reducción de la ocurrencia de brotes por enfermedades inmunoprevenibles, mientras que el VIH-sida está en plena fase de crecimiento epidémico.

Para cerrar estas observaciones, es necesario llamar la atención sobre los accidentes químicos. Desde 1995 se han registrado varios eventos como derrames de bifenilos clorados y de ácido sulfúrico, explosiones en recintos militares, incendios de combustible (como el de Esmeraldas), y constantes derrames de petróleo en la amazonía que han sido relacionados con el incremento de cáncer en la región. Adicionalmente, los incendios textiles y la fuga de freones también han estado a la orden del día (Estacio, 2005).

Gestión del riesgo en el sector de la salud: estructura de la prevención, mitigación y atención

El tratamiento del problema referido a la gestión del riesgo se inició en el país a raíz de la declaratoria de las Naciones Unidas, reunida en Tokio en 1989, titulada “Decenio internacional de la reducción de los desastres naturales 1990-2000”. A partir de allí, en el Ecuador se realizó un proyecto integral denominado “Mitigación de desastres naturales y preparación para enfrentarlos en el Ecuador”. Este proyecto se basó en la evaluación de amenazas y sistemas de monitoreo de alerta temprana realizada por diversos organismos del conocimiento, e impulsó programas de capacitación de la población en áreas de riesgo.

El manejo de la gestión del riesgo se inició a partir del año 1995. Sustentada en criterios de expertos de la Red de Estudios Sociales en Prevención y Desastres en América Latina,

se promovió una nueva visión de la temática. Esta nueva perspectiva parte de un tratamiento integral de la evaluación de amenazas, de la vulnerabilidad y de los riesgos de carácter natural y antrópico, y promueve la incorporación de la prevención en la planificación del desarrollo (LA RED - IAI, 2002).

La gestión del riesgo aplicada a la prevención y mitigación, actualmente constituye una herramienta de planificación y seguridad entendida como la capacidad de los actores involucrados para transformar los factores de vulnerabilidad en oportunidades de cambio (desarrollo sostenible) y evitar o mitigar el impacto de futuros desastres. En el Ecuador, el sistema de Defensa Civil es el ente oficial encargado del manejo de los desastres en todo el territorio nacional. Se trata de una organización que cubre todos los niveles políticos y administrativos del Estado, y que está regida por el Título III de la Ley de Seguridad Nacional y su respectivo Reglamento (Registro Oficial, 1979: 8). La autoridad máxima de la Defensa Civil es el presidente de la República, quien de acuerdo a la magnitud de una catástrofe puede declarar el estado de emergencia y decretar zona de emergencia. Todas las autoridades seccionales deben someterse a la autoridad de la Defensa Civil (Registro Oficial, 1979: 10). La Dirección Nacional de Defensa Civil es el máximo organismo directivo y ejecutivo del sistema a nivel nacional, y depende del Consejo de Seguridad Nacional (COSENA), presidido por el presidente de la República. Las juntas provinciales y jefaturas cantonales, parroquiales y de las zonas especiales, así como las unidades de defensa civil de las Direcciones de Planeamiento de Seguridad para el Desarrollo Nacional (DIPLASEDES), son los organismos que permiten el enlace y la coordinación entre los ministerios del Estado, las entidades adscritas y la Dirección Nacional de Defensa Civil. Las juntas y jefaturas del sistema están conformadas por los representantes civiles, militares y eclesiásticos de sus respectivas jurisdicciones.

El Centro de Operaciones de Emergencia Nacional (COEN) es la estructura permanente del Sistema Nacional de Defensa Civil para la toma de decisiones ejecutivas, en situaciones de emergencia y desastres. Este centro es el responsable de promover la planificación y de mantener la coordinación y operación conjunta entre los diferentes niveles, jurisdicciones y funciones de las instituciones involucradas en la preparación y respuesta a emergencias y desastres.

Por último, cabe señalar que la estructura del Sistema Nacional de Defensa Civil no establece responsabilidades para el sector de la salud en su conjunto. Únicamente las determina para algunas de las instituciones que son parte del Sistema Nacional de Salud, como la Comisión Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas (CIREM).

Por su parte, el MSP estableció en su organigrama estructural, aprobado en el año 2003, el Proceso de Planeamiento de la Seguridad y Prevención de Desastres. Con esto se señala y delimita más claramente la responsabilidad en la seguridad nacional y en la gestión del riesgo de desastres que recae sobre el sector de la salud. Adicionalmente, en mayo del 2004 el MSP, mediante el acuerdo n° 0000526 creó la Red Nacional de Salud para Atención de Emergencias y Desastres. Esta red es liderada por la DIPLASEDE, instancia responsable de la gestión de riesgos y de la planificación y ejecución de la mitigación, preparación, prevención y atención de la salud en casos de desastres. La ley del sistema nacional de salud vigente se relaciona con la DIPLASEDE en varios aspectos referentes a la protección de las personas, a la solidaridad con la población más vulnerable, a las acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, y a la protección de la población frente a enfermedades catastróficas.

El MSP, a través de la Red Nacional, y sobre la base del acuerdo ministerial 0000526, está liderando la creación de los Comités Operativos de Emergencia en Salud (COE-S) a nivel nacional, con sus correspondientes comités en los niveles provinciales. Dentro de esta iniciativa, se están realizando importantes esfuerzos para la elaboración de planes de gestión de riesgo interinstitucionales frente a los fenómenos que ocurren en el país, como son el fenómeno de El Niño, erupciones volcánicas, sismos y movimientos en masa. Frente a los eventos antrópicos, se cuenta con planes para accidentes aéreos y para el manejo de refugiados en la región fronteriza norte.

Dentro del MSP, también se debe mencionar que en las Direcciones Provinciales de Salud, se han conformado equipos multidisciplinarios con capacidad de pronta respuesta a emergencias, y en otras áreas se han conformado brigadas de intervención rápida. En esta misma línea, la DIPLASEDE del MSP, en coordinación con la OPS/OMS, ha desarrollado un amplio programa de fortalecimiento de capacidades en gestión de riesgos para desastres.

Por otro lado, en 1981 se creó el Comité Nacional de Salud para Emergencias (CONASAE). Este comité está integrado por las instituciones u organizaciones públicas, privadas, autónomas o semi-autónomas que conforman el sector salud, para brindar asesoría al MSP en las acciones conjuntas a llevarse a cabo en casos de desastres. Todo esto en conformidad con el Plan Nacional de Emergencias del MSP, y del Sistema de Defensa Civil del Ecuador.

Como se puede ver, las diferentes instituciones del sector salud todavía mantienen un esquema de organización, gestión y financiamiento fragmentado y autónomo, sin que existan mecanismos de articulación y de coordinación interinstitucional permanentes. Esto constituye un serio limitante para la gestión de riesgos en el Ecuador. La organización del Sistema Nacional

de Salud es un propósito fundamental de la política sectorial incluida en la Constitución Política de 1998 y en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en vigencia. Sin embargo, se requiere un vigoroso esfuerzo político para plasmar este marco legal.

A modo de una evaluación general, se reconocen algunas fortalezas de la DIPLASEDE con las cuales trabaja Defensa Civil. Por ejemplo, se puede mencionar la capacidad técnica para coordinar, la capacidad política para movilizar (a nivel local), y el establecimiento de relaciones continuas con organismos internacionales y ONG. En cambio, entre las debilidades se anotan un campo de competencias y responsabilidades demasiado amplio en función de los recursos financieros y humanos disponibles, la multiplicación de organismos involucrados en la gestión de crisis y de riesgo, y en consecuencia, un debilitamiento del sistema (D'Ercole, 2005).

La evaluación del crecimiento cualitativo y cuantitativo de las vulnerabilidades ha tenido significativos aportes en el Ecuador. Esto constituye una mejoría importante en la información disponible para la gestión del riesgo como base del desarrollo (D'Ercole, Trujillo, 2003). Para mencionar algunos ejemplos, el Plan de Prevención de Mitigación de Riesgos del Sector Salud en el Ecuador, el Plan Regional Andino para la Reducción y Mitigación de Riesgos (Estacio, 2005), y el desarrollo de modelos predictivos de comportamiento de la malaria, en relación con el ENOS (Aguilar, 2004), constituyen significativos aportes técnicos para la gestión del riesgo en salud.

La inestabilidad política e institucional que ha experimentado el Ecuador en las últimas décadas, la reducción del presupuesto, y la falta de una orientación clara en políticas de salud, han incidido seriamente en las posibilidades de desarrollo de la gestión del riesgo. Sin embargo, a pesar de estas dificultades, el MSP

ha desarrollado valiosas experiencias en los últimos años, especialmente frente al fenómeno El Niño, a erupciones volcánicas, a terremotos, y más recientemente, frente a la llegada al país de refugiados colombianos.

Resta desarrollar las capacidades adecuadas en la gestión de riesgos. Y, sobra decirlo, para ello se requiere una importante inversión de recursos financieros, humanos y tecnológicos.

Las respuestas

A continuación anotaremos algunos casos relevantes de desastres y de su manejo. Esta revisión nos permitirá visualizar el panorama de gestión de riesgos en el sector salud. Particularmente, nos enfocaremos en los aportes del MSP y de la cooperación internacional en el tema.

Deslizamiento en La Josefina 1993

El 29 de marzo de 1993, en la provincia del Azuay ocurrió un inmenso deslizamiento de la presa de La Josefina en el río Paute. Inicialmente, se formó un embalse de 20 millones de m³ de agua con un incremento de 60 m³ por segundo y 2 metros de altura por hora; luego de 33 días, la ruptura del dique natural produjo una gran avenida que inundó el valle y la ciudad de Paute. A consecuencia de este desastre, fueron afectados los cantones Cuenca, Paute, Gualaceo, alcanzándose un índice de 100 muertos, 5.632 afectados, 563 viviendas destruidas, 178 viviendas afectadas, y 147 millones de dólares de daños directos. Además, se afectaron 2.473 hectáreas de cultivos, 105.000 km de vías se destruyeron y 5.000 personas fueron evacuadas. Tras 6 semanas de lluvias se perdieron el 5% de los cultivos.

La catástrofe desbordó los servicios de salud, desnudándose la incapacidad de unidades mal equipadas y sin personal. Inicialmente, las

respuestas se dieron de forma espontánea y se organizaron sobre la marcha. Luego se elaboró un plan emergente que involucraba al MSP, al IESS, al Seguro Campesino, a la Universidad de Cuenca, a la Universidad Católica, a CARE, a IEOS, a ETAPA, a la Cruz Roja, entre otras instituciones. En este marco, se realizaron acciones de atención directa y de ayuda alimentaria. No se observaron cambios en el perfil epidemiológico atribuibles al desastre, excepto por las víctimas directas del deslizamiento y por alteraciones emocionales debidas al estrés (Zevallos, 1996).

El ENOS 1997-1998

Frente al último ENOS de la década pasada, el MSP preparó un plan de contingencia que contemplaba fases de preparación, mitigación y vigilancia. Las evaluaciones posteriores mostraron que las acciones realizadas redujeron de forma sustancial los potenciales daños sectoriales del ENOS, especialmente en vigilancia epidemiológica y control de la morbilidad.

El plan de prevención y atención incluyó vacunación contra enfermedades inmuno prevenibles de la infancia, contra la fiebre amarilla, y la rabia canina y humana. También se fumigaron viviendas para control de malaria y dengue. Se distribuyeron medicamentos, antipalúdicos y sueros antiofídicos. Se desratizaron mercados y otros sitios públicos. Se llevaron a cabo actividades de educación comunitaria. Se fortaleció la vigilancia epidemiológica y la atención médica, mediante brigadas para atención de enfermedades prevalentes en el ENOS (conjuntivitis, dermatitis, trastornos gastrointestinales, afecciones respiratorias agudas, paludismo y otras patologías transmitidas por vectores y agua, atención a la salud mental, hipertensión, isquemias, diabetes, etc.).

A pesar de estas medidas, el ENOS tuvo un importante impacto en la salud pública. Ocurrieron brotes de malaria, de dengue,

de cólera y de leptospirosis, entre los más significativos. Estos brotes fueron controlados de forma adecuada durante el evento. Sin embargo, la epidemia de malaria que ocurrió posteriormente, ha sido de las más grandes registradas en el Ecuador. Fueron graves los daños en la infraestructura sanitaria, en las viviendas, en la ecología y en la agricultura (con repercusión en la disponibilidad de alimentos).

La falta de una política de prevención produjo una brecha importante entre las acciones preparatorias y la activación del plan de contingencia. En términos económicos generales, se estimó que los daños directos e indirectos produjeron costos de reconstrucción por un total de 85 mil millones de sucres, con un componente importado de 51,5 mil millones, especialmente para reparación o sustitución de equipos médicos e insumos (MSP, 1999, OPS 2000, CAF, 2003).

El caso de Quito

La ciudad de Quito constituye uno de los principales focos de ocurrencia de desastres en el país. En el Distrito Metropolitano se registran con frecuencia inundaciones, aluviones, hundimientos y derrumbes.

La ciudad tiene un masivo asentamiento popular en la franja noroccidental, en las laderas del Pichincha, un territorio ubicado entre los 2.900 y 3.200 metros de altitud en un suelo arcilloso, con fuertes pendientes, numerosas quebradas, alta pluviosidad, carencia de servicios e infraestructura, además de una alta densidad poblacional. Esto vuelve a esta zona altamente vulnerable, especialmente frente a las lluvias. Por otro lado, zonas bajas de la ciudad son especialmente vulnerables a las inundaciones.

La falta de datos sobre concentración espacial, la débil capacidad institucional y la insuficiencia de los servicios del MSP, son claros limitantes en

la gestión de riesgo realizada por la Dirección de Salud del Distrito Metropolitano.

Erupciones volcánicas del Tungurahua 1999-2004

Desde la reactivación del volcán Tungurahua en el año 1999, la salud de la población se vio afectada por la contaminación de los sistemas de agua potable del sector rural. Esta contaminación fue causada por la caída de ceniza y el arrastre de la misma desde las cuencas y micro cuencas hacia las unidades hidráulicas sanitarias de los sistemas de agua potable.

A fin de mitigar este impacto sobre el agua potable de las zonas rurales ubicadas en la zona de influencia del volcán Tungurahua, el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), y la Subsecretaría de Agua Potable, Saneamiento y Residuos Sólidos (SAPYRS), con el aporte financiero del Comando Sur del Ejército de los Estados Unidos de Norteamérica, y el apoyo técnico de la OPS/OMS, implementaron desde el año 2000 un proyecto de protección y mejoramiento de 36 sistemas de agua potable. Este proyecto se circunscribió a los cantones Penipe y Guano (provincia de Chimborazo), y a los cantones Pelileo, Baños, Quero, Mocha, Tisaleo y Cevallos (provincia de Tungurahua). La intervención ha beneficiando a unas 30.000 personas.

Los principales logros del proyecto han sido: 1) mejorar las condiciones de salud de la población ubicada en la zona de influencia del volcán; 2) reducir el riesgo de contaminación del agua procesada en los sistemas de abastecimiento; 3) mitigar, proteger y mejorar el abastecimiento de los sistemas de agua potable; 4) optimizar los procesos de desinfección del agua en los sistemas y monitoreo del agua; y, 5) trabajar en equipo y con participación de las comunidades (OPS/OMS, CEPIS, 2003 y 2003a).

Lluvias intensas en el Ecuador 2002

Durante los meses de febrero, marzo y primeros días de abril del 2002, 11 provincias de la costa y de la sierra fueron afectadas por una intensa precipitación de lluvias. Las zonas más afectadas se localizaron en Pedro Carbo y Santa Elena, donde se sintieron los estragos del desbordamiento de los ríos Pedro Carbo, El Diablo, Prócel, Planchadas y Jerusalén. 25 personas murieron, unas 28.000 personas fueron afectadas, 1.500 familias fueron evacuadas, y 5.200 casas y 3.000 centros educativos resultaron damnificados.

El SNU estableció el equipo técnico de emergencias con la participación de varias agencias de Naciones Unidas, como OPS/OMS, PNUD, FAO y UNICEF. Este equipo apoyó al gobierno nacional elaborando evaluaciones de las zonas afectadas y generó una propuesta de acción que abordó temas como: a) agua segura y saneamiento; b) asesoría y fortalecimiento del comité de crisis; c) alimentación y nutrición; y, c) atención en los albergues. El gobierno destinó alrededor de 30 millones de dólares para atender la contingencia.

Asistencia a refugiados colombianos 2000-2005

El conflicto armado en la frontera colombiana ha originado el desplazamiento forzado de ciudadanos de ese país, especialmente hacia las provincias fronterizas de Sucumbíos, Esmeraldas, Carchi e Imbabura, además de la ciudad de Santo Domingo de los Colorados en Pichincha y, en menor medida, hacia las provincias de Orellana y Napo.

El MSP y el Alto Comisionado para los Refugiados de la Naciones Unidas (ACNUR), registraron un aumento de solicitudes de refugio en los últimos cuatro años: 475 solicitantes en

el 2000, 11.515 en el 2003 y 27.190 solo en el primer semestre del 2004. En este último año el 27% de solicitantes fueron aceptados como refugiados.

El MSP, con el apoyo de la OPS/OMS, ha trabajado intensamente en el fortalecimiento del sector salud para la atención de la población refugiada. El tema se ha vuelto una prioridad político-técnica. En este marco, se han definido dos tareas: 1) estructurar el sistema de información y registro de la población refugiada, y 2) promover la integración de la población local con los refugiados. Adicionalmente, conforme el acuerdo ministerial No. 0001187, el MSP ha reiterado la vigencia en el país del compromiso internacional de aplicación del Estatuto de Refugiados y, consecuentemente, ha señalado su obligación de prever medidas necesarias de atención de salud para este grupo humano.

Proyecciones a futuro

Cabe esperar que las experiencias exitosas acumuladas por las diversas instituciones y el marco legal actual, permitan consolidar y ampliar la gestión del riesgo como un componente fundamental del desarrollo en los niveles locales, provinciales y nacionales. El impacto de los desastres en el Ecuador está asociado a grandes consecuencias negativas en la economía de las comunidades afectadas y, en algunos casos como el ENOS, afecta a todo el territorio nacional, por lo que las acciones de prevención, mitigación y atención deben ser consideradas como elementos estratégicos del desarrollo.

En la evaluación de las funciones básicas de salud pública del año 2002, el MSP hizo un balance de sus capacidades para enfrentar desastres. Tal evaluación registro altas puntuaciones en relación a otras funciones básicas. Sin embargo, la fragmentación de acciones de los diferentes

actores internos y externos no deja de ser evidente. La limitada representatividad de la gestión de desastres en el MSP tampoco puede ser ocultada.

Es necesario que los aportes científicos y técnicos producidos recientemente se incorporen rápidamente como base para el desarrollo de planes y programas más precisos, con componentes preventivos fortalecidos y que se logren superar, en un futuro cercano, las actividades predominantemente responsivas.

El análisis tempo-espacial aquí ofrecido, muestra la grave deficiencia del registro sistemático de eventos y desastres. A nuestro entender, superar esta deficiencia constituye una urgente necesidad para mejorar el conocimiento y ajustar la gestión conforme a apreciaciones científicas. La metodología usada en este trabajo, precisamente, podría ser usada como referente para realizar los ajustes necesarios al medio ecuatoriano, sin perder la posibilidad de comparar lo que ocurre en nuestros países vecinos.

Bibliografía:

- Bendix, Jörg y Astrid Bendix 1998 "Climatological Aspects of the 1991/1993 El Niño in Ecuador" en *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos*.
- Corporación Andina de Fomento (CAF) 2003 "Las Lecciones de El Niño" en *Memorias del Fenómeno El Niño 1997-1998. Retos y propuestas para la región andina. Volumen IV* (Caracas: CAF).
- Corporación Andina de Fomento (CAF) 2004 *Elementos conceptuales del sector salud*.
- Coello, Xavier y Othón Zevallos 2003 "Gestión del riesgo ENOS en el Ecuador". Tercer Foro Climático del Pacífico Sur. Guayaquil, noviembre 2003.
- Daqui 2004 *Análisis del riesgo espacial, temporal y semántico a partir del registro de desastres para el fenómeno ENOS*. Proyecto de Titulación, Escuela Politécnica Nacional, Quito.
- D'Ercole, Trujillo 2003 *Amenazas, vulnerabilidad, capacidades y riesgos en el Ecuador. Los desastres, un reto para el desarrollo* (Quito: COOPI-IRD-OXFAM).
- D'Ercole 2005 Seminario nacional DIPECHO. Quito, 2005.
- Estacio 2005 "Apuntes sobre los riesgos tecnológicos en el Ecuador". Seminario Nacional DIPECHO. Quito, 2005.
- El Comercio 1980-2003. Información referente a desastres naturales y antrópicos.
- El Universo 1980-2003. Información referente a desastres naturales y antrópicos.
- Fernández, María Augusta (compiladora) 1996 *Ciudades en riesgo. Degradación ambiental, riesgos urbanos y desastres* (Quito: LA RED/USAID).
- Gasparri, Tasara y Margarita Velasco (editores) 1999 *El fenómeno de El Niño en el Ecuador 1997-1999. Del desastre a la prevención* (Quito: CISP/ SEDEH/ SIIE).
- LA RED 2000 "Configuración de riesgos de desastre ENOS". Documento metodológico para el Proyecto de investigación comparativa.
- LA RED 2000. "DesInventar, Guía Metodológica de DesInventar". LA RED-OSSO-ITDG. En www.desinventar.org/sp/metodologia/index.html
- LA RED 2000a. "DesInventar. Manual del Usuario" Versión 5.4. En www.desinventar.org/sp/software/index.html
- LA RED 2000b. "DesConsultar. Manual del Usuario" Versión 5.4. En www.desinventar.org/sp/software/index.html
- LA RED-IAI 2002 "Análisis de los patrones semánticos, temporales y espaciales de los riesgos de desastre ENOS y referencia a procesos sociales de base: Estado de la cuestión en el proyecto". Documento de trabajo no publicado.
- Maskrey, Andrea (compiladora) 1993 *Los desastres no son naturales* (LA RED).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1999 *Fenómeno de El Niño. Memoria 97-98*.
- OPS/OMS 2000 *Crónicas de desastres. Fenómeno El Niño 1997-1998* (Washington DC: OPS/OMS).
- OPS/OMS 2000a *Erupciones volcánicas y protección de la salud* (Quito: OPS/OMS).
- OPS/OMS, CEPIS 2003 "Efectos de la erupción del volcán reventador (2002) en los sistemas de agua y alcantarillado. Lecciones aprendidas" en *Serie Salud Ambiental y Desastres* (Lima) No4.
- OPS/OMS, CEPIS 2003a "Impacto del fenómeno El Niño en la infraestructura de agua y alcantarillado. La experiencia de Ecuador en 1997-1998" en *Serie Salud Ambiental y Desastres* (Lima) No3.
- Registro Oficial #887 del 2 de agosto de 1979. Secretaría General del Consejo de Seguridad Nacional. "Ley de Seguridad Nacional". Decreto Supremo #275 R/O 892.
- Souza 2003 "Recopilación de datos referentes a desastres naturales y antrópicos de los últimos 50 años en Ecuador". Documento de consultoría para OPS. Pas.: 18.180.209N.
- Varios Autores 1996 *Sin plazo para la esperanza. Reporte sobre el desastre de La Josefina* (Quito: Escuela Politécnica Nacional).
- Varios Autores 2004 *Modelización de riesgo eco-epidemiológico para transmisión de malaria asociada con el Fenómeno de El Niño (ENOS) en la provincia de Manabí, Ecuador* (Centro Internacional de Investigación Fenómeno el Niño (CIIFEN) / World Meteorological Organization).
- Zevallos, Othón 1996 *Desastres ocurridos en Ecuador, período 1990-1995. Inventario piloto* (Quito: EPN/EQUILIBRIO/LA RED).
- Zevallos, Othón 2000 *Proyecto gestión del riesgo ENSO América Latina. Investigación comparativa, información y capacitación desde una perspectiva social. Informe de avance I* (Quito: EPN/LA RED/IAI).

La salud ambiental

Ana Quan*

Antecedentes

La Agenda 21 señala que los principales problemas de salud de la población son ocasionados por la pobreza, el acelerado crecimiento demográfico y el uso irracional de los recursos naturales causado por estilos de vida inapropiados. En efecto, la salud y el ambiente se encuentran íntimamente relacionados. Un adecuado tratamiento del ambiente se refleja en elevados índices de salud, mientras que su descuido o su abandono provocan daños a la salud de la población. La explotación indiscriminada de los recursos naturales y la utilización de los ecosistemas como vertederos o como receptores de aguas servidas, tienen un límite que, de ser rebasado, redundará en perjuicios a la salud.

Este énfasis en el estrecho vínculo que existe entre la salud, el ambiente y el desarrollo, llama la atención sobre la necesidad de actuar concertadamente entre todos los sectores: salud, ambiente, economía y finanzas. Asimismo, ya que el problema atañe a múltiples sectores, debe ser abordado de manera interdisciplinaria.

Partiendo de este marco que liga a la salud ambiental con el desarrollo sostenible, algunos de los principales factores ambientales que claramente afectan a la salud son el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, la contaminación del aire y el deterioro de los suelos. A continuación se ofrece una mirada sobre cada una de estas tres áreas en el Ecuador.

Agua y saneamiento

En el Ecuador existe un deterioro de los servicios básicos de agua potable y alcantarillado. Según el Plan Nacional de Saneamiento Básico (Yépez, Gómez, 2002), esto se debe al círculo vicioso producido por: bajas eficiencias y altos costos en la prestación de los servicios; escasos recursos, lo que se refleja en bajas coberturas; deficiente calidad de los servicios; y, falta de apoyo de la comunidad que se siente afectada por este proceso.

Entre los factores que han contribuido a esta situación se pueden señalar dos. Primero, la ausencia de un organismo rector ha impedido un ordenamiento adecuado del sector y ha dificultado coordinar el trabajo de implementación de los sistemas de agua potable y saneamiento; este trabajo es realizado por un gran número de entidades públicas y privadas a nivel urbano y rural. Y segundo, como resultado de lo anterior, la falta de un proceso de planificación sectorial que oriente a las municipalidades y la ausencia de regulaciones técnicas han afectado el desarrollo del sector y limitado el ingreso del sector privado (Ordóñez, 2004).

Evolución de la cobertura de los servicios básicos

Según un estudio del INEC (2003), basado en la información del VI Censo de Población y V Censo de Vivienda del año 2001, se evidencia

* Consultora, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador.
El presente artículo fue elaborado a partir de la información recopilada por Eduardo Ortiz, consultor de OPS/OMS sede Ecuador

que el crecimiento de la población rural se ha mantenido estacionario, por efecto de la migración de la población campesina tanto a las ciudades como al exterior del país. En contraste, el crecimiento de la población urbana es decididamente importante en todo el país y en las regiones de la costa y de la sierra en particular. Este crecimiento ha determinado que la demanda por servicios de agua potable y alcantarillado sea el aspecto más importante, principalmente en ciudades grandes con una población urbano marginal apreciable.

En cuanto a los datos de la evolución de la cobertura de servicios de agua potable y saneamiento reportados a lo largo del tiempo, se pueden detectar algunas inconsistencias. Éstas se deben, principalmente, al cambio de las delimitaciones políticas de las poblaciones rurales (muchas de las cuales se han cantonizado), y también al hecho de que las coberturas reportadas se han basado en estimaciones exageradas del número de habitantes. Por lo general, en algunos estudios se han tomado cifras constantes del número de habitantes por conexión para todos los cantones, lo cual no refleja las condiciones reales. Por otro lado, las poblaciones para años fuera de los censos han sido calculadas con tasas de crecimiento sin el soporte de estudios demográficos.

Los datos de cobertura que se reportan a continuación corresponden a las cifras determinadas en un estudio de la Corporación Andina de Fomento (CAF) (Ordóñez, 2004). Tal estudio se basó en los siguientes criterios. Para empezar, se utilizaron los datos del número de viviendas con servicios y del número de ocupantes servidos reportado en los censos de vivienda de los años 1990 y 2001. La relación entre estos dos factores resulta en el índice de habitantes por conexión, dato que se mantiene relativamente uniforme en ambos censos. Por otra parte, la cobertura de agua potable en las áreas urbanas se determinó considerando el número de habitantes servidos con conexión

a redes de distribución. Para determinar la cobertura de los sistemas de agua potable rural, se consideró la población servida por redes, pozos y otros sistemas, excluyendo el servicio de tanqueros. En el estudio se excluyó la población con “fácil acceso” al agua por las siguientes razones: 1) las cifras que resultan del uso de dicho criterio determinan coberturas exageradas, lo que enmascara el problema real de los servicios de agua y saneamiento y limita, tanto las inversiones efectivamente requeridas, como las potenciales fuentes de financiación para mejoramiento de las coberturas; y, 2) se promueve la creación de facilidades de segunda clase, las cuales crean condiciones inadecuadas en el nivel de vida de las poblaciones rurales de más bajos recursos, e imponen tareas adicionales a la mujer y los niños en el acarreo de agua y creando condiciones inadecuadas para el aseo personal. En lo relativo a saneamiento urbano, se determinó la cobertura de conexiones domiciliarias a sistemas de alcantarillado y en forma separada las soluciones con disposición a fosas sépticas, con la finalidad de conocer las condiciones actuales de disposición de las aguas residuales. Para la determinación de la cobertura de este servicio en el área urbana, sólo se consideró la población servida con conexión a redes de alcantarillado, pues la disposición en fosas sépticas es una solución provisional que debe ser superada. En cuanto a saneamiento en las áreas rurales, se consideró la población beneficiada con alcantarillado, letrinas sanitarias y tanques sépticos, para lo cual se emplea el término “saneamiento rural”. Por último, los valores reportados tienen un respaldo de análisis detallados de cada uno de los 219 cantones del país, tanto en lo referido a las proyecciones de la población como a las variables que intervienen en la determinación de las coberturas. Por esta razón, se estima que los valores obtenidos son representativos de las condiciones reales del país.

En el cuadro 1, a continuación, se presenta la evolución de las coberturas de los servicios de

agua potable y saneamiento entre los años 1980 y 2001. Se puede observar que las coberturas de agua potable a nivel urbano y rural han incrementado a 80,1% y 37,1%, respectivamente, desde 1980 hasta el año 2001. Se debe indicar que las cifras de cobertura de saneamiento en el área urbana, incluyen solamente las poblaciones servidas con redes de alcantarillado como soluciones permanentes. De acuerdo con las cifras presentadas, las coberturas de saneamiento a nivel nacional se han incrementado de un 43,5% en 1980 a un 50,7% en el año 2001.

A continuación, en el cuadro 2 se presenta un resumen comparativo de las coberturas de servicio estimadas en varios estudios. Las coberturas reportadas para el año 2001 (Ordóñez, 2004), fundamentadas en los datos del censo del 2001 y con las consideraciones antes expuestas, se hallan dentro de un margen de comparación aceptable. Debe señalarse que en el estudio de las empresas de agua potable y saneamiento, se consideró únicamente la población en su área de actuación. En la estimación de la cobertura de saneamiento urbano sólo se consideró a la población con servicio de alcantarillado.

Cuadro 1

Evolución de las coberturas de agua potable y saneamiento. Ecuador (1980-2001)

Año	Total nacional			Áreas urbanas			Áreas rurales		
	Población en miles		Cobertura %	Población en miles		Cobertura %	Población en miles		Cobertura %
	Total	Servida		Total	Servida		Total	Servida	
				Agua potable					
1980	8.123,0	3.881	47,8	3.825	3.021	79,0	4.298	860	20,0
1990	10.264,2	6.251	60,9	5.683	4.450	78,3	4.581	1.800	39,3
2001	12.479,9	7.913	63,4	7.633	6.115	80,1	4.846	1.797	37,1
				Saneamiento					
1980	8.123,0	3.531	43,5	3.825	2.800	73,2	4.298	731	17,0
1990	10.264,2	5.398	52,6	5.683	3.967	69,8	4.581	1.429	31,2
2001	12.479,9	6.330	50,7	7.633	4.702	61,0	4.846	1.627	33,6

Fuentes: OPS/OMS (1994), Ordóñez (2004)

Cuadro 2

Comparación de coberturas registradas por varios estudios (1999-2004)

Estudio	Coberturas de agua potable %			Coberturas de saneamiento %		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Empresas de AAPP y saneamiento (A)	74,0	64,5	71,1	61,9	39,2	57,2
Subsecretaría de Saneamiento Ambiental (B)	82,5	39,1	67,0	73,1	29,3	57,5
Subsecretaría de Saneamiento Ambiental (C)	86,0	51,0	73,5	80,0	50,0	69,3
OPS/OMS (D)	81,5	51,4	70,3	70,5	37,0	58,0
SAPYSB/MIDUVI (E)	ND	ND	67,0	ND	ND	57,0
Valores obtenidos en el estudio de la CAF	80,1	37,1	63,4	61,0	33,6	50,7

Fuentes: Yépez, Gómez (2002), DPN, SSA (1999), OPS/OMS (2001), SAPYSB/MIDUVI (2004)

Para los servicios de saneamiento urbano, las coberturas reportadas tienen variaciones considerables. Se debe aclarar que dentro de los estudios realizados en el área urbana por las empresas de agua potable y saneamiento, y también en el presente estudio, no se consideraron las poblaciones servidas con fosas sépticas. Por este motivo las coberturas de saneamiento son más bajas. En cambio, los datos de coberturas de saneamiento urbano de los tres estudios restantes sí incluyen a las poblaciones servidas con fosas sépticas y por ello tienden a ser más altas.

Una estimación de la cobertura de tratamiento de aguas residuales y del número de fosas sépticas, a partir de los datos existentes en la Subsecretaría de Agua Potable y Saneamiento Básico (SAPYSB, 2003), en el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) y en el INEC, señala el alcance de la cobertura de tratamiento de aguas residuales en un 10,8% para el año 2004. Sin embargo, este dato no incluye el criterio de calidad del servicio. Por lo demás, si solamente se toma en cuenta las plantas de tratamiento de aguas residuales (PTAR) que tienen registros operacionales permanentes (PTAR de Urubamba en Cuenca y PTAR de Babahoyo), la cobertura se reduce a un valor del 3,8%. Por otro lado, el número de fosas sépticas existentes a nivel nacional pone de manifiesto que el potencial de carga contaminante por limpieza de las mismas es de una magnitud exorbitante. Para contrarrestar este problema, la Empresa Metropolitana de Alcantarillado y Agua potable de Quito (EMAAP-Q), está realizando estudios con miras a la construcción de sitios de recepción y procesamiento de este desecho.

Los casos más importantes de contaminación del agua

Los principales problemas de contaminación del agua pueden identificarse en cursos receptores de aguas residuales donde se practica el reuso indirecto de aguas debajo de las descargas. Estas prácticas contaminantes se realizan de las

siguientes formas. El río Guayllabamba recibe los afluentes contaminados del río Machángara y Monjas, los cuales, entre otros, acarrean los desechos líquidos domésticos e industriales de la ciudad de Quito. Hasta su confluencia con el río Blanco, el Guayllabamba prácticamente no tiene otro uso que no sea la protección de la vida acuática y silvestre, pero es a su vez un importante afluente del río Esmeraldas (del cual se toma el agua para abastecimiento de la ciudad del mismo nombre). Estudios efectuados por la EMAAP-Q (TAHAL, IDCO, 1997) indican que debido a la gran capacidad de auto depuración del río Guayllabamba, en la parte baja el río recupera su calidad. Sin embargo, el río Esmeraldas recibe la descarga cruda de la población de Quinindé 80 Km aguas arriba de la toma de agua potable, lo que empobrece notablemente su calidad bacteriológica. La influencia de estas descargas de origen orgánico en la calidad del agua y en la formación de compuestos nocivos para la salud por efecto de la pre y post cloración, no ha sido estudiada. La EMAAP-Q apenas se encuentra en el proceso de estudio de la capacidad asimilativa del río Guayllabamba, con miras a la determinación del grado de tratamiento de las aguas residuales únicamente en Quito.

Por otro lado, el río Portoviejo recibe las aguas de la represa Poza Honda y las aguas residuales crudas de las poblaciones de Rocafuerte y Santa Ana. Los efluentes de Portoviejo son tratados en las lagunas de Picoazá. Varios kilómetros aguas abajo de esta descarga, en el sitio denominado El Ceibal, se encuentra la toma del sistema de agua potable para la ciudad de Manta. Allí se aplica un pretratamiento con permanganato y cloro, y se realiza una desinfección posterior del agua antes de la salida de la planta de tratamiento. La presencia de una apreciable cantidad de fitoplancton en estas descargas de origen orgánico influye en la calidad del agua y en la formación de compuestos nocivos para la salud por efecto de la pre y post cloración. Sin embargo, este fenómeno no ha sido estudiado.

Otro problema visible de contaminación del agua es evidente en las lagunas de estabilización de la ciudad de Manta. Allí no se tomó en cuenta el nivel de nitrógeno amoniacal presente en las aguas residuales (que resultó superior al límite de toxicidad para el fitoplancton). En consecuencia, las lagunas permanecen con una coloración rojiza, presentando un aspecto desagradable en el cuerpo receptor de estas descargas.

El Estero Salado en la ciudad de Guayaquil, por su parte, está constituido por brazos de mar que se introducen en la ciudad y que se han contaminado con descargas de origen doméstico e industrial. La contaminación ha llegado hasta el punto en que varios ramales han sobrepasado su capacidad de asimilación, tornándose anaeróbicos, con la consecuente generación de malos olores que afectan a una considerable porción de la población que vive en las cercanías. El Estero Salado ha sido estudiado por décadas en numerosas oportunidades y en la actualidad el Programa Integral de Recuperación del Estero Salado (PIRES) lleva a cabo una serie de estudios y obras para mejorar los aspectos sanitarios. Si bien la recuperación de este cuerpo de agua será definitiva cuando se implemente el sistema de intercepción de las aguas residuales, por el momento se está implementando una medida de emergencia que consiste en la aeración de dos brazos del estero.

Otro de los problemas sanitarios visibles es el uso de las aguas contaminadas del río Cutuchi (ubicado entre las poblaciones de Latacunga y Salcedo) para riego. En la mayoría de los casos esta práctica se realiza sin restricciones. Este río recibe las descargas de industrias ubicadas entre las poblaciones de Lasso y El Chasqui, y también las descargas crudas de Lasso, Latacunga y Salcedo. Hasta el momento no existe un adecuado plan maestro de intercepción y tratamiento de las descargas.

Contaminación del aire

En el Ecuador se ha dado especial importancia a la evaluación de la calidad del aire, principalmente en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, donde han sido protagonistas las Direcciones Municipales de Medio Ambiente y otros organismos creados con tal propósito.

En la ciudad de Quito, en 1999 ya se habían reportado concentraciones de partículas en suspensión superiores a la norma de calidad del aire en los sectores sur y norte de la ciudad, y un alto porcentaje de violaciones a la norma de bióxido de carbono (Jurado, 1999). Posteriormente, en febrero del 2004, se creó la Corporación para el Mejoramiento del Aire de Quito (CORPAIRE), como una organización de derecho privado, por iniciativa del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. Entre las tareas a cumplir por parte de la CORPAIRE, se encuentra la operación de la Red Metropolitana de Monitoreo Atmosférico (REMMAQ) y el desarrollo del Índice Quiteño de Calidad del Aire (IQCA) que se basa en la interacción entre los cinco parámetros de calidad del aire de la red: material particulado fino (PM_{2.5}), óxidos de nitrógeno expresados como dióxido de carbono (NO₂), monóxido de carbono (CO), dióxido de azufre (SO₂), y oxidantes fotoquímicos expresados como ozono (O₃). El IQCA es una escala entre 0 y 500 con cinco rangos de valores que expresan categorías de calidad. Las dos categorías bajo el valor de 100 indican niveles óptimos (0-50) o buenos (51-100). Los valores de este índice están siendo reportados, en principio, cada mes.

Entre las principales causas del problema de contaminación del aire de Quito se identifican: la dificultad de los automotores a diesel para cumplir con la norma de opacidad; motores viejos y de tecnología inapropiada para la altura

de Quito, y falta de tecnología para calibración de motores a esta altura; tránsito desordenado y falta de control; y, mala calidad de los combustibles.

Entre las acciones que se han llevado a cabo en la ciudad para la solución parcial del problema, se cuentan: la implementación de los sistemas de transporte masivos, como el Trolebus, la Ecovía y el sistema de buses articulados de la avenida América; la implementación de la Red Metropolitana de Monitoreo Atmosférico (REMMAQ) y Vigilancia de la Calidad del Aire; la siembra de varias decenas de miles de árboles nativos, la restauración de parques y jardines, y el control de áreas verdes en épocas secas; el control de fuentes fijas de combustión; y, campañas de difusión ciudadana.

En la ciudad de Guayaquil, en contraste, no existe una red de monitoreo permanente, de manera que no es posible establecer tendencias de deterioro de la calidad en forma cierta. Sin embargo, una comparación de datos de la antigua red PANAIRES con datos recientes, indica un aumento de las concentraciones de material particulado y de gases, principalmente CO y SO₂. Este diagnóstico (Varios Autores, 2001) no es concluyente por falta de datos a largo plazo, y mientras la Dirección del Medio Ambiente completa el inventario de fuentes fijas y móviles se ha recomendado la implementación de una nueva red de monitoreo de la calidad del aire.

En la ciudad de Cuenca, el monitoreo de la calidad del recurso aire está a cargo de la Empresa de Telecomunicaciones, Agua Potable y Alcantarillado de Cuenca (ETAPA). Las actividades están en buen camino y se están completando los materiales e instrumental necesarios para la red de monitoreo (Varios Autores, 2001). Una comparación con los datos existentes en la ciudad de Quito indica que los problemas de contaminación son de menor consideración.

Los riesgos ambientales por contaminación del aire, con los parámetros anteriormente indicados, afectan a los seres humanos en las siguientes formas. El *ozono* afecta a niños que desarrollan actividades al aire libre, a adultos que realizan actividades deportivas en exteriores y a individuos que tienen enfermedades respiratorias como el asma. La presencia de *material particulado* afecta a individuos que tienen enfermedades respiratorias como el asma, obstrucción pulmonar crónica y congestiones cardíacas, así como a niños, ancianos y a mujeres embarazadas. La presencia de *monóxido de carbono* afecta a personas con enfermedades cardiovasculares o con afectaciones que comprometen a los sistemas cardiovascular y respiratorio, así como a mujeres embarazadas, bebés en gestación y recién nacidos. El *dióxido de azufre* afecta a niños, a adultos con asma y otras enfermedades crónicas, y a personas que realizan actividades físicas al aire libre. Finalmente, el *dióxido de azufre* afecta a niños y adultos con enfermedades respiratorias como el asma.

El suelo

El Ministerio del Ambiente ha reportado que el Ecuador es considerado como el primer país mega-diverso del mundo: teniendo en cuenta su pequeña extensión, alberga el mayor número de especies por kilómetro cuadrado. Sin embargo, es claro que tanto esa rica biodiversidad como las fuentes de agua, se ponen en peligro con la deforestación que lamentablemente constatamos está en aumento: entre 1990 y el año 2000 se perdió el 5% de bosques a nivel nacional. De no disminuir el ritmo actual de deforestación (entre 60 mil y 400 mil ha/año y apenas 17 mil ha/año de reforestación), es probable que, en el año 2015, el área de bosque cubra apenas 20% del territorio ecuatoriano.

Las zonas de mayor deforestación en el país son la costa, la amazonía y las zonas tropicales de la región andina. Las causas señalan, principalmente, al tipo de desarrollo de la industria

maderera y a la implementación de cultivos de palma africana. Según datos del Ministerio de Agricultura y Ganadería (1998), la cobertura forestal del Ecuador se ha reducido en los últimos 50 años del 80% al 42% de la superficie del país. Esto se explica por los procesos de colonización y ampliación de la frontera agrícola, la creciente demanda de madera para fines energéticos y de industrialización y por la actividad camaronera. Entre 1985 y 1991, en la costa se deforestó más del 90% y en la amazonía un 30%, alterándose patrimonios estatales, territorios indígenas y posesiones campesinas.

Conclusiones

En términos generales, los problemas ambientales identificados afectan a toda la población, pero los efectos relativos a la salud y al deterioro de los recursos naturales afectan con mayor severidad a los grupos sociales más desfavorecidos y marginados.

Las acciones del Estado a todo nivel (nacional, provincial o cantonal) deben encaminarse a incrementar la inversión en servicios de agua potable y saneamiento. No se debe descuidar la necesidad de invertir en el tratamiento de aguas

servidas, dando preferencia a las poblaciones marginales. También es necesario que, a todo nivel pero principalmente en los niveles locales (municipios), se fortalezca el desarrollo de acciones articuladas entre distintos sectores para promover la conservación del agua y el suelo (reservas forestales, protección de cuencas, ordenamiento territorial).

El desarrollo de verdaderos procesos participativos de gestión de los recursos agua, aire y suelo en los territorios es un desafío pendiente. Existen importantes experiencias de gobiernos provinciales y cantonales que han tomado decisiones requeridas para la conservación de los recursos y el ordenamiento en sus territorios. Esto ha ocurrido, por ejemplo, en Cuenca y Loja. Otros gobiernos locales han desarrollado importantes experiencias de gestión ambiental participativa para el control de la contaminación y de vectores en base a eco-clubes y con la participación de estudiantes. Tal es el caso de los procesos actualmente en curso en Arenillas, Ventanas y Guayaquil. Sin embargo, más allá de lo anotado, la tarea del gobierno es enorme. Frente a este desafío, una estrategia central para apoyar desde el gobierno central a las diversas iniciativas de los gobiernos locales y de la ciudadanía deberá ser la promoción de la salud.

Bibliografía:

Dirección de Planeación Nacional (DNP), Subsecretaría de Saneamiento Ambiental (SSA) 1999 *Índices de cobertura de agua potable y alcantarillado a nivel nacional*. Quito. Mimeo.

INEC 2003 *Estimaciones y proyecciones de población* (Quito: INEC).

Jurado, J. “Políticas y estrategias para el control de la contaminación del aire en el Distrito Metropolitano de Quito”. Ponencia de la DMA/DMQ presentada en el Primer Encuentro Latinoamericano sobre Calidad del Aire y Salud, Santiago de Chile, 1999.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1994 *Análisis del sector de agua potable y saneamiento en Ecuador* (Quito: OPS/OMS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2000 *Informe regional sobre la evaluación 2000 en la región de las Américas: agua potable y saneamiento estado actual y perspectivas* (Washington D.C.: OPS/OMS)

Ordoñez, G. 2004 “Análisis del sector agua potable y saneamiento en el Ecuador” (Quito: CAF).

SAPYSB 2003 *Encuesta de servicios de alcantarillado* (Guayaquil).

Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) 2004 “Estado situacional del sector agua potable y alcantarillado del Ecuador”. Presentación en el X Congreso de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Guayaquil, julio del 2004.

Ministerio de Agricultura y Ganadería 1998 *Sistema de monitoreo ambiental en el sector agropecuario, Programa sectorial agropecuario* (Quito: MAG).

TAHAL, IDCO 1997 “Informe final, fase de diagnóstico: Características de las aguas residuales y de los cuerpos receptores” (Quito: EMAAP-Q).

Varios Autores 2001 “Diagnóstico de las condiciones locales y la situación actual de la Dirección del Medio Ambiente de la M. I. Municipalidad de Guayaquil para implementar el sistema de monitoreo y vigilancia de la calidad del recurso aire en la ciudad” (Guayaquil: Municipio de Guayaquil).

Varios Autores 2001 “Diagnóstico del sistema de monitoreo de la calidad del recurso aire en la ciudad de Cuenca” (Cuenca: Municipio de Cuenca).

Yépez y Gómez 2002 “Plan Nacional de Desarrollo del Sector de Agua Potable y Saneamiento Básico” (Quito: SAPYSB / MIDUVI).

Los plaguicidas

Guido Terán Mogro*

El uso de plaguicidas presenta algunos desafíos a la salud pública. Como introducción al abordaje de este problema, a continuación

ofrezco una apretada síntesis histórica sobre las disposiciones legales nacionales e internacionales orientadas a normar el uso de plaguicidas.

Cronología de los instrumentos de control del uso de plaguicidas. 1950 – 2005

1950: Se inicia la utilización de plaguicidas en el Ecuador.

1960: Se publica en Estados Unidos el libro *Primavera silenciosa*, reconocido como el detonante para el desarrollo de los movimientos ambientalistas.

1967: El Ministerio de Agricultura y Ganadería publica en el Registro Oficial el “Reglamento para la comercialización y empleo de pesticidas”, instrumento legal que da inicio a los controles reglamentarios para su uso en nuestro país. Para preservar la salud, el artículo 8 señala que en la etiqueta de los envases de los plaguicidas “se indicará el antídoto correspondiente y primeros auxilios en caso de envenenamientos”.

1971: En el Código de la Salud expedido en este año, se norma el uso de plaguicidas. En el Título VIII de este código se incluye el tema “Los plaguicidas”; bajo los capítulos I y II de este acápite, se ofrecen definiciones de éstos y se definen controles de su uso.

1976: Se promulga la Ley de Prevención y Control de la Contaminación Ambiental.

1979: El Ministerio de Salud Pública incluye a las intoxicaciones agudas por plaguicidas como una patología más de las enfermedades de notificación obligatoria semanal.

1984: Fundación Natura alerta sobre los peligros del uso de plaguicidas ya desde 1980. En 1984 auspicia la realización de un estudio exploratorio sobre el uso, mal uso y abuso de plaguicidas en Ecuador. Esta investigación sirvió de base para la publicación del folleto “Los plaguicidas en el Ecuador: más allá de una simple advertencia”. Posteriormente, Fundación Natura desarrolló un conjunto de actividades a través del proyecto “Educación ambiental sobre plaguicidas”.

1985: Elaboración del Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas por parte de la FAO.

1990: Aparecen nuevas organizaciones no gubernamentales que luchan por el tema ambiental, entre ellas, Acción Ecológica. Se promulga la Ley para la Formulación, Fabricación, Importación, Comercialización y Empleo de Plaguicidas y Productos Afines.

1992: Se celebra la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente en Río de Janeiro. Allí se aprueba el Programa 21, que recomendó a los Estados preparar informes nacionales sobre la situación de su implantación.

* Profesor, Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Técnica de Manabí y
Facultad de Ciencias Médicas – Universidad de Guayaquil

1993: Expedición del reglamento general de plaguicidas y productos afines de uso agrícola (Registro Oficial 442 , 22 de mayo).

1994: Expedición del Reglamento de saneamiento bananero.

1995: Expedición del Reglamento de Uso y Aplicación de Plaguicidas, en las plantaciones dedicadas al cultivo de flores.

1998: El Convenio Internacional de Rotterdam define controles a nivel mundial sobre productos químicos prohibidos o rigurosamente restringidos, y exige formulaciones de plaguicidas extremadamente rigurosas.

2000: En el documento “Cumbre de Johannesburgo 2002 Reseñas ECUADOR”

se destaca lo siguiente: “El Ministerio de Agricultura ha establecido un sistema de control de agentes de protección de plantas y la aplicación del Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas”.

2005: El Instituto Ecuatoriano de Normatización (INEN) cuenta con una normativa extensa sobre plaguicidas donde se los define y clasifica, dictaminándose cómo etiquetarlos, almacenarlos, transportarlos, usarlos y eliminarlos, con normas específicas sobre herbicidas e insecticidas.

La magnitud del problema durante el período 1980 – 2005

Hasta 1993, la demanda de plaguicidas en el Ecuador fue satisfecha exclusivamente por las importaciones. Y aunque a partir de ese año se inicia la producción de varios plaguicidas en el país, la importación de estos productos no disminuyó. Es más, el gráfico 1 muestra una tendencia ascendente de las importaciones de plaguicidas a partir de 1997. Como ejemplo de este incremento, cabe retener que si en 1978 se importaron 3'544.330 Kg de plaguicidas, veinte

años más tarde, en 1998, la cantidad importada fue seis veces mayor: 19'930.189 Kg. Dentro de esta tendencia, el cuadro 1 destaca que son los herbicidas los que ocuparon el mayor volumen de importación.

En cuanto a la actual producción y comercialización nacional de plaguicidas, en el año 2005 se registró la existencia de 6 plantas productoras de ingredientes activos, 30 formuladoras de plaguicidas y 182 importadoras. En el país se han registrado 350 ingredientes activos, que corresponden a 1.690 formulaciones.

Cuadro 1

Evolución de las importaciones de ingredientes activos de plaguicidas. Ecuador (1978-1998)*

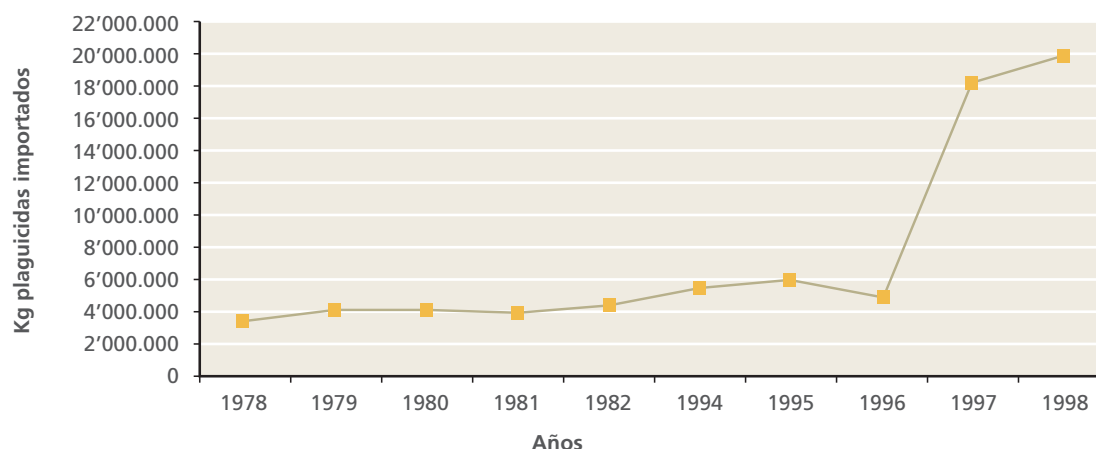
Plaguicidas	1978	1980	1981	1982	1998
Herbicidas	1'655.513	1'659.300	2'042.772	2'223.689	7'671.510
Funguicidas	728.466	1'353.787	926.124	1'122.236	6'026.242
Nematicidas	531.660	466.981	361.971	394.317	2'165.161
Insecticidas	503.575	585.773	478.177	419.864	4'067.276
TOTAL	3'419.214	4'065.841	3'809.044	4'160.106	19'930.189

* Kilogramos

Fuente: Ministerio de Agricultura (2000)

Gráfico 1

Tendencia de importaciones. Ecuador (1978-1982 y 1994-1998) *



* Kilogramos
Fuente: MAG (2000)

Se estima que en nuestro territorio existen 2.437 almacenes agroquímicos.

En correlación al incremento del uso de plaguicidas, su impacto sobre la salud de la población ha aumentado en las últimas décadas. En 1978 la tasa de intoxicación aguda por plaguicidas fue de 0,8 X 100.000 habitantes, proporción que se incrementó a 14,5 X 100.000 habitantes en el 2003. El gráfico 2 ilustra esta tendencia en ascenso.

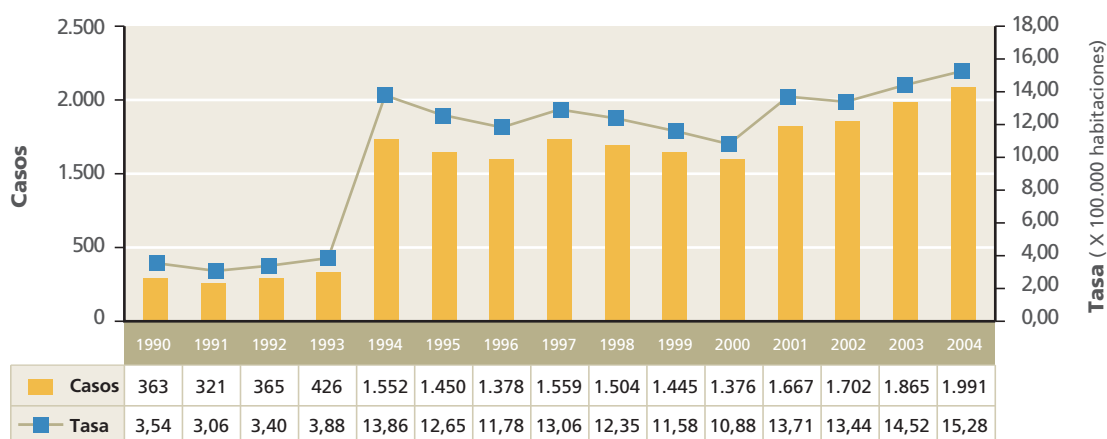
Existe una correlación directa entre el número de casos de intoxicaciones por plaguicidas y el incremento de la cantidad de plaguicidas importados. Sin embargo, esta afirmación no puede ser categórica. La creciente preocupación por el riesgo que suponen las intoxicaciones, ha empujado a mejorar el sistema de reporte de los casos, lo que significa que probablemente el problema existía antes pero no era reportado en toda su magnitud.

Entre los grupos químicos de plaguicidas que causan intoxicaciones, el mayor porcentaje corresponde a los inhibidores de la colinesterasa (fosforados, carbamatos), seguido del paraquat. Para tratar este tipo de intoxicación, los servicios de salud carecen de los fármacos específicos requeridos para hacerlo: regeneradores de la colinesterasa (pralidoxima, ubidoxima) y Tierra de Fuller.

Existen dos aristas, relacionadas entre sí, que atraviesan el problema público que representan los plaguicidas: su uso masivo y las consecuencias que de esto se derivan. Sin lugar a dudas, los criterios de orden económico estimulan el uso masivo: los fabricantes y distribuidores han desarrollado un sinnúmero de estrategias para estimular el consumo de plaguicidas. En efecto, actualmente predomina el criterio de considerar a la utilización de plaguicidas como la única alternativa para el combate de plagas y vectores. El incremento de la demanda de plaguicidas

Gráfico 2

Intoxicación con plaguicidas. Ecuador (1990-2004)



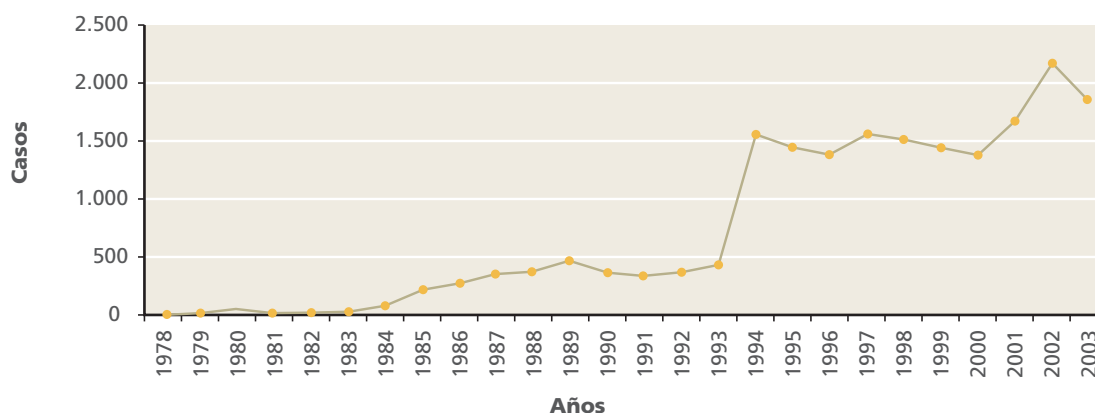
Fuente: MSP (2005)

ubica otro lado del problema. La mayoría de tiendas de agroquímicos no cuentan con personal especializado y capacitado, situación que se observa sobretodo en tiendas pequeñas. Esto agrava el problema ya que impide que los agricultores cuenten con una asesoría efectiva y periódica.

La población en general no tiene un conocimiento claro sobre el riesgo que conlleva el uso de los plaguicidas. Usualmente se piensa que estar en contacto con estos productos químicos no tiene mayores consecuencias. Es éste otro factor que favorece el uso indiscriminado de los plaguicidas en el sector agrícola. La utilización de plaguicidas, en efecto, se realiza sin observar

Gráfico 3

Casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas. Ecuador (1978-2003)



Fuente: MSP (2004)

las técnicas de su buen uso. Por ejemplo, se usa estos productos sin equipos de protección, sin respetar el tiempo de espera para la cosecha, sin eliminar adecuadamente los restos de envases y, finalmente, mezclando plaguicidas sin ningún criterio de prevención.

Ninguno de los programas de estudios de medicina en las universidades del país integra el componente de toxicología. Por ello, el tema de las intoxicaciones causadas por plaguicidas no forma parte de la programación de estudios. Esto explica porqué, en la mayoría de casos, la conducta terapéutica no se ajusta a los requerimientos de la evidencia para su tratamiento. Recordemos además que, generalmente, las áreas de emergencias hospitalarias son atendidas por médicos de reciente formación. Como ejemplo de esta deficiencia, en un estudio de caso sobre el tratamiento de las intoxicaciones por plaguicidas realizado en los hospitales de la provincia de Manabí (1980-1986), se encontró que en el 49% de los casos atendidos, a pesar de que los pacientes no estaban intoxicados por compuestos inhibidores de la colinesterasa, se los había tratado como que si lo estuvieran, y por tanto se les prescribió atropina. El desconocimiento de los efectos de la intoxicación crónica sobre la población provoca que éste no sea percibido como un problema sanitario. Esto explicaría, en gran parte, la poca prioridad que el tema tiene en los programas de formación de los profesionales del área de salud y del área agronómica.

La vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas es otra de las debilidades persistentes. Tal vigilancia actualmente se limita al reporte mensual de casos, sin que se hayan incorporado otros componentes de la vigilancia como son el análisis de la información y las acciones que permitan enfrentar el impacto de los plaguicidas sobre la salud.

La población vulnerable

Generalmente se ha considerado a los trabajadores agrícolas (que están vinculados al proceso de producción, formulación, transporte, almacenamiento, expendio y aplicación) como el sector expuesto a los riesgos de los plaguicidas. El problema se agudiza porque estos trabajadores agrícolas manipulan plaguicidas sin las medidas de higiene y seguridad adecuadas, a lo que se tiene que añadir su poca o inexistente información sobre los riesgos del uso de los plaguicidas. En otros casos, el analfabetismo, las precarias condiciones económicas, la desnutrición u otros cuadros patológicos, son circunstancias que los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad. A lo señalado se añade que los trabajadores están expuestos a múltiples plaguicidas, así como a la re-exposición luego de un cuadro de intoxicación sin que se haya alcanzado una completa mejoría.

Una gran parte de la colectividad cree que los riesgos se circunscriben a las personas que viven en el campo o se dedican a las actividades agrícolas, o a quienes laboran en las campañas de fumigación para combatir los vectores de algunas patologías (dengue o malaria). Nada más alejado de la realidad. Por la gran variedad de uso de los plaguicidas, éstos están en contacto con toda la población. En efecto, los plaguicidas se utilizan para el tratamiento de maderas (mismas que serán utilizadas en nuestras casas); para el mantenimiento de los bordes de los caminos y carreteras; para la fumigaciones contra roedores y otros insectos en edificios, hospitales o restaurantes; para el tratamiento de piojos y otros parásitos; para el tratamiento de semillas; en los silos que almacenan alimentos; y para el control de plagas domésticas en nuestras casas, guarderías, asilos y cárceles. Cuando nos alimentamos, muchos de los alimentos que consumimos provienen de cultivos donde se

han utilizado grandes cantidades de plaguicidas sin el control adecuado y, en algunos casos, sin que se haya respetado el tiempo necesario (tiempo de carencia) antes de cosecharlos, por lo que al comercializados y consumirlos persisten residuos. En relación a los alimentos de origen animal (leche, carne, huevos, pescados), muchos plaguicidas se encuentran biomagnificados porque tras ser utilizados persistentemente con anterioridad se han vuelto inofensivos para algunas plagas.

El problema del subregistro

La dimensión del problema, tal como se lo ha descrito, no está siendo percibida ni por las autoridades sanitarias ni por la población ecuatoriana. Si bien se han reportado casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas en todas las provincias del Ecuador, todavía persisten problemas de subregistro debido a múltiples razones. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- La información oficial únicamente registra los casos que son notificados por las unidades de salud que pertenecen a la estructura del Ministerio de Salud Pública (MSP). Así, se excluyen de dicho registro los casos atendidos en la Seguridad Social, el Seguro Campesino, las Fuerzas Armadas, la Policía, la Junta de Beneficencia, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los servicios privados, los no formales, y los casos de automedicación o aquellos en los que las personas fueron atendidas en sus domicilios.
- Existen casos de intoxicaciones por plaguicidas que, a pesar de haber sido atendidos en las unidades del MSP, no son registrados. Se trata de los casos que se atienden por emergencia y que no ameritaron internación.
- Se han encontrado problemas en el sistema de registro del MSP. Por un lado, cuando la atención es registrada señalando la

intoxicación por el compuesto químico, pero sin que se defina a este componente como plaguicida, el personal de estadística elimina esta información. Se estima que este tipo de subregistro llega al 53%. Asimismo, cuando el personal médico no logra identificar la causa de la intoxicación, la registra como “substancia química desconocida”, perdiéndose nuevamente los datos que permitirían contar con una estimación más clara del problema.

- El MSP registra las intoxicaciones por plaguicidas mensualmente a través de la “Notificación mensual de enfermedades de vigilancia epidemiológica”. En este documento, sin embargo, no se anota el tipo de plaguicida específico que causó la intoxicación, ni se relaciona con el tipo de exposición. Solamente se reportan de manera general los casos catalogados como “intoxicaciones por plaguicidas”.
- En los registros señalados se excluyen los casos crónicos producidos por plaguicidas.

La respuesta de las instituciones públicas y privadas al problema

En 1999, el MSP, considerando que las intoxicaciones constituyen un creciente problema de salud, seleccionó al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, para que en él funcione el Centro de Información Toxicológica (CIATOX). Este servicio surgió como una respuesta de la autoridad sanitaria del Ecuador a las recomendaciones de la Conferencia de las Naciones Unidas en Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, 1992). El CIATOX funciona en la unidad de cuidados críticos del Hospital Eugenio Espejo, con el concurso de médicos asesores con experiencia en toxicología clínica y estudiantes de postgrado de medicina crítica y emergencia que reciben capacitación en toxicología. El Programa

de Seguridad Química (IPCS) y el Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacional (CCOHS), brindan su soporte técnico al centro. También se está capacitando a enfermeras en el manejo del programa IPCS-INTOX, creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para apoyar a los centros de información toxicológica en la provisión de información (mediante el registro y recolección de los casos y consultas), con lo que se conseguirá una atención permanente las 24 horas del día.

El CIATOX cuenta con un banco de información que incluye el registro de más de 200.000 sustancias, además de una base para la recolección de datos y procesamiento estadístico. Adicionalmente, el centro cuenta con fuentes de información bibliográfica y suscripción a publicaciones de la Academia Americana de Toxicología Clínica, y suscribió un memorando de entendimiento con el Centro Regional de Información Toxicológica de Ontario, Canadá, concebido como un acuerdo de hermandad y cooperación técnica.

En el CIATOX se asesoran un promedio de 10 casos semanales vía telefónica. Se atienden las solicitudes de unidades públicas y privadas de salud. Se asesora personalmente al equipo de salud que atiende a los pacientes intoxicados que ingresan al Hospital Eugenio Espejo (institución donde se atienden más de 250 casos al año). Dicho sea de paso, las cinco intoxicaciones más frecuentes se deben a fósforo blanco (diablillos), a plaguicidas inhibidores de la colinesterasa, a plaguicidas rodenticidas, a medicamentos benzodiacepínicos, y a multifármacos. Por otro lado, el MSP ha participado activamente en la elaboración de varias normativas referentes al tema de los plaguicidas. El área de Salud Ambiental del MSP es parte oficial del Comité

Interinstitucional del Régimen Nacional para la Gestión de Productos Químicos Peligrosos, dirigido especialmente a la eliminación y disposición final de los plaguicidas obsoletos y prohibidos pertenecientes al grupo de Compuestos Orgánicos Persistentes (COP).

El papel de las organizaciones no gubernamentales

En las últimas décadas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) han sido las promotoras fundamentales del tratamiento de los plaguicidas y sus impactos sobre la población.

En 1983, la Fundación Natura inició trabajos sobre el tema de plaguicidas a raíz de su designación como coordinadora de la Red de Acción en Plaguicidas para América Latina. En 1987 ejecutó un amplio proyecto de educación ambiental, tendiente a elevar la conciencia de la población ecuatoriana sobre los riesgos de los plaguicidas. Entre las poblaciones objetivo, se dio prioridad a los agricultores (para quienes se publicaron varios cuadernos de capacitación¹), a los médicos y al personal de salud, así como a los comunicadores sociales.

Para noviembre de 1989, en nuestro país se realizó el II Encuentro Latinoamericano de la Red de Acción en Plaguicidas. Esta reunión finalizó con el denominado Manifiesto de Chorlavi que convocaba a las organizaciones sociales y a toda la opinión pública a tomar conciencia y a actuar frente a problemas que amenazan a América Latina tales como “la dependencia del control químico para la lucha contra los insectos transmisores de enfermedades que lleva a descuidar la búsqueda de alternativas”.

1. Algunos documentos elaborados para los técnicos agrícolas fueron: “Control integrado de plagas” (Fundación Natura 1989) y “El camino del veneno” (Fundación Natura 1989). También se desarrolló el I Seminario Nacional de Agricultura Alternativa. Para realizar todo este trabajo se contó con la colaboración del Ministerio de Agricultura.

Otra ONG ligada al trabajo de protección de la población frente a las consecuencias de los plaguicidas es Acción Ecológica. Esta organización nació en 1986, y desde 1999 es el punto focal para el Ecuador de la Red de Acción en Plaguicidas y sus Alternativas de América Latina (RAP-AL), y de *Pesticide Action Network* (PAN). Esta red de organizaciones, instituciones, asociaciones e individuos se oponen al uso masivo e indiscriminado de plaguicidas, planteando propuestas para reducir y eliminar su uso. Acción Ecológica fomenta alternativas viables para el desarrollo de una agricultura socialmente justa, ecológicamente sustentable y económicamente viable, que permita alcanzar la soberanía alimentaria de los pueblos. Asimismo, objeta los cultivos transgénicos porque atentan contra la salud y la diversidad biológica.²

Una tercera ONG destacada en el tema de los plaguicidas es la Corporación para el Desarrollo de la Producción y el Medio Ambiente Laboral. Esta organización ha realizado importantes investigaciones sobre los plaguicidas en el sector florícola (Harari, 2004). Entre los efectos sobre la salud de los trabajadores causados por la exposición a plaguicidas en las florícolas se destacan: dermatopatías, efectos neurológicos y neuropsicológicos y alteraciones cromosómicas.

Uno de los estudios más completos e interesantes sobre el efecto de los plaguicidas realizado en las últimas décadas es una investigación sobre los impactos en los agricultores de la papa en la provincia del Carchi. Este trabajo fue impulsado en 1988 por Donald Cole³. Un extracto del informe de investigación relatado

por Cole describe en los siguientes términos los riesgos que corren y la precaria situación por la que atraviesan los trabajadores agrícolas del Carchi: “[...] Pequeños agricultores rociando sus tierras con un cóctel de productos químicos portado en endebles mochilas [...] se podía ver a los plaguicidas fugarse de las mochilas y correr por sus espaldas y piernas. Además, los plaguicidas eran comprados en polvo y debían ser mezclados en la casa, poniendo en riesgo a todos los integrantes de la familia. [...] Los peligros para los trabajadores y sus familias se ven acrecentados porque la mayoría de los plaguicidas más comunes en Ecuador se consideran entre los más peligrosos del mundo. Carbofuran (para controlar el gorgojo andino) y metamidofos (para combatir las plagas de follaje) constituyen 47% y 43%, respectivamente, de todos los ingredientes principios activos de insecticidas aplicados en Carchi. Ambos productos químicos han sido clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como altamente tóxicos y su uso está restringido en los países del norte debido a su gran toxicidad y fácil absorción” (Dale, 2003).

Este proyecto estuvo dirigido para los cerca de 8.000 agricultores del Carchi. A pesar de todos sus efectos dañinos, los plaguicidas a la vez han representado una bendición para este sector de la población ecuatoriana. Particularmente, los plaguicidas sintéticos introducidos a fines de la década de 1940 (junto con los fertilizantes químicos), permitieron a los agricultores controlar una serie de plagas perniciosas. En efecto, estos agregados químicos han desempeñado un papel fundamental en la

2. Acción Ecológica ha desarrollado un conjunto de investigaciones en el campo de los plaguicidas, entre las que podemos mencionar: “Estudio sobre los Cops” (Acción Ecológica s/f); “Plaguicidas 1a 1b” (Acción Ecológica s/f); “Plaguicidas en Flores” (Acción Ecológica, 2000); “Plaguicidas en general” (Acción Ecológica s/f); “Fumigaciones con glifosato en la frontera norte” Adolfo Maldonado, 2003).

3. Para este estudio, el Dr. Cole, científico jefe del Instituto de Trabajo y Salud de Toronto y profesor agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, contó con la participación del Dr. Charles Crissman y su equipo del Centro Internacional de la Papa (CIP), junto con profesionales de una serie de organizaciones nacionales e internacionales, incluidos el Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias (INIAP) de Ecuador, el Programa para una Tecnología Adecuada en Salud (PATH) de Canadá, la Universidad McMaster y la Universidad Agraria Wageningen de los Países Bajos. El proyecto recibió apoyo financiero del IDRC, el CIP, el INIAP, el PATH de Canadá y la Universidad de Montana de EEUU.

historia del crecimiento económico del Carchi, ya que son los responsables del repunte inicial de productividad que permitió a los campesinos pasar de la agricultura de subsistencia a la producción comercial, elevando los ingresos de las familias rurales. Naturalmente, los agricultores se resisten hoy a abandonar los productos sobre los que parecería haber sido edificado su sustento.

Respuestas desde la empresa privada

A diferencia de lo que ocurre en Ecuador, en la mayoría de los países latinoamericanos existen centros de información toxicológica. Enfrentando esta ausencia, en el país se han realizado algunos esfuerzos. Tal es el caso de la creación de la sección de intoxicaciones del Hospital Luis Vernaza en la ciudad Guayaquil, que actualmente dispone de médicos residentes contratados exclusivamente para la atención de esta área. Sin embargo, otros esfuerzos orientados en este sentido no han prosperado. Por ejemplo, el centro de información del Colegio de Químicos del Guayas no pudo desarrollarse. Similar suerte corrió la iniciativa del hospital privado Metropolitano de Quito, donde se intentó impulsar un centro de información y atención toxicológica, sin que el proyecto logre ser cristalizado.

Por otro lado, en 1978 se constituyó en nuestro país la Asociación de Importadores y Fabricantes de Insumos Agropecuarios (AIFA). Para 1999 la razón social de esta organización cambió y con ello pasó a llamarse Asociación de la Industria de Protección de Cultivos (APCSA). Esta asociación, que agrupa a las empresas importadoras y fabricantes, tiene como objetivos:

educar y proteger la salud del agricultor y del ambiente; promover una agricultura sostenible; y, promover y difundir los lineamientos del Código Internacional de Conducta de la FAO.

En lo que se refiere a iniciativas privadas más recientes, la empresa Edifarm Ecuador, ha publicado varias ediciones de *Vademécum agrícola*. Se trata de una publicación orientada al sector comercial agrícola, en la que se incluyen indicaciones para el tratamiento médico de algunos productos que sirven a los médicos a la hora de identificar a los plaguicidas.

Por último, y nada más como apunte, a mediados del mes de julio 2005, el Centro de Información Toxicológica (CENTOX) inició sus actividades en Quito.

Desafíos a futuro

Ya en 1999, representantes del gobierno, de la industria, de organizaciones de desarrollo, de comunidades y medios de comunicación, se reunieron en las jornadas sobre plaguicidas y salud. Uno de sus resultados fue una declaración que exigía, entre otras cosas, la prohibición de productos altamente tóxicos, la inclusión de la capacitación agrícola en las universidades, y una mayor divulgación de información sobre los efectos de los plaguicidas.

A siete años de esta declaración, los desafíos para el futuro tienen mucha relación con lo que allí se expone. Considerando este antecedente, y a manera de síntesis, las siguientes son algunas de las líneas de acción que una política sobre el tema de los plaguicidas debería contener:

1. Se debe impulsar en el Ecuador, por todos los medios y con la participación de las diferentes instancias (salud, agricultura, medio ambiente, gobiernos locales), el cumplimiento del Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas.
2. La vigilancia epidemiológica debe convertirse en la herramienta que permita al MSP dirigir las acciones con la participación de todas las instituciones sanitarias y lograr un trabajo coordinado. Esto, entre otros aspectos, nos permitirá dimensionar el porcentaje de subregistro de los casos de intoxicaciones por plaguicidas, identificar grupos de riesgo, determinar los grupos químicos de plaguicidas causantes de las intoxicaciones, detectar tempranamente las intoxicaciones, recomendar medidas de prevención y promoción, avalar y promover las investigaciones, además de evaluar las acciones que se emprendan.
3. Las universidades tienen que desempeñar un papel fundamental en la tarea de capacitar a los profesionales en temas específicos relacionados a los plaguicidas, su uso, sus efectos, la manera de enfrentar las intoxicaciones, así como las alternativas biológicas para el control de plagas.
4. Se debe capacitar al personal que manipula plaguicidas tales como formuladores, transportistas, expendedores, técnicos y agricultores. Entre todos ellos se deberá retomar la propuesta del Programa Nacional de Capacitación sobre el Uso Racional de Plaguicidas, propuesta que fue implementada y que dio importantes resultados. Este programa debería ser retomado por sus actores (Ministerios de Salud, de Agricultura, de Ambiente, INEN, OPS/OMS, Asociación de Protectores de Cultivo y Sanidad Animal –APCSA–, Comité Ecuatoriano para la Defensa de la Naturaleza y del Ambiente –CEDENMA–).
5. Se debe fortalecer el CIATOX, para que realmente se convierta en un centro de información toxicológica. Esto implica la provisión del presupuesto necesario para dotarlo del personal fijo que le permita estar en funcionamiento los 365 días del año y las 24 horas del día.

Bibliografía

Albert, Lilia (coordinadora) 1990 *Los plaguicidas. El ambiente y la salud* (México: Centro de Ecodesarrollo).

Asociación de la Industria de Protección de Cultivos y Salud Animal (APCSA) s/f *Normas INEN sobre plaguicidas*.

Trujillo, Fredy y María del Carmen Bazante 1996 *Manual de envenenamientos por plaguicidas* (Quito).

Bolaños, Mercedes, J. Donoso, B. Fernández y E. López s/f *Estudio de la contaminación por plaguicidas en alimentos básicos constituyente de la dieta media ecuatoriana* (Quito: Sanidad Vegetal).

Buitrón Beatriz. Responsable del Programa de Salud Ocupacional de la Dirección Nacional de Salud Ambiental del MSP. Comunicación personal. Quito, abril 2005.

Encalada, Marco (editor) 1985 *Los plaguicidas en el Ecuador: más allá de una simple advertencia* (Quito: Fundación Natura).

FAO 2003 *Código Internacional de Conducta para la Distribución y Utilización de Plaguicidas* (Roma: FAO).

Fundación Natura, MSP, AFEME 1989 *Memorias Seminario Nacional sobre Plaguicidas para Personal de Salud*. Quito

Fundación Natura 1989 *Memorias II Encuentro Latinoamericano de la Red de Acción en Plaguicidas (PAN-LA)* (Quito: Fundación Natura)

Fundación Natura 1991 *Memorias I Encuentro Nacional de la Red de Acción en Plaguicidas (RAP-ECUADOR)* (Quito: Fundación Natura)

Herari, Raúl 2004 *Seguridad, salud y ambiente en la floricultura* (Corporación para el Desarrollo de la Producción el Medio Ambiente Laboral).

Meneses Consuelo. Coordinadora Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (CIATOX). Comunicación personal. Quito, abril 2005.

OMS 1988 *Programa internacional de seguridad de las sustancias químicas. Directrices para la lucha contra las intoxicaciones* (Ginebra: OMS).

Programa Nacional de Capacitación sobre el Uso Racional de Plaguicidas 1996 "Manual para técnicos que recomiendan, supervisan y utilizan plaguicidas" (Quito. Proyecto IPM/CRSP-CORPOINIAF)

Terán, Guido 1988 "Morbilidad por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986" en *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* (La Habana) No3. julio-septiembre.

Terán, Guido 1987 "Epidemiología de las intoxicaciones por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986" en *Revista Salud y Trabajo* (Portoviejo) No. 12

Terán, Guido 1987 "Plaguicidas y salud" en *Revista Salud y Trabajo* (Portoviejo) No. 11

Terán, Guido 1992 *Manual de intoxicaciones agudas por plaguicidas* (Quito: Abya-Yala).

Terán, Guido 2000 "Valoración del manejo terapéutico de intoxicaciones agudas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos, Portoviejo- Ecuador". Trabajo final del curso de Postgrado en Toxicología Clínica. Universidad de Mar del Plata. Argentina.

Noboa, Hugo 1994 Informe del Ecuador en "Los Plaguicidas en América Latina". Memorias del Seminario Taller Sobre la Problemática de Plaguicidas en la Región de las Américas (Bogotá).

Crissman, C., D. Yanggen. y P. Espinosa. 2002 *Los plaguicidas: impactos en la producción, salud y medio ambiente en Carchi* (Quito: Abya-Yala).

Dale, Stephen 2003 *Previniendo la intoxicación por plaguicidas en Ecuador*. (página web de IDRC-CRDI)

El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores

Óscar Betancourt*¹

Bolívar Vera*²

Introducción

Una de las principales actividades del ser humano es el trabajo. A través del trabajo se producen tanto los bienes necesarios para la vida como satisfacciones personales y colectivas. Como lo señala la Organización Internacional del Trabajo (OIT): “el trabajo ocupa una tercera parte del tiempo de las personas. Los ambientes y la organización del trabajo conllevan fuentes de riesgo para la salud. La actividad laboral es una de las principales condicionantes de la salud y el bienestar” (OIT, 2000). Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, esta misma actividad ocasiona enfermedad, lesiones y hasta la muerte.

Dado que el trabajo es una actividad que casi siempre se desempeña cotidianamente, si se realiza bajo malas condiciones, con frecuencia los procesos peligrosos para la salud no son detectados oportunamente. Además la propia complejidad anatómico-funcional del ser humano hace que múltiples alteraciones a la salud pasen inadvertidas. Lamentablemente, para cuando las enfermedades o accidentes del trabajo son tomados en cuenta, ya se han alcanzado niveles de gravedad.

Al conocer el modo en que el trabajo afecta la salud, es posible definir e implementar acciones de prevención y protección, orientadas a asegurar que los centros de trabajo sean saludables, que el trabajo sirva como un catalizador de la salud

y no como un destructor de la misma, y que permita a la población trabajadora alcanzar una realización plena. Sin embargo, en buena parte de los países de América Latina, estos principios básicos de salud y seguridad en el trabajo no han orientado la toma de decisiones efectivas. El Ecuador no es la excepción. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, son escasos los centros de trabajo privados y públicos que cuentan con programas integrales de salud y seguridad laboral. Como se verá más adelante, además de que existe un alto sub-registro de los accidentes y enfermedades del trabajo, las medidas de prevención y protección son la excepción, y la población cubierta por el seguro de riesgos del trabajo es bastante baja.

Al ofrecer un panorama del ambiente de trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores (como promete el título de este artículo), de entrada, la propia carencia de información sobre el tema constituye un claro reflejo de la poca atención e importancia que se ha dado a este campo y del bajo nivel de desarrollo del mismo. Sin embargo, con los pocos datos existentes, se intentará mostrar la situación de la salud y la seguridad en el trabajo en el Ecuador durante las últimas décadas. Se partirá de un análisis de los cambios más relevantes experimentados en el país con respecto a la organización del trabajo, para luego analizar las formas de enfermar o morir por el trabajo, y las acciones realizadas para enfrentar el desafío de la salubridad laboral.

*1 Director ejecutivo, Fundación Salud Ambiente y Desarrollo (FUNSAD)

*2 Director administrativo, Fundación Salud Ambiente y Desarrollo (FUNSAD)

La salud de los trabajadores en la década de los ochenta

Las universidades, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos (MTRH), algunas empresas, organizaciones laborales y unos pocos organismos no gubernamentales han implementado varias acciones a favor de la salud de los trabajadores. Dentro del sector público, el IESS ha sido la institución que ha incluido con mayor fuerza la preocupación por la seguridad y salud de los trabajadores en sus políticas. Sin embargo, todos estos esfuerzos, especialmente los realizados durante los últimos quince años, no han sido suficientes. La atención a la salud y seguridad en el trabajo en el país tiene muchas debilidades. Amplios grupos laborales carecen de algún programa de salud y seguridad en el trabajo.

En teoría, toda la población no cubierta por el IESS en lo relativo a los denominados “riesgos del trabajo”, debería haber sido atendida por el MTRH y por el MSP. Sin embargo, eso no ha ocurrido en consonancia con la magnitud de esta problemática. En lo que respecta al MSP, “desde finales de la década de los setenta, se han hecho varios intentos por incursionar en el campo de la salud de los trabajadores, iniciando con la División de Accidentes, Desastres y Salud Ocupacional, que sin haber realizado actividades relevantes desapareció en 1983. Posteriormente, y como una demanda de los trabajadores y empleados de la planta central del Ministerio, por medio del Decreto 7288 del 31 de julio de 1987, se creó la División Nacional de Control de Seguridad e Higiene del Trabajo, dependiente de la Dirección de Recursos Humanos. El universo que debía cubrir esta dependencia era de aproximadamente 30 mil trabajadores y empleados del Ministerio de Salud Pública” (Betancourt 1995). La carencia en el MSP de una política específica sobre salud y seguridad en el trabajo influyó para que no se lleven a cabo

actividades con los trabajadores del Ministerio y con la población trabajadora no cubierta por el IESS. Una clara muestra de esta inoperancia institucional es que la División de Control de Seguridad e Higiene fue eliminada en el año 1993.

Este tipo de deficiencias se han registrado en otros sectores institucionales del sector de la salud. El MTRH creó una instancia administrativo-técnica en 1975 para atender los aspectos legales de los trabajadores no afiliados al IESS amparados por el Código de Trabajo. Sin embargo, no existe publicación alguna sobre los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales registradas en esta dependencia. Por otro lado, el Consejo Nacional de Salud (CONASA), creado en 1980 como parte del Plan Nacional de Desarrollo (1980-1984) para coordinar las acciones de este campo, no incluyó entre sus aliados al MTRH y no consideró como área prioritaria a la salud y seguridad en el trabajo. Sólo a finales de la década, en 1988, desde el MSP, con el desarrollo de la atención primaria en salud (APS) y de los sistemas locales de salud (SILOS), se crearon algunas condiciones para atender a la población laboral (aunque, claro, como parte de la atención general a la población y no como un programa específico).

El contexto nacional y la salud de los trabajadores

Los cambios experimentados a fines de la década de los setenta e inicios de los ochenta fueron muy importantes para el país, para la salud de la población y de manera particular para los trabajadores. Estos cambios estuvieron marcados por la transición de una época dictatorial a la denominada democracia representativa. Tal transición coincidió con cambios notables en la economía ecuatoriana y en los servicios de salud. A diferencia de la época precedente, durante la cual la economía creció por el auge petrolero, alcanzando porcentajes del PIB del orden del 9%

(Muñoz, Vicuña, 1984), la década de los ochenta se caracterizó por un deterioro profundo de la economía ecuatoriana. A la caída de los precios del petróleo se sumó el aumento de la cotización del dólar. Consecuentemente, durante el primer gobierno constitucional (el de Jaime Roldós y su sucesor Oswaldo Hurtado) el nivel económico del país descendió notablemente. La tasa de crecimiento de la economía que en 1978 era del 6,6%, para 1982 fue de 1,8%, y en 1983 alcanzó valores negativos del -3,3% (Estrella, Crespo, Herrera, 1997). Durante la década del ochenta, la deuda externa, especialmente la pública, aumentó de manera considerable: de 4.651 millones de dólares en 1980 a 7.434 en 1985. Sumado al endeudamiento, el proceso de sucretización que se produjo en 1983, favoreciendo a los grupos económicamente dominantes (Suárez, 1988), aumentó la carga financiera sobre el Estado.

Con la llegada al poder de la derecha, tras la elección de León Febres Cordero en 1984, se consolida el modelo neoliberal. Este giro político e ideológico se expresa en el favoritismo hacia banqueros y comerciantes, en la eliminación de los precios oficiales y en el fomento a la especulación (Saltos, Vázquez 1999). La producción industrial durante este gobierno se concentró en Quito y Guayaquil, hecho que estimuló la migración campo-ciudad y produjo un aumento del desempleo. Como anota Catón Olmedo sobre el período, durante la segunda mitad de la década de los ochenta “el país adopta un marco laboral que, beneficiando a quienes ya tenían un empleo, se tornó inflexible y poco permeable para las nuevas demandas de trabajo. [...] El problema del empleo no sólo tiene una connotación económica, trasciende a esferas del equilibrio emocional; el desempleo produce frustración y conduce a la pérdida de la auto estima, afecta las relaciones intra familiares” (Olmedo, 1997).

Las políticas económicas y sociales neoliberales que se implementan desde entonces, condujeron

a un recorte en la inversión del sector público, particularmente en las instituciones del Estado encargados del área social (salud y educación). Igualmente, en el sector privado se ha producido un descenso de los niveles de inversión. En relación a estas tendencias y como se verá más adelante, los impactos en la salud de los trabajadores fueron notables. Sin embargo, en lo referido a las restricciones de información sobre este aspecto, la escasa preocupación por el cuidado de la salud y las condiciones de trabajo se refleja en la ausencia misma de información que dé cuenta de manera integral sobre la salud de los trabajadores.

Indicadores de salud de los trabajadores

Antes de presentar algunas cifras, que de alguna manera reflejan los impactos en la salud por el trabajo, es necesario explicar que los indicadores de esta situación a nivel nacional e internacional han sido los siguientes:

- a) Accidentes del trabajo
- b) Accidentes en trayecto
- c) Enfermedades profesionales
- d) Enfermedades relacionadas con el trabajo

En relación directa a estos indicadores, igualmente a partir de un consenso internacional, se definen las siguientes eventualidades relacionadas con la vinculación al trabajo y con la vida:

- a) Incapacidad temporal
- b) Incapacidad permanente
- c) Incapacidad parcial
- d) Incapacidad total
- e) Muerte

Cada una de estas clasificaciones tipifica disposiciones legales relacionadas con los derechos de los trabajadores, como son las prestaciones que el seguro otorga a la población afiliada. Con estos referentes es que se han registrado en Ecuador las expresiones de las malas condiciones de trabajo en la salud de la

población laboral. En el país existe información sobre las incapacidades laborales desde 1966. Sin embargo, para los últimos años de esa década y para las décadas subsiguientes, no se dispone de estadísticas de accidentes del trabajo. Éstas se encuentran disponibles sólo a partir de 1988 (IESS, 1998). Como se verá más adelante, lo que sucede con las enfermedades del trabajo es más preocupante, pues hasta la presente fecha existe un serio problema de subregistro.

Con los únicos datos existentes se puede ver que los impactos en la salud de la población trabajadora a partir de 1979 y durante la década de los ochenta fueron más altos que en los años subsiguientes. Para 1979, en la División Nacional de Riesgos del Trabajo del IESS se registraron 6.696 incapacidades (temporales, permanentes y fallecimientos) que representan el 1,27% del número de afiliados existentes para ese año (526.248) (IESS, 1998). En cambio, veinte y cuatro años después, la misma institución registra un número mucho menor: 2.301 incapacidades (temporales, parciales permanentes, absolutas permanentes y fallecimientos), que representan el 0,19% del número de afiliados (1'184.485) (IESS, 2003). En lo que respecta exclusivamente a la muerte causada por el trabajo, se observa la misma tendencia. Entre 1979 y 1989, el IESS registró la muerte de 2.197 trabajadores como consecuencia de accidentes del trabajo, con un promedio anual de 183 (IESS, 1998). Esta cifra contrasta con los 54 fallecimientos registrados por la misma institución en el año 2003. Con estos datos se puede establecer que, durante la década de los ochenta, las condiciones de trabajo y de vida fueron peores que en los años subsiguientes, y/o que las medidas de prevención y protección eran casi inexistentes. Dicho sea de paso, y para sustentar esta conclusión, se entiende que con el pasar de los años los sistemas de registro van mejorando, especialmente por el ingreso en las empresas y en las instituciones de una forma de registro automatizado. Por lo tanto, no sería lógico pensar que esa notable diferencia

registrada se deba a que en la década de los ochenta el sistema de registros era mejor que en el nuevo milenio.

En esta tendencia descendente de las incapacidades y fallecimientos pueden haber influido las actividades preventivas que la División de Riesgos del Trabajo del IESS ha desarrollado, en distintos sectores productivos del Ecuador, desde 1974. "El personal altamente calificado que existe en la División de Riesgos del Trabajo ha permitido poner en marcha planes y programas de Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo en la industria manufacturera, de la construcción, petrolera, de servicios, hotelera, la agrícola y de muchos otros sectores, lo que ha determinado la disminución de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales" (IESS, 1997). Se debe destacar que durante este período se expidió también el Reglamento de Prevención y Control del Ruido, que de alguna manera ha sentado las bases para proteger la salud de la población general y para que esa medida también se adopte en los lugares de trabajo.

En cuanto a los problemas de salud de la población general, durante los ochenta se registró un crecimiento de las denominadas enfermedades de la modernidad. Se incrementaron las enfermedades isquémicas del corazón, cáncer de cervix, cáncer gástrico, los trastornos mentales y los suicidios (Suárez, 1988). En relación a esta tendencia, es necesario recordar que en los problemas de salud de los trabajadores interactúan las condiciones de trabajo con las condiciones generales de vida. Cada una de estas condiciones tiene su peso específico que en muchas ocasiones resulta difícil identificar de manera separada. Lo que sucede con los trastornos mentales es el mejor ejemplo. Estudios realizados en el país demuestran una presencia importante de los trastornos mentales en diferentes grupos de trabajadores. En ellos, se destaca la influencia de los problemas en el trabajo y los externos al mismo. El estrés, por ejemplo, es el principal

problema de salud de los maestros ecuatorianos (Betancourt y Palacios 1999), fenómeno que coincide con otros hallazgos de investigaciones realizadas en otras partes de América (Acevedo, 2002, Messing, 1998, Martínez, Kohen, Valles 1997, Kornblit, Méndes, 1993). Tal y como sucede con el estrés, varios problemas de salud registrados en las estadísticas generales podrían corresponder a las denominadas enfermedades del trabajo.

Legislación en riesgos del trabajo

Si la salud de los trabajadores del Ecuador dependiera de las leyes, normas y reglamentos, el panorama sería más alentador. Desde las primeras décadas del siglo veinte se han emitido múltiples normativas legales. Esto hasta el punto en que se podría decir que existen suficientes disposiciones como para asegurar adecuadas condiciones de trabajo y de salud, además de compensaciones justas. Lamentablemente, muy poco de lo escrito se cumple. No es el momento, ni existe aquí el espacio, para hacer un análisis de la legislación sobre “riesgos del trabajo”. Sin embargo, para tener una idea de las respuestas institucionales en este campo, se hará un breve comentario al respecto. En 1937, a nueve años de la creación de la Seguridad Social ecuatoriana, se emitió la ley sobre indemnizaciones por accidentes de trabajo. Pero sólo en 1964 (mediante el Decreto N°878, publicado en el Registro Oficial N°239) se incluyó el Seguro de Riesgos del Trabajo en el régimen social ecuatoriano. Desde entonces, el Departamento de Riesgos del Trabajo se encargó únicamente de otorgar prestaciones monetarias por accidentes del trabajo y por enfermedades profesionales. A partir de 1972 se avanzó con la inclusión de algunas actividades de prevención, apoyadas inicialmente por organismos internacionales como la OIT, y posteriormente por la OPS/OMS y el Centro Internacional de Estudios de la Seguridad Social (CIESS) con sede en México (IESS, 1998).

En 1975 ocurrió un hecho importante para la salud de los trabajadores. En ese año el IESS emitió el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este documento, que ha tenido varias actualizaciones, reglamenta varios aspectos de las condiciones de trabajo y los derechos laborales. Por ejemplo, allí se incluyen normas que deben cumplirse en los centros de trabajo en cuanto a higiene, iluminación, niveles admisibles de ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ventilación, radiaciones y sus formas de protección. Del mismo modo, también se regulan allí los procesos peligrosos para la salud de tipo biológico y químico. El reglamento incluye además normas para la seguridad en el trabajo, como la prevención y control de incendios, la ropa de trabajo y los equipos de protección personal, y las obligaciones, prohibiciones, sanciones y multas para los empleadores y trabajadores referidas al tema de la seguridad. Para completar el panorama, el documento incluye incentivos para las empresas y trabajadores que cumplan con lo allí consignado. A pesar del avance que esto supone, se debe aclarar que este reglamento sólo es aplicable a la población asegurada que, como se sabe, constituye un porcentaje reducido de la población ecuatoriana. En cuanto a la legislación para los trabajadores no asegurados, en el Código del Trabajo, el Título IV incluye una variedad de artículos referidos básicamente a la indemnización por accidentes, muerte y enfermedades del trabajo (Martínez, 1999).

Recién en 1986 el Estado ecuatoriano emitió una reglamentación mucho más amplia que la del IESS, dirigida a proteger la salud de todos los trabajadores ecuatorianos y a mejorar las condiciones de trabajo. Se trata del Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo, también conocido como Reglamento 2393 (Martínez, 1999). Todos los trabajadores y empleadores deberían asumir este documento como un texto de consulta obligatoria, pues están obligados a aplicar sus contenidos día a día. Lamentablemente, la realidad es otra y

existe mucho trabajo que realizar al respecto. Ahora bien, con este reglamento se crea el Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, integrado por delegados del IESS, el MTRH, el MSP, empleadores (cámaras de la industria y construcción) y trabajadores (centrales sindicales). De acuerdo al reglamento, este comité debería encargarse de “coordinar las acciones ejecutivas de todos los organismos del sector público con atribuciones en materia de prevención de riesgos del trabajo; cumplir con las atribuciones que le señalen las leyes y reglamentos; y, en particular, ejecutar y vigilar el cumplimiento de este reglamento” (Martínez, 1999). A diferencia de lo que sucede en otros países, en el Ecuador, y desde su creación, el Comité mencionado ha tenido múltiples dificultades para su funcionamiento efectivo. Precisamente, esta limitación es uno de los obstáculos para el desarrollo de la salud y seguridad en el trabajo en el país.

Además de esta legislación y reglamentación general, se han emitido reglamentaciones específicas en distintas ramas de actividad económica, dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores. Listamos a continuación algunos ejemplos: Reglamento de Seguridad Radiológica (1979); Reglamento de Higiene y Seguridad del Hospital Carlos Andrade Marín (1979); Reglamento de Higiene y Seguridad para los Trabajadores Portuarios (1979); Reglamento de los Servicios Médicos de Empresas (1978); Ley para la Formulación, Fabricación, Importación, Comercialización y Empleo de Plaguicidas y Productos Afines de Uso Agrícola (1990). A todas estas las leyes y reglamentos se suma una variedad de convenios y acuerdos establecidos entre las instituciones públicas y organismos internacionales, especialmente con la OIT (Estrella y Proaño, 1982). Por su parte, los trabajadores organizados también se han preocupado por mejorar las condiciones de trabajo y de proteger su salud. Con esa intención, han incluido en los contratos

colectivos contenidos sobre salud y seguridad en el trabajo.

Llama la atención que una buena parte de la normativa para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y protección de la salud se haya emitido durante un período de dictadura militar. Asimismo, es curioso que uno de los reglamentos más amplios e importantes (Reglamento 2393), se haya expedido durante uno de los gobiernos más represivos y autoritarios elegido en elecciones libres. Los cambios en los procesos productivos, las exigencias de las organizaciones laborales y el interés por ser competitivos en el mercado internacional, seguramente influyeron en estas decisiones. Sin embargo, esta paradoja señala un vacío para investigaciones socio-políticas futuras.

Otro aspecto que invita a la reflexión es la falta de correspondencia entre la infinidad de leyes y reglamentos sobre “riesgos del trabajo” y las pocas acciones que se ejecutan. La cantidad de reglamentos, la dispersión en las leyes, las inconsistencias en varias de ellas, la duplicación de responsabilidades y la falta de actualización son factores que inciden negativamente. A esto se suman las contradicciones que existen entre normativas sobre aspectos específicos (siendo el mejor ejemplo lo que sucede con la importación y uso de los plaguicidas).

La salud de los trabajadores durante la década de los noventa y los primeros años del nuevo milenio

Los cambios ocurridos en el mundo del trabajo durante este período son bastante complejos. En los países centrales, tales cambios se expresan en la ruptura del modelo fordista (producción en cadena) y taylorista (administración centralizada). A los cambios en la organización del trabajo se suman los avances tecnológicos, particularmente de la informática y de la microelectrónica,

además de los procesos de globalización. En esta época del posfordismo, los países altamente industrializados van adoptando formas de trabajo basadas en los círculos de calidad y justo a tiempo (toyotismo), en la flexibilización laboral y en la polifuncionalidad o polivalencia laboral (capacidad de los operarios de manejar más de una máquina o de realizar tareas de diversa naturaleza).

En el Ecuador, al igual que en otros países de condiciones económicas similares, esas nuevas formas de trabajo no son las que predominan. De allí precisamente se deriva la complejidad que supone caracterizar las transformaciones en el campo del trabajo en nuestro contexto. En el Ecuador existe una industrialización tardía, en la que coexisten formas de trabajo tradicionales en la agricultura (empresas familiares, pequeñas asociaciones) y en la manufactura (fordistas, tayloristas) con nuevas formas de organización y división del trabajo (sistemas automatizados o semi-automatizados de producción). En correspondencia con los principios del neoliberalismo, uno de los cambios que sí llegaron hasta estas tierras fue el relacionado con la flexibilización laboral (eliminación de los puestos fijos de trabajo), aplicado especialmente en las grandes empresas, pues esta modalidad de trabajo requiere a su vez de cambios tecnológicos, de gestión y administración. En nuestro país, entonces, se viene desarrollando con fuerza un proceso de desregulación laboral, es decir, un conjunto de cambios en las modalidades de contratación, en las relaciones laborales y en el mercado de trabajo que prescinden de los anteriores mecanismos de protección al trabajador. Se va instaurando así, de manera paulatina, la tendencia de las empresas a subcontratar, a externalizar y/o a tercerizar las actividades, proceso que entraña un cambio en el tipo de vinculación entre las firmas más grandes con las más pequeñas (Novick, 2000). Estos cambios que han venido ocurriendo en el Ecuador se acompañan del respaldo legal

correspondiente. Al inicio de la década de los noventa, durante el gobierno de la social-democracia bajo la presidencia de Rodrigo Borja, se expidió la Ley de Régimen de Maquila y de Contratación Laboral a Tiempo Parcial. A pesar que esta ley expresa de manera categórica que los trabajadores sujetos a estas modalidades tienen el derecho de estar protegidos por las medidas de seguridad e higiene del trabajo, en la práctica, el cumplimiento es la excepción. Los trabajadores de las empresas tercerizadas o los trabajadores a tiempo parcial, generalmente no están protegidos por los programas de salud y seguridad, y con bastante frecuencia no se encuentran afiliados al IESS, siendo excluidos de los beneficios del seguro de riesgos del trabajo. Los accidentes y enfermedades que sufren estos trabajadores tampoco son registrados en las estadísticas de esta institución. Cuando un trabajador no cubierto por el IESS sufre un accidente, usualmente acude a los servicios de emergencia del MSP. Se debe recordar que durante el gobierno de la social-democracia, el MSP triplicó el número de unidades de atención básica, lo que explica de alguna manera la mejoría en el registro de personas que han sufrido un accidente del trabajo.

El registro de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

Como se ha dicho en líneas anteriores, una manera de saber lo que sucede con la salud de los trabajadores en el Ecuador es a través del análisis de las estadísticas de las principales instituciones relacionadas con este campo. Al respecto, es necesario hacer algunas precisiones. El IESS registra la eventualidad de enfermedades causadas por el trabajo sobre la base de un informe enviado por los empleadores. Mediante un procedimiento médico-legal, la institución califica si el accidente o enfermedad se debe o no al trabajo. El primer problema que presenta este mecanismo de registro, es que no todos

los centros laborales reportan los accidentes y enfermedades que sufren sus empleados (inclusive las muertes por trabajo son ocultadas y “solucionadas” con un aporte económico a los deudos). Por otro lado, el registro que levanta el MSP corresponde, básicamente, a la atención de emergencia que se realiza en las unidades operativas del país, cuando un trabajador acude en busca de atención curativa. Generalmente, se trata únicamente de accidentes de tipo traumático y además no todos los accidentes de trabajo son registrados como tales.

El gráfico 1 muestra la magnitud y evolución de los accidentes del trabajo ocurridos durante la década del noventa, incluyendo los primeros años del nuevo milenio.

Si se cumpliera con la ley y todos los trabajadores fueran afiliados al IESS, los accidentes del trabajo deberían ser atendidos y tratados administrativamente como tales por esta institución. Las cifras que constan en el gráfico 1 serían mucho más elevadas que las que registra el MSP. Asimismo, es importante aclarar que en los accidentes del trabajo registrados por el MSP

Gráfico 1

Accidentes del trabajo por institución prestadora de servicios. Ecuador (1994-2003)

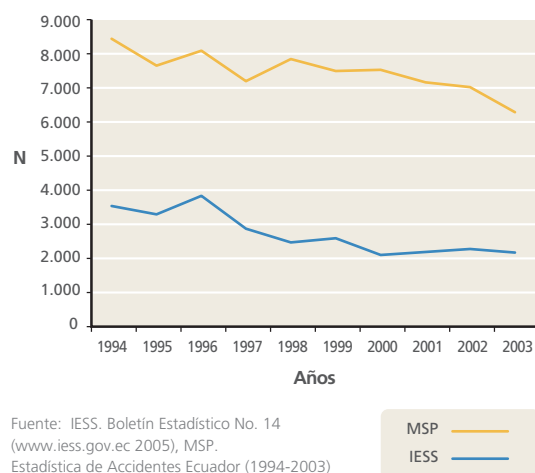
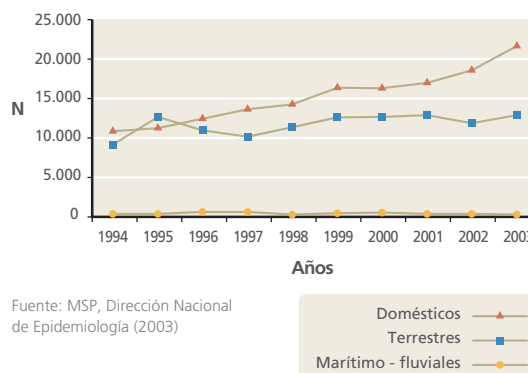


Gráfico 2

Accidentes domésticos, terrestres y marítimo-fluviales Ecuador (1994-2003)



no constan los accidentes domésticos, terrestres, marítimos y fluviales, cuando en realidad muchos de ellos tienen relación con el trabajo o con los denominados accidentes en tránsito (durante el desplazamiento entre el domicilio y el lugar de trabajo). Para tener una idea más integral de lo que sucede con la salud de los trabajadores, se deben conocer también las expresiones numéricas de este tipo de accidentes que, lamentablemente y como se puede observar en el gráfico 2, son bastante altas y tienen tendencia ascendente.

Los accidentes y enfermedades del trabajo en el nuevo milenio

Las mismas instituciones que se han señalado para el período anterior son las encargadas de registrar los problemas de salud de los trabajadores referidos, básicamente, a las manifestaciones más sobresalientes (accidentes y fallecimientos). Si bien el esfuerzo realizado por el IESS y el MSP aporta al establecimiento de estadísticas de salud en el país, este esfuerzo no permite tener una idea cabal del fenómeno en cuestión. Esto no sólo por el alto subregistro, sino también por la manera de procesar y presentar la información. Por ejemplo, los datos sobre accidentes del trabajo e incapacidades registrados

por el IESS son presentados en cifras absolutas, sin la elaboración de relaciones con la población trabajadora general, o con la población laboral específica por rama de actividad. Por su parte, la información del MSP se presenta en cifras absolutas y también en cifras relativas (tasas). Pero la limitación en cuanto al cálculo de estas tasas, es que se utiliza como denominador a la población general (adultos, niños, trabajadores, no trabajadores, etc.). Para tener una idea más cercana a la realidad, sería adecuado incluir en el denominador por lo menos la cifra de la población económicamente activa (PEA) por sector de la economía.

Tomando en cuenta los límites de la información existente, en este artículo se ofrece la reconstrucción de algunos indicadores. La información más actualizada proviene del censo del 2001. Además, el IESS cuenta con el número de accidentes por rama de actividad. Estas fuentes nos permiten identificar el sector donde más accidentes se producen.

Como se puede deducir del cuadro 1, el IESS ha registrado un total de 2.309 accidentes del trabajo en el año 2001. Si se toma como referencia las cifras absolutas que emite esta institución

en sus reportes (columna N), parecería que la mayor cantidad de accidentes se producen en los establecimientos financieros, de seguros y de bienes inmuebles. Sin embargo, esa apreciación es falsa, pues se deriva del número de trabajadores que existen en esta rama de actividad económica. Pero si se toma como referencia la tasa por 100.000 de toda la población económicamente activa (PEA), el sector donde mayor número de accidentes existe es el de la electricidad, gas y agua. Por lo tanto, es allí donde se deberían concentrar los esfuerzos orientados a conocer las condiciones de trabajo y a implementar las medidas de prevención y protección más adecuadas. Tomando el otro polo, parecería que en el sector de minas y canteras se genera el menor número de accidentes. Pero si se observan las tasas del cuadro 1, este sector se encuentra entre los cinco primeros, mientras que el sector de la agricultura, silvicultura, caza y pesca se encuentra en el último lugar. Por otro lado, es notorio el escaso número de accidentes en este último sector (72), pues incluye a la PEA más numerosa del Ecuador (1'265.075). El subregistro sobre accidentes en esta rama debe ser muy alto, pues buena parte de la población que trabaja en ese sector es independiente u opera bajo modalidades familiares de organización

Cuadro 1

Accidentes del trabajo por rama de actividad. Ecuador (2001)

Sector	N	PEA	Tasa X 100.000
Agricultura, silvicultura, caza y pesca	72	1'265.075	5,69
Explotación de minas y canteras	13	24.674	52,68
Industria manufacturera	634	472.805	134,00
Electricidad, gas y agua	96	13.809	695,19
Construcción	82	288.199	28,45
Comercio al por mayor y menor	132	784.588	16,82
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	61	227.789	26,77
Establecimientos financieros, seguros y bienes inmuebles	647	163.219	396,39
Servicio comunal, social y personal	572	634.777	90,11

Fuente: IESS Boletín Estadístico No. 14 (www.iess.gov.ec 2005). INEC, VI Censo Nacional de Población y Vivienda (2001)

productiva. Adicionalmente, también podría haber un alto subregistro de accidentes ocasionados por plaguicidas. A pesar de ello, si se revisan los registros de las unidades de salud del MSP para el año 2001, se tiene la cantidad de 1.376 intoxicados con plaguicidas, cifra que supera en mucho al escaso número reportado al IESS. (Algunas de esas intoxicaciones pueden ser debidas a intentos de suicidio, y además no todos los que sufren problemas por la exposición a agroquímicos acuden a las unidades de salud, pero estas precisiones no se pueden realizar a partir de los datos existentes).

A la hora de señalar la región del Ecuador donde existe el mayor número de accidentes, por estar basados en cifras absolutas, los datos del IESS para el año 2001 son suficientes. A continuación se presenta lo que sucede en las tres provincias más grandes del Ecuador.

En correspondencia con el gráfico 3, Guayas reporta 1.786 accidentes del trabajo, Azuay 237 y Pichincha 286. Del total de estos accidentes, el 2,3% han sido mortales (IESS, 2002). Como se ha dicho, el IESS no dispone de indicadores con

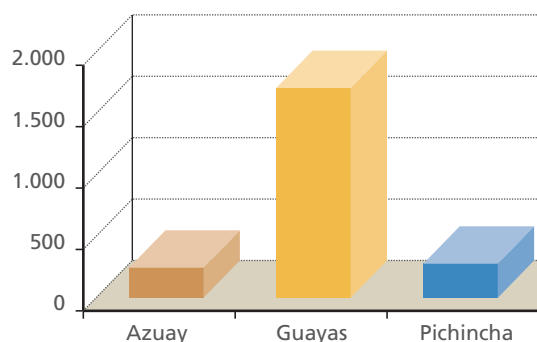
cifras relativas y por eso da la impresión de que Guayas supera en mucho a Azuay y Pichincha. Pero si se utilizan los datos de la PEA para ese año y para esas provincias, las tasas respectivas dan una información diferente, más cercana a la realidad. Esto se puede observar en el gráfico 4.

Si se compara el gráfico 3 con el 4 es notable la diferencia. Azuay parece que tiene un número insignificante de accidentes, pero la realidad es otra, inclusive supera a Pichincha (tasa de 29 x 100.000 PEA) y casi se iguala con Guayas (tasa de 146 x 100.000 PEA). A pesar que la provincia tiene una población mucho más baja, Azuay tiene una tasa de 102 x 100.000 PEA. Si la programación de actividades de prevención y protección se sustentara en las cifras absolutas se cometerían muchos errores, pues Azuay aparecería como la última prioridad.

Por otro lado, los datos reportados por el MSP¹ que corresponden a la población laboral no cubierta por el IESS, alertan sobre la predominancia de accidentes en la provincia del Azuay. Con esta información se refuerza la idea de que se deben concentrar los esfuerzos en esa provincia para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de salud.

Gráfico 3

Accidentes del trabajo por provincias. Ecuador (2002)



Fuente: IESS. Boletín Estadístico (2001-2002)

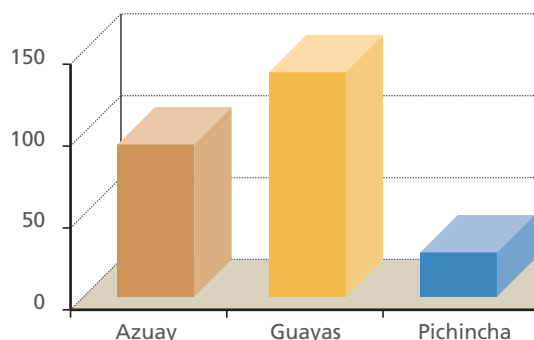
Las diferencias por género

A pesar de los importantes avances de los últimos años respecto a la inserción de la mujer al mercado laboral, todavía existen grandes diferencias, al menos dentro de una buena parte del sector de la economía. Las diferencias no se refieren sólo a la inserción, más bien, lo preocupante son las diferencias en cuanto a las remuneraciones. En el Ecuador, en el área urbana y para el período 1990-1993, la relación de los ingresos promedio

1. Accidentes del trabajo en cifras absolutas: Azuay 275, Guayas 1271, Pichincha 769.

Gráfico 4

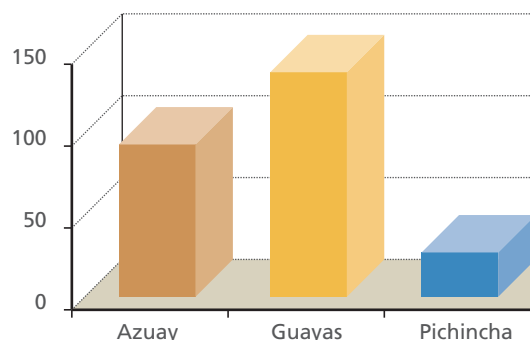
Accidentes del trabajo por provincias. Ecuador (2001)*



* Tasa por 100.000 habitantes de la PEA
Fuente: IESS, Boletín Estadístico (2001-2002),
INEC Censo de Población y Vivienda (2001)

Gráfico 5

Accidentes del trabajo por provincias. Ecuador (2001)*



* Tasa por 100.000 habitantes de la PEA
Fuente: MSP, Estadísticas de Accidentes Ecuador (1994-2003).
INEC, Censo de Población y Vivienda (2001)

mujer/hombre era de 0,73. Una mejoría casi imperceptible ocurre en el período 1999-2000 con una relación de 0,74. Este fenómeno se repite en casi todos los países de América Latina, registrándose la diferencia más alta en Nicaragua (0,56) y la más baja en Argentina (0,94) (OIT, 2001). (Hay que recordar que la equidad está representada por una relación de 1).

A causa de esta misma inserción laboral predominantemente masculina, los accidentes del trabajo diferenciados por sexo que reporta el IESS tienen aparentemente predominancia masculina. En el 2002, los accidentes entre las mujeres representaban el 13,8% del registrado para los hombres, y en el 2003 el porcentaje es de 13,78%. Sólo en la rama de actividad “Administradores, gerentes y directores”, existe un mayor número de accidentes entre las mujeres que entre los hombres: 122 accidentes de mujeres y 99 de hombres en el 2003, 116 de mujeres y 94 de hombres en el 2003 (IESS, 2003a).

Las enfermedades del trabajo

Ninguna de las instituciones encargadas de la salud y seguridad en el trabajo (IESS, MSP, MTRH) ha emitido, hasta el momento actual, una versión escrita o electrónica sobre las enfermedades del trabajo en el Ecuador. En las Memorias del IESS del año 2003, se observa que en todo el país, en el 2001 se han calificado solamente 11 enfermedades profesionales (IESS, 2003b). Existe una infinidad de enfermedades que, a causa del trabajo, comprometen los diferentes órganos, sistemas y funciones del ser humano. Sin embargo ninguna de ellas se diagnostica, se reporta, se califica o se registra. No se conoce, por ejemplo, cuántas personas han quedado sordas, cuántas con enfermedades respiratorias, cuántas con lesiones dérmicas o del aparato osteomuscular, cuántas con alteraciones neurológicas, o cuántas han quedado con enfermedades mutagénicas, teratogénicas o cancerígenas de origen laboral. En otros países se tienen registros del ascenso incontenible de

las enfermedades mentales que surgen en el trabajo (estrés, neurosis, *burnout*, síndromes depresivos), pero en el Ecuador se tiene un gran vacío. Al respecto, en otras publicaciones se han comentado las razones económicas, políticas y técnicas que inciden en la predominancia del registro de los accidentes del trabajo y en la ausencia de las enfermedades profesionales (Betancourt 1995, 1999).

Las investigaciones para cubrir el vacío

En los últimos años, investigadores de distintas disciplinas, de universidades y de ONG, se han preocupado de trabajar en este campo. Varios estudios dan cuenta de las alteraciones de la salud que surgen por el trabajo. Durante la década de los noventa, en la Maestría de Salud Ocupacional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador se realizó un estudio sobre una planta ensambladora de vehículos. En la investigación se encontró que de 291 trabajadores, el 31,6% presentaba signos de trauma acústico crónico (Betancourt, 1994). En algunos estudios de la Universidad Católica se han encontrado, tanto aberraciones cromosómicas y disminución de la actividad de acetilcolinesterasa en trabajadores expuestos a plaguicidas (Paz y Miño, 2002), como aberraciones cromosómicas en trabajadores de la salud expuestos a radiaciones ionizantes (Paz y Miño, s/f). En un estudio realizado en 1995 entre maestros de escuelas primarias de tres provincias del Ecuador, se encontró que el estrés era el problema de salud más frecuente (42%), seguido por faringitis (37%). El nerviosismo, la angustia y la irritabilidad ocupaban los primeros lugares (Betancourt, Palacios, 1999). En el mismo ámbito de las alteraciones mentales, un estudio del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) sobre 774 trabajadoras, encontró que el 36% de las empleadas públicas, el 50% de las obreras y el 41,7% de las campesinas, presentaban valores de sufrimiento mental

entre moderado y severo (*test Goldbeeg*) (CEAS, 1994).

Algunos profesionales del IESS también han aportado con datos obtenidos en programas de la institución o en investigaciones extra-institucionales. En un programa de conservación auditiva del IESS se encontró que de 16.097 trabajadores, de 182 entidades públicas y privadas del Ecuador, el 27,4% presentaban patologías auditivas (Secaira, 1994). En varios estudios realizados en el norte del país entre trabajadores agrícolas de la papa, se encontraron alteraciones dérmicas y neurológicas por la exposición a plaguicidas (Cole, 1997, Cole, 1997a).

En la amazonía se ha intentado conocer los impactos en la salud por exposición a contaminación petrolera. Los resultados indican que “las poblaciones que viven en cantones con explotación petrolera tuvieron un mayor riesgo de padecer cáncer que las poblaciones que viven en cantones donde no existe explotación” (Hurting, San Sebastián, 2002).

En el presente milenio han surgido importantes investigaciones que vinculan la salud de los trabajadores con la salud ambiental, tomando como marco de referencia el enfoque ecosistémico. Este enfoque no sólo se relaciona con la manera de entender y abordar el objeto de estudio, sino que incluye los criterios de participación comunitaria y de vinculación de la investigación con la acción. En tres regiones del Ecuador se han realizado proyectos con este enfoque: en la provincia del Carchi con el sector agrícola (Yanggen, Crissman, Espinoza, 2003), en Pichincha con la producción de flores (CEAS, 2005), y en El Oro con el sector minero (Betancourt, Narváez, Roulet 2005).

Políticas y acciones

A pesar de que las respuestas institucionales no han correspondido a la magnitud y complejidad

de la problemática, se han dado avances importantes en los últimos años. El IESS, el MSP y el MTRH han realizado cambios organizacionales y han planteado actividades concretas. Entre las acciones relevantes que ha emprendido la Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS, se encuentra el Proyecto de Asesoría Empresarial que intenta superar el carácter punitivo y sancionador por una auditoría moderna, sustentada en la prevención y en las acciones de asesoría a las empresas (IESS, 2004). En el 2004 se trabajó en 465 empresas, con la participación de 1.320 trabajadores, capacitándose por primera vez en esta materia a 1.477 personas que trabajan en el IESS (Villalba, 2005).

La Unidad Técnica de Seguridad y Salud del MTRH se ha concentrado en aprobar los reglamentos de higiene y seguridad de las empresas, promover y registrar los comités mixtos que se crean y anotar el número de accidentes de su competencia (para el 2004 fue de 27 para todo el país) (Pozo 2005). Desde el 2002 el MTRH, a través de la Unidad Técnica de Seguridad y Salud, se encuentra empeñado en construir una “política con miras a la protección de la Seguridad y Salud en el mundo del Trabajo” (MTRH, 2002). La Unidad cuenta con pocos profesionales para llevar adelante esta tarea (apenas 4) y por ello, por más esfuerzos que se hagan, el avance en la consecución de centros de trabajo saludables es lento.

Los últimos cambios en el MSP han dejado sin mayor sustento a las acciones de seguridad y salud en el trabajo. El escaso personal que en un momento intentó implementar un sistema de atención primaria en salud laboral en las unidades operativas, no lo pudo hacer. Sin lograr este objetivo, el intento de mejoría institucional quedó en una situación incierta. Algunos funcionarios afirman que “como consecuencia de la implementación de una nueva estructura, la Salud Ambiental en el Ministerio de Salud Pública, contrario a responder a las necesidades del país y

de la Institución sufre un serio debilitamiento, estando en riesgo, inclusive de desaparecer y abandonar el rol que por mandato constitucional le corresponde” (Buitrón, 2005) [Sic.].

En el sector privado, han sido las empresas grandes y medianas las que han incluido entre sus acciones programas de salud y seguridad en el trabajo. Las transnacionales deben cumplir con normas internacionales y disponen de estructuras administrativo-técnicas para ejecutar programas de prevención, protección y atención a la salud. Especialmente en la provincia del Guayas se han preocupado de formar a sus técnicos en cursos de cuarto nivel (diplomados, especialidad, maestrías). Estos programas que han ido creciendo, aunque de manera lenta, explican de alguna manera la tendencia a la baja de los accidentes del trabajo registrados por el IESS (ver gráfico 1). A pesar de estos avances, amplios sectores de medianos y pequeños centros de trabajo carecen de estos servicios.

Formación de recursos humanos

El IESS ha sido la institución que más cursos de capacitación ha impartido en las últimas décadas. Estos cursos, con distintos temas, han estado dirigidos a trabajadores, técnicos y empresarios. En los primeros 5 meses del 2005 se impartieron 10 cursos de capacitación en las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay, con la asistencia de 260 trabajadores (Villalba, 2005).

A partir de la primera maestría de salud ocupacional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, que formó a una decena de profesionales a inicios de la década de los noventa, otros centros de educación superior han creado algunos cursos de diplomados y maestrías. Sin embargo, el único que mantiene una regularidad con la presencia de varias promociones es el diplomado del Centro de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Cabe mencionar también la nueva maestría organizada por el IESS y por la Facultad de

Filosofía de la Universidad Central del Ecuador. Además, el Instituto Superior de Salud Pública de esta misma universidad convocará a una segunda promoción de su maestría.

Otras universidades han incluido en los postgrados de salud pública, módulos de salud y seguridad en el trabajo. Uno de los ejemplos es la maestría de salud pública de la Universidad San Francisco de Quito.

Por último, es preocupante la ausencia de contenidos de este campo del saber en la formación de pregrado de los médicos ecuatorianos. Cabe destacar que las escuelas de enfermería de Quito y Manabí han incorporado unos pocos contenidos.

Algunos retos

Cualquier reflexión sobre los retos quedaría corta, sin embargo es necesario señalar que el país es uno de los más rezagados de América en materia de salud y seguridad en el trabajo. Por ello, es necesario fortalecer las instancias administrativas y técnicas de las instituciones del Estado. ¿Qué puede hacer una Dirección de Riesgos del Trabajo del IESS si apenas recibe el 0,5% del presupuesto del IESS? ¿Qué programas se pueden llevar a la práctica si el MSP no ubica a la salud laboral entre sus prioridades y, para agravar la situación, el Liderazgo de Salud Ambiental (antigua Dirección de Salud Ambiental) está a punto de desaparecer? ¿Qué se puede esperar de un Equipo Técnico de Seguridad y Salud en el Trabajo del MTRH conformado sólo por cuatro personas para un trabajo de ámbito nacional?

Los centros de trabajo deben cumplir con las leyes y reglamentos en materia de salud y seguridad

en el trabajo. Los servicios existentes deberían incorporar de mejor manera las actividades de prevención, protección y promoción, trascendiendo el predominante sistema curativo de atención a la salud. Se necesita un mejor control de las formas de trabajo entregado a terceros, que ha servido para muchas cosas, menos para asegurar una fuente de trabajo con las medidas de salud y seguridad como indica la ley. Es imperativo el trabajo conjunto entre los departamentos de seguridad con los de salud.

Es un reto para los organismos públicos, para las empresas y para las organizaciones laborales dar un giro a esta realidad, incorporando en los centros de trabajo programas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación específicos. Es necesario promover el espíritu investigativo para generar nuevos conocimientos científicos en este campo. Se necesita mayor información, el profesional ecuatoriano está absolutamente capacitado para realizar investigaciones de nuestra realidad.

La participación de los trabajadores en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades es una medida que hace mucha falta en los programas existentes. La incorporación activa de estos sectores es un reto, la recuperación del saber y experiencia de los trabajadores es el mejor motor de los programas en este campo.

Se debe pensar en el mejoramiento de los sistemas de registro de las instituciones públicas y privadas. Además de disponer de cifras absolutas, es necesario contar con cifras relativas e indicadores que desde hace mucho tiempo existen en el ámbito internacional.

¡El bienestar de trabajadores y trabajadoras está a la espera!

Bibliografía:

- Acevedo, Dosris 2002 *El trabajo y la salud laboral de las mujeres en Venezuela. Una visión de género* (Maracay: Ed. Universidad de Carabobo).
- Betancourt, Óscar y Miguel Palacios 1999 “Trabajo y salud en el magisterio del Ecuador” en *Salud de los Trabajadores* (Maracay) Vol. 7. No. 2.
- Betancourt, Óscar 1994 *Condiciones de trabajo y salud en AYMESA*. Tesis de Maestría de Salud Ocupacional. Comité de Empresa AYMESA, mimeo, Quito.
- Betancourt, Óscar 1995 *La salud y el trabajo, reflexiones metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención básica en salud* (Quito: CEAS/OPS).
- Betancourt, Óscar 1999 *Salud y seguridad en el trabajo, texto para la enseñanza y la investigación* (Quito: FUNSAD/OPS/OMS).
- Betancourt, Óscar, Alberto Narváez y Marc Roulet 2005 “Small Scale Gold Mining in the Puyango River Basin, Southern Ecuador: an Integrated Study of Environmental Impacts and Human Exposures”, en *Ecohealth Journal*, in press, USA.
- Buitrón, Beatriz 2005 *Salud ambiental en el Ministerio de Salud Pública. Antecedentes, evolución y retos*. Equipo Técnico y Administrativo de Salud Ambiental, Quito. Mimeo.
- Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) 1994 *Mujer, trabajo y salud* (Quito: Ediciones CEAS).
- Cole, Donald et. al. 1997 “Dermatitis in Ecuadorean Farm Workers” en *Contact Dermatitis* (USA) No. 37.
- Cole, Donald et. al. 1997a “Neurobehavioral Outcomes Among Farm and Nonfarm Rural Ecuadorians” en *Neurotoxicology and Teratology* (USA) Vol. 19. No. 4.
- Estrella, Eduardo, Antonio Crespo y Doris Herrera 1997 *Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador (1967-1995)* (Quito: CEPAR).
- Estrella, Héctor y Carlos Proaño 1982 *Normas jurídicas del Ecuador sobre riesgos del trabajo* (Quito: IESS, Departamento de Asuntos Internacionales).
- Hurting, Anna-Karin y Miguel San Sebastián 2002 *Cáncer en la amazonía del Ecuador (1985-1998)* (Coca: Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria “Manuel Amunarriz”).
- IESS 1997 *Boletín Estadístico de Riesgos del Trabajo* (Quito: IESS, División Nacional de Riesgos del Trabajo).
- IESS 1998 *Boletín Estadístico de Riesgos del Trabajo* (Quito: IESS, División Nacional de Riesgos del Trabajo).
- IESS 2002 *Boletín Estadístico* (Quito) No. 13.
- IESS 2003a *Boletín Estadístico* (Quito) No. 14.
- IESS 2003b *Memorias 2003*, Quito. CD ROM.
- IESS 2004 *Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo* (Quito: IESS).
- INEC 2001 *VI Censo Nacional de Población y Vivienda*. CD ROM.
- Kornblit, Analia y Ana María Méndes (1993) *El profesor acosado, del agobio al estrés* (Buenos Aires: Humanitas).
- Martínez, Emmanuel 1999 *Código del Trabajo. Reglamentos y legislación conexa* (Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones).
- Martínez, Deolidia, Jorge Kohen y Iris Valles 1997 *Salud y trabajo docente. Tramas del malestar en la Escuela* (Buenos Aires: Kapelusz).
- Messing, Karen 1998 *Occupational Health and Women Workers* (Philadelphia: Temple University Press).
- Ministerio del Trabajo y Recursos Humanos (MTRH) 2002 *Política institucional en seguridad y salud*. Acuerdo Ministerial No. 213, Quito. Mimeo.
- Muñoz y Vicuña 1984 “Historia del movimiento obrero del Ecuador” en *Historia del movimiento obrero en América Latina* (México: Siglo XXI).

Novick, Martha 2000 “La transformación de la organización del trabajo” en De la Garza, Enrique *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo* (México: Colegio de México).

Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2000 *Metodologías sindicales para la identificación de riesgos y peligros en el lugar de trabajo y el medio ambiente* (Turín: Centro Internacional de Formación de la OIT).

Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2001 *Panorama laboral 2001. América Latina y El Caribe* (Lima: OIT).

Olmedo, Catón 1997 “El desempleo en el Ecuador” en *Correo Poblacional y de la Salud* (Quito) Vol. 5, Ed. 4.

Paz y Miño, César 2002 “Cytogenetic Monitoring in a Population Occupationally Exposed to Pesticides in Ecuador” en *Environmental Health Perspectives* (USA) Volume 110, Number 11.

Paz y Miño, César s/f *Genética toxicológica y carcinogénesis* (Quito: FUNDACYT / PUCE)

Pozo, Miriam (2005) Entrevista a la Directora de la Unidad Técnica de Seguridad y Salud del MTRH), Quito.

Salto, Napoleón y Lola Vázquez 1999 *Ecuador: su realidad* (Quito: Fundación José Peralta).

Secaira, Aquiles (1994) *Programa de conservación auditiva* (Quito: IESS). Mimeo.

Suárez, José 1988 *La situación de salud en el Ecuador 1962-1985* (Quito: MSP/OPS/OMS).

Villalba, Carlos 2005. Entrevista al Director del Seguro de Riesgos del Trabajo, Quito.

Yanggen, David, Charles Crissman y Patricio Espinosa 2003 *Impactos en producción, salud y medio ambiente en Carchi, Ecuador* (Quito: Abya-Yala).

Cambios en la vida de grupos humanos prioritarios

La salud de las niñas, niños y adolescentes

Juan Vásconez*

En las últimas décadas, la sociedad ecuatoriana ha atravesado por cambios profundos en los ámbitos de la demografía, la economía, la política y la cultura. Como expondré en este artículo, todas estas transformaciones han tenido un impacto directo en la vida de las niñas, niños y adolescentes, que constituyen como grupo cerca de la mitad de la población del país.

La pobreza durante este periodo se mantuvo en niveles altos, y entre los niñas, niños y adolescentes se han mantenido claras brechas de acceso a servicios de salud, nutrición, desarrollo infantil, educación y protección especial. Un factor que explica estas brechas es la baja inversión social del Ecuador. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la inversión social en el país se mantuvo en uno de los niveles más bajos de América Latina y El Caribe (CEPAL, 2003). Esta ausencia no sólo tiene relación directa con la pobreza, la migración, los niveles de analfabetismo, los grados de violencia, el incremento de riesgos de enfermedad y muerte entre niñas, niños y adolescentes, sino también con problemas de gobernabilidad democrática.

Panorama general de las condiciones de vida de la población ecuatoriana

El perfil demográfico en el Ecuador cambió desde 1979 al 2004. La tasa de fecundidad de 5,4 hijos/as por mujer en 1979, se redujo a 3,3 en 2004. La tasa de mortalidad infantil también

disminuyó a la cuarta parte. Mientras la tasa de mortalidad general bajó, la esperanza de vida al nacer aumentó. Con estas tendencias, en el censo del 2001 se constató que el 45% de la población era menor de 18 años, es decir que se incluía dentro del grupo de niñas, niños y adolescentes.

Durante el periodo, también se registró una tendencia importante a la urbanización: actualmente más del 60% de la población vive en ciudades. La migración campo-ciudad y hacia el exterior del país, fue un fenómeno importante. Esto último tuvo un impacto negativo en la vida de las niñas y niños. Entre otros aspectos, la emigración ha traído como efecto la desintegración familiar y ha provocado una mayor vulnerabilidad al maltrato, al trabajo infantil, al abuso, a la explotación sexual y a la exclusión de los servicios de salud, educación y protección especial. El dinero enviado por los emigrantes del exterior incrementó la capacidad de consumo, pero en muchos casos éste se orientó al gasto suntuario y no a inversiones que mejoren las oportunidades y calidad de vida de niñas, niños y adolescentes.

El perfil epidemiológico fue otro factor que cambió en este periodo. Se redujeron las tasas de mortalidad de la niñez y de mortalidad infantil. Pero esta tendencia se estancó en los últimos 5 años, en especial a causa de la mortalidad neonatal. En el 2004, casi dos tercios de la mortalidad infantil ocurrió entre niñas y niños que no habían cumplido un mes de vida. Esto

* Oficial de salud y nutrición, UNICEF sede Ecuador

destaca la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a mejorar el acceso a programas de control prenatal, de atención del parto y de atención del recién nacido, con énfasis en poblaciones rurales y urbano-marginales. A la desnutrición e infecciones se le sumó el aumento de malformaciones congénitas y de neoplasias como causa de mortalidad. Sin embargo, a pesar de estos problemas de salud pública, la reducción de la mortalidad infantil cumplió la meta del plan de acción de los años noventa, y tiene probabilidad de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La mortalidad materna se mantuvo en niveles altos y se registró un estancamiento en los últimos años. Sobre este aspecto, a pesar de que las debilidades en la información son evidentes, sí se pueden establecer algunas tendencias. La causalidad de la mortalidad materna es, en su mayor parte, evitable y está ligada a la baja percepción del riesgo y a limitaciones en cuanto al acceso y capacidad resolutoria en los cuidados obstétricos esenciales de los servicios de salud. Merece particular atención la elevada mortalidad materna entre adolescentes. Ésta se vincula con embarazos que atraviesan por riesgos físicos y nutricionales y que están marcados por la discriminación en la familia y en los servicios de educación, salud y protección especial. Durante estas décadas hubo un elevado subregistro de embarazos no deseados que terminaron en abortos de alto riesgo. No se cumplió la meta de reducción de la mortalidad materna del plan de acción de los noventa, y las probabilidades de cumplimiento de los ODM son inciertas.

La mortalidad entre adolescentes se relacionó de manera creciente con accidentes y violencia. Este grupo ocupa un quinto de la población del país y tiene altos niveles de exclusión del sistema educativo por falta de matrícula o deserción. Los y las adolescentes también están excluidos en un alto grado de la educación sobre sexualidad. Otro problema en este grupo es el inadecuado uso del tiempo libre. Por otra parte, ha sido únicamente

durante la última década que los adolescentes han adquirido identidad y especificidad como grupo, pasando a participar en las políticas y en los programas de salud, educación y protección especial.

En cuanto a la morbilidad entre niñas, niños y adolescentes, coexisten los viejos problemas de infección y desnutrición con malformaciones congénitas, alergias, neoplasias, accidentes y violencia. Cabe destacar que la incidencia de VIH/sida entre niños y niñas (y también entre adolescentes y mujeres, así como su impacto en huérfanos y familias afectadas) está en franco crecimiento. El VIH/sida tiene una tendencia creciente en el país. Todavía no contamos con un estudio de prevalencia, pero conocemos que el número anual de nuevos casos creció de 8 en 1984, a más de 1.000 en el 2004.

Sobre el estado de la nutrición entre niñas, niños y adolescentes, llaman la atención los altos niveles de desnutrición en menores de 5 años y escolares. También cabe destacar los crecientes niveles de obesidad. El creciente problema de obesidad en niñas y niños se relaciona con un alto consumo de grasas e hidratos de carbono, un bajo consumo de frutas y vegetales, y sedentarismo asociado con muchas horas de televisión y poco ejercicio físico. Por otro lado, el bajo peso al nacer sigue alto. En cuanto a la práctica de la lactancia materna, se han registrado altos niveles, pero la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es insuficiente y la alimentación complementaria es, con frecuencia, inadecuada. La desnutrición crónica y la global se redujeron y sin embargo es una de las más altas de la región andina.

Ecuador inició la década de los ochenta con una alta prevalencia de bocio y cretinismo endémicos en comparación con el resto de la región andina. Sin embargo, como resultado de la intervención del programa del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1994, Ecuador fue reconocido por cumplir la meta de yodación de la sal de

consumo humano. A pesar de este avance, en 1999 Ecuador fue declarado por organismos internacionales como un país que tiene un bajo control epidemiológico sobre los desórdenes causado por deficiencia de yodo (DDI). En relación a otros micronutrientes, Ecuador también requiere mayores esfuerzos. La anemia por déficit de hierro afecta a más de la mitad de mujeres embarazadas y niños pequeños. Existe alta morbilidad por caries dental relacionadas al déficit de flúor. Y hay una alta incidencia de infecciones relacionada a déficits moderados de vitamina A.

El maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y de género, el abuso, la explotación sexual, la pornografía infantil, y la trata de niñas, niños y adolescentes mantuvieron niveles altos. Estos problemas han adquirido mayor importancia en la agenda de políticas de salud pública y protección especial. Tan es así que, en los últimos años, se logró incorporar reformas legales, contenidos de política e instrumentos para su detección, registro, prevención y atención integral. Sin embargo, pese a los esfuerzos de actores públicos y privados por erradicar el trabajo infantil peligroso, éste mantiene niveles altos, principalmente en bananeras, basurales, florícolas y mineras.

Durante el periodo en cuestión, las condiciones de vivienda y saneamiento básico para al menos la mitad de niñas, niños, adolescentes y sus familias, fueron inadecuadas. Sin embargo, hubo una mejora sustancial en el acceso a electrificación urbana y rural, que llegó a la mayoría de la población. También hubo avances en la dotación de infraestructura de agua y saneamiento, principalmente a nivel urbano. Pero las brechas se mantienen altas: menos de la mitad de hogares del país cuentan con abastecimiento de agua dentro de la vivienda y con servicio higiénico conectado a alcantarillado. También persisten prácticas inadecuadas en el manejo de la basura. El ambiente ha sufrido deterioro por la tala indiscriminada de bosques,

daños de las fuentes de agua, y contaminación del aire, suelo y agua debido al limitado control e inadecuado manejo de desechos vehiculares, industriales y de hogares a nivel nacional y local. Esto se mantiene pese a los crecientes esfuerzos realizados por organizaciones gubernamentales, principalmente locales, y de la sociedad civil.

Por último, cabe señalar que los avances técnicos y tecnológicos de las últimas décadas no han sido suficientes para superar el subregistro y otras debilidades en la calidad de la información. A pesar de este déficit, es indudable que el Ecuador avanzó en la construcción de bases de datos y sistemas de información. Algunos ejemplos representativos son: el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), el Sistema de Indicadores de la Niñez (SINIÑEZ), las salas de situación, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-Alerta), los Sistemas de Información Local (SIL) y los análisis de vulnerabilidad. Sin desconocer todos estos nuevos aportes, las debilidades en los sistemas de información persisten. Hace falta que se incluyan indicadores estratégicos para la planificación y aplicación de políticas públicas y programas prioritarios que faciliten la participación y vigilancia ciudadana.

Las nuevas ideas sobre la salud

Con el fortalecimiento del movimiento indígena desde inicios de la década de 1990, se modificó el escenario político y social. Este movimiento social incorporó en su agenda de reivindicaciones el derecho a la salud, con propuestas propias que incluyeron un interés creciente por lo intercultural, es decir por la interrelación entre las cosmovisiones y prácticas de los mundos indígena y occidental. El movimiento también logró posicionar propuestas de soberanía alimentaria. En términos generales, se produjeron avances en la presencia institucional de los pueblos indígenas. Así lo constatan la creación de la

Dirección de Educación Intercultural Bilingüe, del Consejo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE) y de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, creada en el MSP en 1999.

En los últimos años se han impulsado foros de discusión de políticas sociales para la niñez y adolescencia indígena, con una importante participación de jóvenes de organizaciones indígenas y campesinas. En estos foros se han desarrollado agendas centradas en los derechos de niñas, niños y adolescentes que abren espacios de construcción de políticas públicas interculturales con impactos positivos en la vida de los niños. Hubo avances en la discusión de la política de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la salud materna y cuidados obstétricos esenciales con enfoque intercultural. El reto se mantiene en concretar programas y servicios interculturales de acceso universal.

Por su parte, las niñas, niños y adolescentes afro-descendientes mantienen altos niveles de pobreza y exclusión. No se conoce la magnitud de sus problemas precisamente por las debilidades institucionales y de organización social. Es indudable que se requiere fortalecer procesos de política pública y de programas para la población afro-descendiente.

El sueño de la reforma

En el Ecuador se realizaron esfuerzos para incorporar el enfoque de derechos humanos a la política social. Se consiguieron algunos avances a nivel de legislación, entre los que se destacan: el Código del Menor (1992); la Constitución Política (1998) que incorporó el contenido de la Convención de los Derechos del Niño de 1990; la Ley de Protección, Promoción y Fomento de la Lactancia Materna (1992); el Código de Ética de Comercialización de los

Sucedáneos de la Leche Materna (1992); la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994, reformada en 1998) que garantiza el acceso universal a prestaciones a mujeres y niños menores de 5 años a través de la cogestión entre el MSP y los municipios, el establecimiento de redes de servicios con actores públicos y privados sin fines de lucro, y la participación y vigilancia ciudadana mediante comités de usuarias; el Código de la Niñez y Adolescencia (2002); la Ley del Sistema Nacional de Salud (2002); la reforma al Código Penal sobre delitos sexuales contra niñas y niños (2005). Además, se consiguió la expedición de leyes de descentralización y de la ley que exige a los municipios la inversión en grupos vulnerables.

En el Ecuador también se realizaron esfuerzos en la planificación y seguimiento estratégico del cumplimiento de metas mínimas para la niñez y adolescencia. El Plan Nacional de Acción para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en la década de los noventa fue diseñado con la participación de los ministerios del Frente Social, gobiernos locales y otras instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales (ONG), y fue evaluado en el 2001 a la luz de las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia. Durante el 2003 y el 2004, bajo el liderazgo del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, instituciones públicas y ONG nacionales y locales prepararon el Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, y el Informe de País sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Muchos gobiernos locales cuentan con planes de desarrollo local generados de forma participativa a la luz de la legislación vigente, que incluyen metas y resultados sobre la salud de la niñez y adolescencia. También se han promovido acuerdos entre gobiernos provinciales y cantonales para invertir un porcentaje de sus presupuestos en servicios sociales básicos de salud y educación, que complementan la inversión del gobierno central.

En las últimas décadas, la salud no ha tenido el nivel de prioridad política y social que merece. Ha ganado presencia en las propuestas políticas, pero no ha contado con el correlato práctico de financiamiento y recursos para su desarrollo. La limitada continuidad en las políticas de salud ha sido una constante. Tan sólo un gobierno mantuvo su ministro de salud y una política continua de salud familiar y comunitaria por el período completo de 4 años. Sin embargo, en los últimos años se ha conseguido posicionar la propuesta de aseguramiento universal en salud a nivel nacional. Por su parte, los municipios de Quito y Guayaquil han impulsado propuestas de salud y aseguramiento en salud con un alto grado de visibilidad política. Estas propuestas siguen en proceso de construcción y de establecimiento de acuerdos.

La Ley del Sistema Nacional de Salud ofrece un marco favorable para la construcción de políticas públicas y programas en salud con la participación de actores públicos y privados a nivel nacional, provincial, cantonal y parroquial. Las organizaciones que agrupan municipios (AME), consejos provinciales (CONCOPE) y juntas parroquiales (CONAJUPARE), y algunos gobiernos locales se han incorporado a la construcción de procesos orientados a garantizar el derecho a la salud.

Con la creación del Frente Social y la Secretaría Técnica del Frente Social, el Consejo Nacional de las Mujeres en 1998, y el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia en el 2003, se amplió el marco institucional que favorece la articulación interinstitucional e intersectorial para atender a la niñez y adolescencia. Por otro lado, se evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad técnica y de gestión de los ministerios de Salud, Educación y Bienestar Social y de los gobiernos locales para garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Acceso a servicios y programas de salud

El acceso a servicios de salud de la niñez y adolescencia se caracterizó por la inequidad y persistencia de brechas. El gasto per cápita en salud tiene grandes diferencias entre el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES), las Fuerzas Armadas, los gobiernos locales y el MSP. El gasto en salud depende en más del 50% del bolsillo de la gente. Los recursos humanos y físicos se concentran en las ciudades y son insuficientes en el área rural y zonas de mayor pobreza. La tecnología se concentra en las ciudades, en el sector privado y tiene acceso limitado. El aseguramiento como modalidad de financiamiento para garantizar el acceso a los servicios de salud sigue siendo débil. En el 2005, apenas 1 de cada 4 ecuatorianos tenía acceso a un seguro de salud.

Sin embargo, el país avanzó en el camino hacia el acceso universal a programas prioritarios. El Programa Ampliado de Inmunizaciones cubrió a más del 90% de la población en la última década. Logró 8 años sin un caso de sarampión y 15 años sin un caso de poliomielitis. Tuvo un alcance sectorial y logró la participación interinstitucional y ciudadana. En la salud materna, aumentaron el acceso a la atención prenatal y la atención adecuada del parto. Sin embargo, en el 2004 1 de cada 4 partos no tuvieron atención institucional a nivel nacional, y 1 de cada 2 partos no tuvieron atención calificada a nivel rural. En la salud infantil, mejoró el acceso a prestaciones básicas y se incorporó el enfoque de intervenciones articuladas a través de la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

En nutrición, se estableció en el país el Programa de Micronutrientes. Éste incluyó estrategias de fortificación de alimentos, a través de la yodación

universal de la sal, impulsada desde 1984; de la fortificación universal de harina de trigo con hierro y folato, desde 1998; y de la fluoración de la sal desde 1996. El programa incluyó además estrategias de suplementación con hierro a embarazadas, y a niñas y niños menores de dos años, y de Vitamina A a niñas y niños de 6 a 36 meses de edad. Finalmente, incluyó estrategias de educación nutricional, optimizando espacios de promoción de la salud y estilos de vida saludable en ciudades y escuelas. El programa la Mejor Compra, impulsado por el MSP y gobiernos locales busca un balance económico, cultural y nutricional de la alimentación. Persiste el reto de promover la lactancia materna, como el mejor recurso alimentario, nutricional y de vínculo afectivo para un buen comienzo en la vida. Una vía es retomar la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño que incidió en la política de lactancia materna en la década de los noventa.

En cuanto al acceso a alimentación complementaria se consiguieron algunos avances. Tanto los programas de Alimentación Complementaria Materno Infantil (PACMI), el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) del MSP (dirigidos a mujeres embarazadas y en período de lactancia materna, y a niñas y niños de 6 meses a 2 años de edad), como el Programa de Alimentación Escolar del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), fueron claros aportes en este sentido. También se desarrollaron modalidades de programas de cuidado a niños pequeños, que incluyen alimentación. En los últimos años, se han realizado esfuerzos por articular y potenciar estos programas, a través del Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN).

El financiamiento público de la salud evolucionó hacia la protección de programas prioritarios. Un ejemplo es la vacunación. Desde hace más

de una década, toda vacuna se compra con recursos del presupuesto público. Incluso se estableció la Ley de Vacunas para garantizar este financiamiento, con vigilancia permanente del MSP.

El endeudamiento externo y la cooperación internacional contribuyeron con programas de salud y nutrición para madres y niños. El endeudamiento externo para salud ha sido poco evaluado, pero es común la percepción de que ha tenido escasos resultados, y que se ha orientado por agendas propias utilizando mecanismos de gestión paralelos a la institucionalidad pública. Por otro lado, la cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable de las agencias del Sistema de Naciones Unidas, de la Unión Europea y de USAID, canalizó sus recursos a través de la institucionalidad del MSP, otras instituciones públicas y ONG. Esta cooperación contribuyó a logros importantes en la salud de niñas, niños, adolescentes y mujeres.

La cooperación internacional de UNICEF

UNICEF se enmarca en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW), acuerdos de líderes mundiales como Un Mundo Apropiado para los Niños (WFFC) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En los últimas décadas, a partir del retorno a la democracia, UNICEF acompañó al país en su reto de llevar a la práctica la garantía de derechos de la niñez y adolescencia. Específicamente, acordó con actores estratégicos de la sociedad ecuatoriana, a nivel nacional y local, programas de cooperación basados en tres ejes: construcción de políticas públicas; acceso universal a servicios

sociales básicos; y, participación y vigilancia ciudadana, con enfoque intercultural y de género.

En la construcción de políticas públicas, UNICEF busca que los derechos de la niñez sean la prioridad de la institucionalidad pública y del sector privado con un enfoque de responsabilidad social. Su estrategia incluye la aplicación de la legislación que reconoce a la niñez como sujeto de derechos políticos, civiles y sociales. Busca la articulación de la política económica con la política social. UNICEF genera insumos para diálogos informados y productivos entre el gobierno, el Congreso Nacional y actores ciudadanos, para el análisis y monitoreo del presupuesto público, entendiendo a este último como un instrumento poderoso que refleja las prioridades de la sociedad. La organización también impulsa la articulación entre los cuatro niveles de gobierno alrededor de metas y resultados comunes, fomentando la complementariedad con roles y responsabilidades claras. Finalmente, UNICEF promueve el acceso universal a programas prioritarios. Es decir, busca que todos y todas accedan a servicios mínimos como la vacunación y la atención adecuada del parto, y que ninguno se quede fuera del registro al nacimiento, entendido como una expresión del derecho a un nombre y una nacionalidad.

Desde inicios de los ochenta, hubo avances políticos y metodológicos para el ejercicio de la participación y vigilancia ciudadana. UNICEF apoyó decididamente la estrategia de atención primaria de salud. En el último quinquenio, apoyó el desarrollo de espacios ciudadanos constituidos por personalidades de prestigio y credibilidad que analizan la situación de

la niñez, identifican prioridades y vigilan su cumplimiento con metas y resultados. Entre estos espacios, se destaca el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que vigila el cumplimiento de los derechos de la niñez, mediante 3 conjuntos de índices: el primero para la primera infancia, de 0 a 6 años; el segundo para la edad escolar, de 7 a 12 años; y el tercero para la adolescencia, de 13 a 18 años. Por su parte, el Contrato Social por la Educación busca mejorar la educación y alcanzar una primera meta mínima de acceso universal al primer año de básica. El Observatorio de la Política Fiscal busca transparentar en el manejo de las finanzas públicas y orienta sus esfuerzos hacia un pacto fiscal y social por el desarrollo humano. Otras iniciativas apoyan a los gobiernos locales en procesos de responsabilidad social y buen gobierno, con índices de cumplimiento, y con el establecimiento de metas de gobernabilidad, inversión social, transparencia, participación ciudadana y acceso a programas prioritarios.

En general, el Ecuador actual tiene condiciones favorables para la construcción de acuerdos y procesos que permitan el desarrollo social y económico con impacto positivo en la garantía de derechos a niñas, niños, adolescentes y mujeres. La aplicación del marco legal favorable, la transparencia en la inversión pública, la posibilidad de diálogos y acuerdos para garantizar el acceso universal a servicios de salud, educación y protección especial, y el impulso a instrumentos para la participación y vigilancia ciudadana, son los retos y oportunidades de la sociedad ecuatoriana para sentar las bases de una nueva ciudadanía y democracia que de prioridad a su niñez y adolescencia.

Bibliografía:

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) 2003 *Panorama social de América Latina 2002 – 2003*. (Santiago: CEPAL).

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) 2005 *Informe preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 2004* (Quito: CEPAR).

Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA) 2006 *Normativa de la niñez y adolescencia* (Quito: CNNA).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Proyección de la población 2005 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos* (Quito: MSP/OPS-OMS/UNFPA/UNICEF).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Riesgo de bocio y cretinismo endémicos bajo control, Ecuador 2002 - 2004* (Quito: MSP/OPS-OMS/UNICEF).

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2005 *Indicadores básicos de salud, Ecuador 2005* (Quito: MSP/INEC/SENPLADES/STFS/OPS-OMS/PNUD/UNIFEM/UNICEF).

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador

Lily Rodríguez*

El análisis sobre los cambios ocurridos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador desde finales de los setenta hasta la actualidad, puede ser abordado a partir de tres ejes analíticos. El contexto del debate internacional; las políticas nacionales; y la acción de la sociedad civil, particularmente, de los movimientos de mujeres. A continuación ofrezco una revisión de cada uno de estos aspectos.

El debate internacional

Una revisión rápida de la evolución del debate sobre los temas de población y derechos de las mujeres, ofrece un marco internacional para analizar su influencia en las políticas y programas nacionales. En lo que sigue señalo los momentos clave en la evolución de la legislación internacional en la materia.

La preocupación por los aspectos de población y la situación de las mujeres se inició en Naciones Unidas en 1946, cuando el Consejo Económico y Social estableció la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Con este antecedente, en 1968 se realizó en Teherán, Irán, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Allí se proclamó, por primera vez desde un instrumento internacional, que “los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre nacimientos”. A continuación, durante toda la década de 1970, la conceptualización de los derechos sexuales

y reproductivos siguió avanzando. El Plan de Acción Mundial sobre Población, aprobado en 1974 por la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest, amplió el concepto ya establecido en 1968 en los siguientes términos: “todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios de hacerlo”. En 1975, se realizó en México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en cuya declaración se reconoció el derecho de la mujer a la integridad física y a decidir sobre su propio cuerpo. En 1979, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta convención insta a los Estados a adoptar medidas orientadas a eliminar la discriminación contra la mujer en los servicios de atención a la salud, para así garantizar el acceso en igualdad de condiciones de la mujer a tales servicios, incluyendo los de planificación familiar. Finalmente, en 1978 se realizó la Conferencia de Alma Ata, cuya declaración sobre atención primaria reconoce las ventajas de un enfoque integral al abordar los temas de salud reproductiva.

Entrando ya en la década de los ochenta, la Conferencia Mundial sobre Población celebrada en 1984 marcó importantes avances en la superación, tanto del debate ideológico internacional iniciado en los años sesenta (en el que se señalaba al crecimiento poblacional como causa de la pobreza), como de las estrategias de

* Experta nacional en salud reproductiva, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) sede Ecuador

control demográfico para enfrentar los problemas poblacionales. La Conferencia de México en 1984 identificó temas importantes más allá de las metas demográficas, incluyendo una meta cuantitativa para reducir la mortalidad materna, y temas como la distribución espacial de la población, la migración nacional e internacional, el medio ambiente y el desarrollo.

En la década de los noventa, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrado en El Cairo en 1994 y adoptado por 180 países, marco un hito en el tratamiento de los temas de población. A partir de esta conferencia, los temas referidos a la población se vinculan con el desarrollo, enfatizando que los seres humanos son el centro del desarrollo. De acuerdo a los criterios desarrollados en este marco, las políticas de población no deben perseguir metas demográficas. En lugar de ello, deben garantizar a las parejas e individuos el ejercicio de su derecho a decidir de manera libre e informada los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción. Los ejes que cruzan este programa son: los derechos humanos, la equidad social y de género, y la sostenibilidad ambiental.

Con todos estos antecedentes, se puede establecer que la salud sexual y reproductiva no se refiere a una mera ausencia de enfermedades o dolencias. Lejos de ello, la salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y se relaciona con todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esta dimensión de la salud entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y en cuanto a la procreación, defiende la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer de obtener la información y de acceder a los servicios de planificación de la familia que sean de su elección, así como el derecho a acceder a

métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para regular la fecundidad.

La CIPD no reconoce nuevos derechos, lo que consigue es ubicar a la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas. La IV Conferencia Internacional de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, reafirmó que la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares relacionados con la falta de servicios para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva, y reconoció que en muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. En efecto, 529.000 mujeres mueren cada año durante el parto y el embarazo, la mayoría de ellas en los países en desarrollo; “mientras que las mujeres en países industrializados tienen 1 probabilidad entre 2.800 de morir en el embarazo o el parto, en las regiones en desarrollo este riesgo es de 1 entre 61” (Bernstein, 2006: 3).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) enfatizan la necesidad de reducir la pobreza, mejorar la educación y la salud de las mujeres, asegurar la equidad de género, reducir la propagación del VIH/sida, y garantizar la sostenibilidad ambiental. El establecimiento de objetivos y metas de salud contribuye a generar un consenso internacional en torno a problemas como la mortalidad materna, el VIH/sida, la mortalidad infantil, y hace posible analizar sus interrelaciones con la reducción de la pobreza.

Como lo ha expresado Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas: “No pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del

Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, inclusive salud reproductiva y planificación de la familia”.

Las políticas nacionales de salud

En el Ecuador y América Latina, durante la década de los ochenta arrancó la implementación de reformas estructurales encaminadas a liberalizar la economía. Para paliar los efectos de estas políticas, se adoptaron programas de estabilización social, dirigidas especialmente a las poblaciones pobres. De manera general, la orientación de estos programas fue de tipo asistencial.

En el campo de la salud, en el Ecuador se dio inicio a un proceso de reforma integral y a un proceso de modernización institucional del MSP. Estos cambios se basaron tanto en las transformaciones operadas en el escenario internacional (donde entran los problemas de la reforma del Estado y la descentralización), como en la necesidad de superar enfoques tradicionales centrados en la provisión de servicios que no respondían a las necesidades de una población diversa, favoreciendo una perspectiva integral de promoción de la salud.

Las Conferencias de Población influyeron en la definición del marco político general y del marco de los programas relacionados con la planificación familiar en el país. Años antes, la atención a la salud de las mujeres estaba centrada en programas de planificación familiar con énfasis en información y provisión de métodos anticonceptivos. En efecto, durante las décadas de 1960 y 1970, se crearon dos organizaciones pioneras en el país: la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) en 1965, y el

Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) en 1974. En 1982, el MSP, aprobó las normas clínicas para el fomento y protección de la salud materno-infantil en servicios ambulatorios. La salud materno-infantil centrada en la atención del binomio madre-hijo se instauró entonces como parte de las políticas oficiales para atención a la salud de las mujeres. Sin embargo, el enfoque centrado en las mujeres en tanto madres ha sido criticado porque conduce a un desconocimiento de las necesidades de salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, y no sólo en la edad reproductiva (15-49 años). Además este enfoque se ha centrado exclusivamente en las mujeres, dejando fuera la responsabilidad de los hombres.

En 1998, el MSP expidió las normas y procedimientos de atención de salud reproductiva. Esta normativa, a su vez, se basó en las normas constitucionales e incluyó capítulos como planificación familiar, atención materno-perinatal, adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, bioseguridad, climaterio e infertilidad, violencia doméstica, cáncer ginecológico, y anticoncepción de emergencia. Las normas han sido difundidas por el MSP y se aplican en muchos establecimientos de salud. Sin embargo, todavía falta una mayor capacitación del personal de salud para aplicar dichas normas. Pero a pesar de este limitante, el nuevo marco normativo nacional representa un avance en la conceptualización de la salud reproductiva, pues supera el limitado enfoque previo de salud materno-infantil.

La salud concebida como un derecho

Los derechos humanos se asientan en la universalidad: todas las personas, sin distinción de ningún tipo, gozan de los mismos derechos. Los derechos también son indivisibles: cuando se viola un derecho humano se violan otros derechos, porque la dignidad de la persona humana es indivisible. Finalmente, y en relación

a este punto, los derechos son interdependientes: el ejercicio de un derecho depende del ejercicio de otros derechos.

La salud como un derecho ha empezado a ser discutida por los organismos del Estado y por la sociedad civil. El MSP y el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en alianza con organizaciones de la sociedad civil y gobiernos locales, están impulsando la adopción del enfoque de derechos en salud. El marco legal que ampara este nuevo enfoque cuenta ya con varios avances. El sistema de salud del país y su política, el Código de la Salud, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia, la ley del VIH/sida, así como la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, garantizan en su conjunto los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niños, niñas y adolescentes. En cuanto a los derechos de las mujeres específicamente, la Ley de Maternidad Gratuita de 1998 cuenta con recursos presupuestarios y se ejecuta mediante comités de gestión local y comités de usuarias en todas las regiones del país. Esta ley garantiza el derecho a atención de salud gratuita durante embarazo, parto y posparto, así como el acceso a programas de salud reproductiva. A su vez, este instrumento legal garantiza el financiamiento de las prestaciones antes indicadas apoyándose en el Sistema Nacional de Salud y en la complementariedad entre el gobierno central, los municipios y la sociedad civil. En cuanto al papel de la sociedad civil contemplado en esta ley, los comités de usuarias son mecanismos de vigilancia del cumplimiento de derechos.

Salud y derechos sexuales y reproductivos

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a nivel constitucional en 1998, marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales. El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye cuatro ámbitos:

A) El ámbito de los derechos. Todas las personas tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad, a información amplia y oportuna sobre una gama completa de servicios (incluyéndose, entre otros, la planificación familiar y la decisión libre sobre la procreación, sin coacción de ningún tipo). En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos, no son sólo derechos individuales, sino que su ejercicio requiere del reconocimiento de derechos sociales.

B) El ámbito de las políticas públicas. La articulación entre los derechos individuales y las condiciones sociales que permiten el ejercicio de esos derechos, sitúa el debate de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito del desarrollo y en la construcción de políticas públicas que garanticen a todos los ciudadanos el ejercicio de esos derechos.

C) El ámbito de la ciudadanía y el empoderamiento. La posibilidad de decidir sobre el cuerpo y la sexualidad, implica para las mujeres, especialmente, el desarrollo de su autonomía física, de su ciudadanía social, de su capacidad de tomar decisiones y de asumir el poder para responsabilizarse de su propia vida. Este proceso se conoce como empoderamiento. El término se refiere a la adquisición de poder para cambiar la propia vida y para influir en el mundo que nos rodea. Las demandas por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se inscribe entonces en las demandas de construcción de la ciudadanía; entendiéndose a ciudadanía como una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes, y cómo serán abordados (Gunsteren, 1978, citado por Jelin 1996:116). Y es aquí donde las diferencias de género son cruciales, pues *las mujeres no siempre han podido decir qué necesitan, cuáles son sus problemas y cómo quieren resolverlos*. En definitiva, las mujeres no han podido tomar decisiones sobre sí mismas, ejercer su poderío y su ciudadanía. Para las mujeres, ejercer su derecho a decidir, particularmente

en los aspectos relativos a su sexualidad y reproducción, es ejercer ciudadanía.

El proceso deliberativo en el marco de las reformas constitucionales de 1998, constituyó un paso trascendente en el fortalecimiento de la democracia ecuatoriana. La Asamblea Nacional Constituyente instaurada en ese entonces, se convirtió en un espacio de discusión, de formulación de propuestas, y de presión de diversos sectores de la sociedad civil (particularmente de las mujeres y de organizaciones indígenas) para incluir reformas en el marco jurídico nacional.

El movimiento de mujeres, trabajando de manera articulada y estratégica, sensibilizando y apoyando la acción de la Asamblea, logró avanzar los derechos de las mujeres, sobre la base de cuatro principios (Rosero, 2000). Primero, el reconocimiento de la igualdad de hombres y mujeres frente a la ley. Segundo, la universalización de los derechos con el reconocimiento de las particularidades de las mujeres. Tercero, la prohibición de la discriminación por sexo. Y cuarto, el fomento de la equidad de género.

Dos ámbitos que captaron especialmente la atención del movimiento de mujeres en las discusiones sobre las reformas constitucionales fueron los derechos sexuales y reproductivos, y la eliminación de la violencia contra la mujer. En consonancia con estas preocupaciones, en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, las reformas señalan que el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes derechos:

Salud: “El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”. (Art. 43).

Integridad personal: “El Estado adoptará

medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad”. (Art. 23).

Derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre la vida sexual: “Se propugnará la maternidad y paternidad responsables. El Estado garantizará el derecho de las personas a decidir el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar. Será obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho”. (Art.39).

En cuanto a avances posteriores, en marzo de 1998, el Congreso Nacional aprobó la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, y en 1999 se formuló el Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA). Los derechos sexuales y reproductivos están siendo asumidos por el Estado ecuatoriano en cumplimiento del mandato constitucional. Su difusión, conocimiento y aplicación por la institucionalidad pública y privada son prioritarios para garantizar la vigencia de estos derechos, especialmente entre los grupos sociales más vulnerables. En esta línea, el Programa nacional de prevención y control del VIH/sida-ITS, y el Consejo Nacional de Prevención, Control y Atención del VIH/sida, son iniciativas del Estado ecuatoriano para prevenir y atender este problema. Por otro lado, el plan nacional para la prevención, erradicación y sanción del acoso, abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, está en marcha y busca establecer mecanismos institucionales para diseñar, formular e implementar políticas públicas de protección especial, para prevenir y erradicar la explotación sexual.

El Código de la Salud del 2003 incluye un capítulo de salud sexual y reproductiva. Allí se señala que la autoridad sanitaria nacional, establecerá la obligación de dar atención de calidad a las emergencias obstétricas, incluyendo las relacionadas con el aborto en curso y las

producidas posteriormente a la interrupción de embarazo, salvaguardando la vida de las mujeres. La atención de planificación familiar para fertilización y anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia, es un derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, autónoma, voluntaria y responsable, sobre el número de hijos y el intervalo para su procreación.

La política de salud sexual y reproductiva, adoptada en abril del 2005 por el gobierno nacional en consenso con el Congreso Nacional, ONG, y sectores académicos, enfatiza en la reforma del sector de la salud. Esta reforma se orienta a garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, y a humanizar los servicios de salud, con un enfoque intersectorial, de equidad de género y de participación social.

La distancia entre los derechos formalmente reconocidos y la práctica todavía es muy grande. Al parecer, la apropiación de los derechos individuales es todavía un proceso incompleto: la gente no demanda sus derechos, no se “apropia” de ellos. Las tareas pendientes, por tanto, son enormes. Sin duda el reto estriba en que los derechos sexuales y reproductivos, que son parte esencial de los derechos humanos, se constituyan en ejes de construcción de ciudadanía.

Violencia contra la mujer como problema de salud pública

La violencia como problema social empieza a ser visible en los años noventa, cuando se crean las Comisarías de la Mujer y la Familia en todas las provincias del país y se promulga la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar en 1995. Las reformas al Código Penal de 1998, tipificaron el acoso sexual y la pornografía, y modificaron los delitos sexuales. Las reformas constitucionales del mismo año, reafirmaron la posición del Estado ecuatoriano con respecto a garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. A partir

de entonces, el Estado ha adoptado medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia, en especial contra los niños, los adolescentes, las mujeres y las personas de la tercera edad.

En 1998, el MSP expidió un acuerdo ministerial que declara a la violencia como problema de salud pública. Mediante este acuerdo, el Ministerio se compromete a trabajar el problema en sus políticas, programas y servicios. Las comisarías de la mujer que funcionan en todo el país son un efecto de este giro institucional.

La salud de las poblaciones indígenas

El Estado ecuatoriano reconoce en su Constitución el derecho de los pueblos indígenas. Entre estos derechos, se consagra el respeto a sus “sistemas de conocimientos y prácticas de medicina tradicional incluido el derecho a la protección de los lugares naturales sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés”. La creación del Consejo de Desarrollo y Planificación para los Pueblos Indígenas del Ecuador (CODENPE), institución adjunta a la Presidencia de la República, constituye un avance para volver operativo el reconocimiento de derechos. Otro avance en el mismo sentido es la constitución de la Dirección de Salud Indígena.

La acción y cambios en las vidas de las mujeres

Podemos decir que los cambios ocurridos en el Ecuador durante la década de 1980, en los campos económico, social, político y cultural, tuvieron dos sentidos: las mujeres no sólo fueron afectadas por los cambios, sino que ellas mismas influyeron en dichos cambios. La participación de las mujeres en Ecuador, como en otros países de América Latina, cobró un protagonismo inédito hasta entonces. Definitivamente, su participación

en la fuerza de trabajo, en la educación y en la vida política cambiaron el escenario nacional y regional. Dichos cambios modificaron también las relaciones entre hombres y mujeres, es decir afectaron los comportamientos culturales. Para el caso de Ecuador, se puede reconocer que la llamada “década perdida”, fue para las mujeres una década de aprendizaje y de ganancias en términos organizativos, y de éxito en colocar en la agenda pública temas hasta entonces delimitados al mundo privado. Es a partir de los ochenta que se empieza a denunciar de manera pública la violencia contra las mujeres, y es desde entonces que se empieza a discutir abiertamente sobre la sexualidad y la reproducción.

Durante la década de los noventa, la acción de diversas organizaciones de mujeres tomó impulso. Varias de ellas fueron alentadas por los Programas de Acción de las Conferencias de Naciones Unidas; particularmente, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995).

Durante esta década, la acción de las organizaciones y centros de mujeres alcanzó tres logros significativos: la promulgación de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia en 1995; la inclusión de los derechos de las mujeres en las reformas constitucionales de 1998; y la Ley de Elecciones con la obligatoriedad de inclusión del 30% de mujeres en las listas electorales en el año 2000.

Los cambios ocurridos en el marco jurídico del país con las reformas de 1998, marcaron un avance significativo para las mujeres. Sin embargo, los cambios no fueron solamente de carácter jurídico. Junto a esta dimensión, también se produjeron cambios en la dinámica social o en los comportamientos de hombres y mujeres. La posibilidad de denunciar la violencia doméstica, va más allá del ámbito

legal, guardando relación con la posibilidad de cuestionar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, los comportamientos autoritarios de los padres sobre los hijos y de los maestros sobre sus alumnos. La violencia empieza a cuestionarse en todos los niveles. El maltrato ya no es una acción aceptada socialmente. Un reflejo de ello es que los medios de comunicación denuncian el maltrato.

La sexualidad y la reproducción no son problemas individuales. El derecho a decidir cambió la perspectiva de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil. Ahora las mujeres exigen tomar decisiones sobre su cuerpo y cuestionan el poder médico. Un fenómeno ligado a este cambio es que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos (aunque su uso sigue siendo una responsabilidad casi exclusiva de las mujeres). Hoy en día se habla abiertamente de embarazos no deseados, tanto entre las mujeres adultas como entre adolescentes. La anticoncepción de emergencia es un recurso reconocido por las Normas de Salud Reproductiva, pese a la polémica desatada a partir de la prohibición de la venta de este tipo de anticonceptivos en las farmacias del país.

Aún cuando Ecuador sigue siendo un país estratificado social, cultural y económicamente, y a pesar de que las brechas urbano-rural, y entre los mestizos, indígenas y afrodescendientes subsisten (mostrando enormes disparidades en desmedro de las población rural e indígena y afro), se puede afirmar que en Ecuador se están produciendo cambios culturales, que incluyen cambios en las concepciones y comportamientos sobre la sexualidad y la reproducción.

El cambio más importante en este sentido se puede evidenciar en el empoderamiento, en la capacidad de organización, participación e incidencia pública de las mujeres. Es posible, sin embargo, que ese empoderamiento todavía no se exprese de manera formal. El reto para avanzar el proceso de institucionalización de

políticas públicas para la equidad de género es enorme. Se requiere combinar esfuerzos de los organismos del gobierno central, las ONG, los gobiernos locales y las universidades.

A la hora de asumir este desafío, los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un reto y una oportunidad. Estos objetivos no serán alcanzables a menos que el Estado ecuatoriano realice esfuerzos sustantivos orientados a fomentar el crecimiento económico junto a la distribución de los recursos y beneficios del desarrollo con un enfoque de equidad.

La equidad es un principio ético que llama a reducir las desigualdades sociales originadas en la ubicación social, las diferencias de género, etnia o edad. En este contexto, los derechos sexuales y reproductivos son un aporte a la reducción de las inequidades sociales en tanto posibilitan que todas las personas puedan decidir sobre su propia vida. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son por esto una oportunidad para ampliar opciones, crear capacidades, empoderar y cambiar.

Bibliografía:

Cañete, María Fernanda 2005 “Participación política y ciudadanía” en *Mujeres ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004* (Quito: CONAMU, FLACSO, UNIFEM, UNFPA).

Constitución Política de la República del Ecuador 2005 (Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones).

Coordinadora Política de Mujeres, Unión Europea 2005 *Diagnóstico situacional de los derechos humanos de las mujeres* (Quito: CPM).

ENDEMAIN 2004 (Quito: CEPAR).

Ministerio de Salud Pública(MSP), Consejo Nacional de Salud (CONASA) 2006 *Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos* (Quito: MSP).

Bernstein, Stan 2006 *Opciones públicas, decisiones privadas. La salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Ciudad: Millennium Project).

Rosero, Rocío 2000 *De las demandas a los derechos* (Quito: Foro Nacional Permanente de Mujeres Ecuatorianas / CONAMU / Embajada Real de los Países Bajos).

UNFPA 2005 *La promesa de igualdad. Equidad de género, salud sexual y reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Nueva York: 2005).

Parte III

La respuesta del Estado

Las políticas de salud y el sueño de la reforma

Ramiro Echeverría*

Consideraciones iniciales

Existen diversas interpretaciones y definiciones sobre el término reforma. De entre estas diversas posibilidades, Carlos Matus nos ofrece una definición bastante adecuada. Una reforma, nos dice, se refiere a un “proceso de cambios profundos en la organización y funcionamiento social, económico y político de una determinada sociedad o proceso social (feno-estructura), sin afectar la estructura esencial de las reglas del juego fundantes (geno-estructura)”. A partir de esta definición, los cambios aludidos bajo la rúbrica “reforma”, si bien no son de carácter estructural, permiten desarrollar cambios significativos en diferentes áreas del quehacer social, político y económico, en tanto no existan las condiciones y fuerzas sociales para llevar a cabo otro tipo de procesos de mayor envergadura. Con esto no se afirma que las reformas sean un mero maquillaje a la situación actual, o que consistan en una apuesta por regular o moderar el cambio que se pueda producir en la sociedad y el Estado. Las reformas, más bien, pueden acelerar los procesos de cambio y dotarles de direcciones hacia objetivos de gran incidencia en lo social, político y económico.

Con estas consideraciones previas, se quiere apuntar a la necesidad de una auténtica reforma, que supere la proposición de cambios desarticulados y parciales, en el campo de la salud pública. La situación de profunda crisis de este sector no admite parches. Se requiere de una solución integral e integrada. Obviamente, en

su aplicación se pueden dar pasos pequeños, se pueden hacer aplicaciones institucionales, pero nunca se deben perder de vista referentes de un cambio integral y global. Para construir estos referentes es necesaria una mirada histórica.

En el campo de la salud del Ecuador, se puede reconocer que uno de los planteamientos fundamentales de cambio se encuentra en los escritos de Eugenio Espejo, allá por 1774, en su obra célebre *Reflexiones acerca de un método para combatir las viruelas*. Posteriormente, en diferentes momentos del siglo XIX, han habido propuestas y cambios orientados a mejorar las condiciones de salud. Más recientemente, ya en la segunda mitad del siglo XX, tras la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1967, se impulsaron avances fundamentales como la regionalización y descentralización de los servicios de salud. Asimismo, en el Plan Nacional de Desarrollo, elaborado para el periodo 1979-1983, al considerarse la creación del Consejo Nacional de Salud (CONASA) que se concentra en 1980, se plantea la necesidad de crear, organizar y desarrollar un Sistema Nacional de Salud en el Ecuador. Posteriormente, se destacan los varios esfuerzos del Estado y la sociedad civil por desarrollar los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Sin restar importancia a estas iniciativas orientadas a la construcción de una mejor cobertura y calidad de los servicios de salud y a desarrollar institucionalmente a los diferentes subsectores, hasta comienzos de la década de los

* Director, Fundación Eugenio Espejo

noventa (como lo analizamos más adelante) en el Ecuador no hemos atravesado por un proceso de reforma, propiamente dicha. Reformas en sentido estricto han ocurrido, por mencionar unos pocos ejemplos, en Inglaterra, en 1948, con el Sistema Nacional de Salud; en Chile, desde 1952, con la creación del Sistema Nacional de Salud; o en Costa Rica, en 1973, con la aplicación de la Ley de Traspaso de Hospitales del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social.

La reforma del sector salud en el Ecuador

La salud, considerada como un bien social garantizado públicamente, aún está lejos de ser una realidad en nuestro país. Como ocurre en la mayoría de países latinoamericanos pobres, en el Ecuador la situación de la salud es parte de un marco general de precariedad registrada en muy altos índices de pobreza (54%), de desnutrición infantil (21%) y de morbi-mortalidad, en la mayoría de los casos causada por eventos prevenibles con la tecnología actual. La mayoría de la población no tiene garantía de acceso a los servicios sociales que necesita y la oferta institucional, aparte de ser desarticulada, adolece de graves deficiencias de cobertura y calidad: una de cada cuatro personas en Ecuador no es atendida en ninguna institución y más del 70% de la población no tiene seguro de salud, mientras que el alto porcentaje de gasto privado en salud (49%) perpetúa la inequidad.

Esta situación no se compadece con la riqueza cultural, ecológica y económica del país. Ecuador, como sabemos, es un importante exportador de petróleo, además de ser poseedor de otras importantes reservas de recursos naturales. Una no muy arriesgada hipótesis que puede explicar esta paradoja se refiere a la apropiación indebida de la riqueza nacional por parte de grupos pequeños que manejan el poder político y económico, excluyendo a las

grandes mayorías que viven en condiciones marginales, con bajos niveles educativos y una limitada participación y ejercicio de sus derechos ciudadanos (Guzmán, 2000).

A esta situación estructural de las condiciones de salud a nivel nacional se agrega, en las últimas décadas, la problemática del nuevo orden económico internacional instaurado desde finales de los años ochenta. Más allá de la proclama del “fin de la historia” entre los adalides de la versión neoliberal de la globalización (Fukuyama, 1995), la época contemporánea está marcada por la interdependencia y velocidad de las comunicaciones, por el renacer de conflictos locales, por la defensa de identidades culturales, y en años recientes, también por los intentos de reforma del incipiente “Estado social”. La crisis económica de los viejos Estados del Bienestar ha empobrecido a más gente, sin que hayan cejado las demandas sociales por mayor equidad y participación democrática, una de ellas en relación al derecho ciudadano a la salud (Chomsky, 1998).

En este marco político, económico y socio-cultural compartido en casi todo el mundo, desde comienzos de los años noventa tienen lugar los denominados “procesos de reforma sectorial de salud de última generación” (OMS, 1997). Los rasgos fundamentales de estos procesos en los países desarrollados los definen como búsquedas de mayor eficiencia económica en los servicios de salud, mejoras en la calidad y satisfacción del usuario, y reducción de beneficios en los sistemas de seguridad social. Este modelo de reforma se ha venido emulando también en nuestros países latinoamericanos, a pesar de que en este contexto, la realidad social, económica, sanitaria y política es muy diferente al de las sociedades europeas y norteamericanas. La especificidad de nuestros problemas de salud amerita un enfoque diferenciado, basado en la búsqueda primero de la equidad y la solidaridad perdidas, y luego de la eficiencia y la calidad.

En Ecuador y varios países latinoamericanos (aunque hay que reconocer que algunos países como Costa Rica y Cuba tuvieron, a su manera, revoluciones que condujeron a la situación de salud que hoy ostentan), nunca se construyó un Estado del Bienestar que garantice el aseguramiento en salud para la mayoría de la población (como sucedió en Europa). En la mayor parte de nuestros países, ni siquiera existe un sistema nacional de salud mínimamente organizado y los problemas epidemiológicos prevalentes por un déficit de saneamiento, alimentación y promoción y atención oportuna de la salud son evidentes.

En suma, más allá de posturas idealistas y miméticas, las propuestas concretas de reforma del sector salud adecuadas en un contexto como el nuestro, requieren de medidas más integrales, más complejas y quizás más difíciles de llevar a la práctica dadas las condiciones sociales, económicas y políticas predominantes. En todo caso y a manera de síntesis, los componentes sustantivos más frecuentes en varios procesos de reforma en América Latina involucran, al menos, los siguientes cambios en el modelo de atención, organización, gestión y financiamiento del sector de la salud:

- A. Desarrollo de un modelo de atención integral e integrado.
- B. Organización del Sistema Nacional de Salud.
- C. Fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud.
- D. Establecimiento de modalidades de aseguramiento universal.
- E. Definición de planes de atención y extensión de cobertura mediante programas universales y estrategias de priorización.
- F. Regulación de los mercados privados de salud.
- G. Fortalecimiento de las entidades subnacionales y locales.
- H. Modalidades de gestión desconcentrada y descentralizada de los servicios de salud.

- I. Separación y especialización progresiva de las funciones de rectoría, provisión y financiamiento.
- J. Convenios (compromisos) de gestión de los prestadores públicos de salud, que ligen los recursos financieros a los resultados.
- K. Incentivos y sanciones basados en desempeño individual e institucional.
- L. Procedimientos de licenciamiento y acreditación de servicios.
- M. Mejoramiento de la gestión y promoción de los recursos humanos.
- N. Medidas para aumentar la equidad y solidaridad en el financiamiento.
- Ñ. Reformas en el marco jurídico/constitucional relativo a la salud.
- O. Creación de instancias de participación y control social.

La reforma de salud de los últimos años: el debate sobre la privatización

En el Ecuador, de modo semejante a lo sucedido en la mayoría de países latinoamericanos, el proceso de reforma del sector salud se inicia a comienzos de la década de los noventa. Específicamente en 1993, al expedirse la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios, se crea el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), organismo adscrito a la Presidencia. En 1994, desde esta instancia se plantea la reforma del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye a las prestaciones de salud. Así, la reforma del sector salud ingresa formalmente en el esquema de reforma del Estado, asociada a la reforma del IESS. En el período de junio a diciembre de 1994, se generan las primeras propuestas de reforma del sector salud. En este proceso, junto al CONAM, participa una comisión técnica conformada por delegados del MSP y del Ministerio de Bienestar Social (ministerio del que dependía el IESS en aquel tiempo).

El CONAM comenzó a difundir ampliamente su propuesta de reforma a la seguridad social en el primer semestre de 1995. Sin embargo, la clara apuesta por la privatización que contenía esta propuesta (promovía la creación de administradoras privadas del fondo de pensiones y la libre oferta de seguros privados en salud) fue rechazada por la mayor parte de fuerzas sociales y políticas del país, llegando a ser negada en el plebiscito de noviembre de 1995. Con este antecedente, se inicia el debate nacional sobre esta materia. En respuesta, el MSP, a través de la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presentó una propuesta de lineamientos generales de reforma del sector salud en septiembre de 1995. Esta propuesta ministerial tuvo como eje la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y un esquema de aseguramiento de la atención de base pública fundamentado en una alianza entre el IESS y el MSP (que en conjunto poseen las dos terceras partes de la infraestructura disponible en el país).

Con la colaboración de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR) —instancia conformada inicialmente por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la agencia de cooperación estadounidense USAID y la coordinación de OPS/OMS—, se inició un amplio proceso de información, diálogo y generación de consensos alrededor de aspectos básicos de la reforma. En base al documento del CONASA, se celebraron varias conferencias, seminarios y talleres. En estos eventos, surgieron significativos aportes de los profesionales y trabajadores de las instituciones del sector y de diversas organizaciones sociales interesadas en la reforma en el país. Para encauzar la búsqueda de encuentros básicos, se pretendió crear un plan de implementación de la reforma, pero en un primer momento esto no se consiguió: dos de las instituciones del CONASA (la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad

de Lucha contra el Cáncer —SOLCA—), consideraron que la propuesta del SNS podría afectar sus autonomías institucionales, considerando a éste como un sistema único y no como una articulación funcional entre sus actores. Por otro lado, también varias provincias y cantones del país cuestionaron la centralidad de la propuesta nacional y demandaron una gestión más descentralizada y participativa en este proceso. Esto último da lugar a la creación de Consejos Cantonales de Salud para impulsar la reforma desde escenarios locales, sentando de este modo las bases para el desarrollo de una reforma nacional democrática y sostenible.

Cabe destacar también que durante este período, específicamente en junio de 1996, emerge a la opinión pública la propuesta de reforma de la Dirección Médica del IESS. Se trata de una iniciativa que enmarca el desarrollo institucional del IESS dentro de la propuesta de reforma del CONASA y de varias otras propuestas alternativas formuladas desde ámbitos académicos e institucionales del sector salud. Entre ellas se destaca la propuesta de reforma preparada por consultores de la Secretaría Técnica del Frente Social (que funciona en el Ministerio de Bienestar Social), cuyo énfasis se centra en la propuesta de un Sistema Integrado de Salud (SIS), articulando los nodos central, provincial y local. También el Consejo Superior del IESS presenta a la opinión pública la Propuesta de Reforma Integral del Seguro Social Ecuatoriano, elaborado por un grupo de profesionales nacionales en los ámbitos económico, legal y de salud.

En suma, a mediados de 1996, se contaba con algunas propuestas de reforma en el campo de la salud (se estima que son un poco más de 18 propuestas), y en el de la seguridad social (21 propuestas estimadas) que, en principio, constituían un referente para la nueva administración de gobierno.

Fase de discontinuidad del proceso de reforma

Lamentablemente, la dinámica de debate ampliado no tuvo continuidad con el cambio de gobierno en agosto de 1996: el CONASA se inactiva por algunos meses y los acuerdos iniciales quedan trancos y sin concreción. Es entonces cuando se da lugar a lo que algunos denominan la “reforma silenciosa”. Ésta se caracteriza por los siguientes hechos. Se reduce el papel del Estado en la salud, con recortes presupuestarios (de 4,6% en 1995 a 2,8% en 1997) y de personal institucional, debilitando el funcionamiento de los servicios públicos. La propuesta de “autonomía de gestión” de los servicios, un mecanismo válido para mejorar la eficiencia y eficacia de su funcionamiento, es trastocada por la “autonomía de financiamiento”. Para el efecto, se plantean mecanismos de recuperación de costos, basados en tarifas de mercado de acuerdo a la capacidad de pago local. Se realizan convenios piloto de traspaso de algunos hospitales a los municipios. Y se prevé un nuevo proyecto de privatización del IESS, reactivándose la propuesta de ley de reforma a la seguridad social auspiciada por el CONAM.

Luego del derrocamiento del presidente demócrata cristiano Jamil Mahuad entre el 5 y 6 de febrero de 1997, y tras la instalación de un gobierno interino en marzo de 1997, se convocó de nuevo –después de siete meses de inactividad– al CONASA. Esta medida tuvo como propósito garantizar que el CONASA continúe el abordaje del proceso de reforma, y que retome la dirección del mismo como organismo idóneo para promover los consensos básicos en esta materia y para propiciar la coordinación de políticas y acciones del sector salud.

Fase de reanudación del proceso de reforma

Cuando el CONASA aprueba los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma para el período mayo de 1997 y agosto de 1998, se reanuda el proceso de reforma y se reasume la necesidad de emprender un efectivo fortalecimiento del MSP como instancia rectora del sector salud. Sin embargo, este plan no se ejecuta a cabalidad a causa de los paros laborales de médicos y trabajadores de la salud que se desarrollan en este periodo a partir de reivindicaciones salariales y presupuestarias.

En general, a partir de este momento, la gran inestabilidad político-institucional y el agravamiento de la ya profunda crisis socio-económica que el país ha vivido en los últimos años, impidieron retomar el proceso de reforma de modo integral. Así, lo que se produce durante este período son solamente una serie de hechos inconexos y parciales sin que se mantenga una dirección definida: ante la falta de una política de Estado en materia de reforma sectorial, se realizaron acciones operativas de reforma de carácter disperso y sin un sentido claro a nivel provincial y local.

No obstante, en el período que va de 1997 al 2000, a pesar de todos los límites, sí se llegaron a asentar algunos elementos que constituyen la base para sustentar la reactivación del proceso de reforma del sector salud en los actuales momentos. Entre estos elementos, cabe destacar los siguientes. La definición del rol del Estado en la salud. La formulación de un marco de políticas nacionales de salud. La reforma constitucional en salud. La modernización inicial del MSP. Las experiencias demostrativas de descentralización en salud. La propuesta del Sistema Nacional de Salud. Y, finalmente, la propuesta de reforma a la Ley de Seguridad Social.

Fase de consolidación: Política Nacional de Salud y Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

El CONASA se consolida, finalmente, como el artífice fundamental para la generación de la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema. La construcción de un espacio donde coligen los distintos actores para generar una propuesta intersubjetiva sobre el quehacer en salud constituye, sin lugar a dudas, uno de los logros más importantes en el ámbito de la salud en el Ecuador en los últimos tiempos.

La Política Nacional de Salud del Ecuador define principios y objetivos bajo el gran norte de la equidad. Para alcanzar los objetivos de reforma, esta política se ha estructurado en tres grandes direcciones: la construcción de ciudadanía en salud; la protección integral de la salud; y, el desarrollo sectorial.

Con la publicación de la Ley del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre de 2002), culmina un largo y difícil proceso de formulación participativa, de negociación y de construcción de viabilidad, que involucró a representantes de diferentes sectores sociales nacionales, del propio sector salud y a expertos nacionales e internacionales de reconocido prestigio en este campo. Esta ley define el plan integral de salud; estructura el sistema en el nivel nacional, provincial y cantonal a través del Sistema Nacional de Salud y de los consejos provinciales y cantonales de salud; delimita el funcionamiento del sistema a través de las funciones de rectoría, provisión de servicios de salud, aseguramiento y financiamiento; y establece las normativas generales sobre los recursos humanos en salud, los medicamentos e insumos y la ciencia y tecnología.

La Ley del Sistema Nacional de Salud no es, por supuesto, un punto final. Es un hito, importante eso sí, en el camino hacia la garantía universal de salud para todos en el Ecuador. Esta ley,

como cualquier otra, no es un fin en sí mismo sino un instrumento para la construcción del sistema: condición imprescindible para eliminar exclusiones injustas y reducir al máximo las inequidades aún presentes en la cobertura y el acceso a servicios colectivos e individuales de salud.

Papel de los bancos y las agencias internacionales en la formulación y ejecución de la política de salud

En los noventa, la crisis económica y las propuestas de ajuste fiscal basadas en políticas monetarias, provocaron restricciones financieras que afectaron directamente al sector salud. En consonancia con este recorte de la inversión social, a finales de esa década, surgieron propuestas de focalización del gasto en los más pobres, lo que restringió el carácter universal de los principios sanitaristas que inspiraron al MSP desde su creación. En este marco, durante los noventa, los bancos, y sobre todo el Banco Mundial (BM), dejaron su impronta en el sector de la salud: además de un enfoque crediticio, el BM incidió directamente en el pensamiento y en las políticas de salud. Desde las premisas asentadas por instituciones como el BM, el énfasis de la reforma estuvo orientado a la eficiencia, tomándose como referencia el descontrol del costo de la salud de los países del primer mundo.

Como vimos, la reforma de salud que se planteó en los noventa surgió de manera subsidiaria a la de la seguridad social y a la apertura del capital privado. Este elemento matizó la orientación de las políticas. En este contexto, la influencia y papel de los organismos internacionales se vio debilitado porque las propuestas de los bancos venían respaldadas por recursos económicos. Sin embargo, en 1995 se realizó una reunión cumbre convocada por la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS). De allí surgieron acuerdos orientados a superar la

visión sobre la reforma exclusivamente centrada en criterios de eficiencia y eficacia. Fue a partir de entonces que los planteamientos de la equidad y de los problemas de la salud pública, han empezado a dar un sentido más integral a la reforma. En efecto, a inicios del año 2000, se dio una discusión sobre los contenidos de la reforma que finalmente superó el ámbito del financiamiento. Los bancos, por su parte, también han arribado a nuevas conclusiones al constatar que no cumplieron los objetivos sanitarios, llegando a revisar sus planteamientos tras considerar que, efectivamente, la visión de la equidad y el aseguramiento universal, son soluciones más integrales a los problemas de salud de la población.

En el giro actual dentro del debate sobre la reforma de la salud, se hace visible el importante papel que ha jugado la OPS/OMS. En efecto, esta institución ha constituido un apoyo fundamental en la formulación y ejecución de las políticas de salud en las últimas décadas. Desde su papel como organismo intergubernamental y de gestión de los países latinoamericanos, la OPS/OMS ha difundido iniciativas, propuestas globales y nuevas corrientes del pensamiento mundial en salud. Así, por ejemplo, durante la década del ochenta, la corriente de la atención primaria (generada desde Alma Ata por iniciativa de la OMS) superó al enfoque de extensión de cobertura planteado en los años setenta. Como consecuencia de este giro, se formularon políticas y programas alrededor de la atención primaria y en nuestro país, particularmente, se crearon las áreas de salud. La noción de áreas o de espacios geográficos para mejorar la extensión de cobertura tuvo en los Sistemas Locales de Salud (SILOS) una nueva respuesta organizativa y, como sabemos, al MSP se le designó el papel de núcleo de esta organización territorial. Finalmente, el actual giro de la eficiencia a la equidad dentro del debate sobre la reforma en salud, es otro de los aportes de la OPS/OMS.

Los Congresos por la Salud y la Vida

El avance en el pensamiento sobre la salud pública a nivel nacional encuentra claros referentes en los dos Congresos por la Salud y la Vida realizados en Quito en el 2002 y en Guayaquil en el 2004. Estos encuentros contaron con la participación de diversos actores sociales y fue precisamente este soporte social lo permitió ganar aliados que den sostenibilidad a los planteamientos de la política sanitaria. Cabe destacar que la realización de congresos marca una gran diferencia con el pasado: a través de estos foros se pasa de la formulación de la política de salud por tecnócratas, a la participación y sometimiento de su validez frente a una amplia gama de actores. La necesidad de esta legitimación es un avance en la concepción democrática de la formulación de la política de salud.

En el segundo Congreso se consolidaron las políticas y se las desagregó. Además se integraron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los derechos sexuales y reproductivos y los temas del financiamiento y la participación. Estos referentes de la política de salud han sido observados por los ministros de Salud de los últimos años, lo que ha permitido dar continuidad al proceso a pesar de la inestabilidad política del quinquenio 2000-2005. La participación de los actores sociales como caja de resonancia que vigila el cumplimiento de los acuerdos nacionales, es un nuevo y positivo elemento en la construcción y ejecución de las políticas de salud. Los ejemplos están a la vista: la privatización de los servicios se consideró como una decisión no aceptable y la acción de los actores fue decisiva para detenerla.

De la ley a la realidad

La promulgación de la Ley del Sistema de Salud en el año 2002 y de su reglamento en el 2003,

cristaliza el proceso de reforma del sector salud. Sin embargo, de la ley a la realidad cotidiana del servicio de salud, todavía queda un camino complejo a ser recorrido.

El sistema de salud fue un viejo sueño de los salubristas que en 1967 crearon el MSP. A inicios del setenta el planteamiento-eje fue la creación de un sistema único de salud que respondiera a las particularidad del país, y que superara el fraccionamiento de la atención con sus consecuencias de baja capacidad de cobertura y desperdicio de recursos. Estos problemas fueron los mismos que inspiraron a la actual Ley del Sistema de Salud.

Este instrumento legal permite continuar con la reforma. El núcleo de la estructura organizacional de esta reforma son los consejos de salud: espacios que articulan los compromisos, los recursos, las acciones y el control local sobre la salud. Esta acción debe tener al aseguramiento universal como eje y debe ir en paralelo con el fortalecimiento del rol rector del MSP.

En esta dirección, el MSP ha identificado seis líneas de acción que permitirán operativizar la Ley:

- 1) Fortalecimiento de la rectoría del MSP.
- 2) Aseguramiento universal.
- 3) Desarrollo del sistema.
- 4) Extensión de cobertura.
- 5) Atención a enfermedades prioritarias.
- 6) Acciones intersectoriales para la promoción de la salud.

Los desafíos

De salida, se pueden identificar cuatro desafíos fundamentales del sector salud en el Ecuador contemporáneo:

Recursos humanos

La preparación de los recursos humanos para enfrentar los nuevos desafíos de la Ley, tiene que ir acompañado de la internalización de su rol como actor fundamental del Sistema de Salud. La comprensión y puesta en práctica de un modelo integrado de atención, funcionando bajo la óptica de la promoción de la salud, con participación de los ciudadanos, con atención a sus derechos y diversidad, en el que se interrelacionen instituciones de salud organizadas en red, requiere de profesionales calificados. Esto implica una transformación de la mentalidad, las actitudes y las prácticas de los trabajadores de la salud.

Organización del sistema

La organización territorial y la construcción de la red de atención debe ser una prioridad. El establecimiento de esta organización permitirá crear los mecanismos de relación entre los diferentes actores y definir cómo se enlazan e intercambian.

Financiamiento

Es necesaria una concepción integral del financiamiento que promueva una inversión sostenida, con una evaluación permanente de la calidad y de la agilidad en la ejecución del gasto presupuestario.

TLC

Desde la perspectiva local, tres aspectos deben ser reflexionados sobre la deseabilidad de un Tratado de Libre Comercio (TLC) con los Estados Unidos: las patentes, la propiedad intelectual, y los medicamentos y su impacto en la salud de la población. Para el análisis de estos aspectos se debe identificar a la protección de la salud como

prioridad fundamental en la orientación de las decisiones. El país, hasta ahora, ha sido firme en afirmar el criterio de rechazo, respaldado por acuerdos internacionales, al fortalecimiento de los monopolios. La exclusividad de la comercialización de los medicamentos que, sin promover la competencia llevarían al

encarecimiento de los precios, implicaría la disminución del acceso de la población a los medicamentos —particularmente a los genéricos— y el incremento de dificultades para la curación de sus dolencias. La garantía de medicamentos genéricos es uno de los elementos esenciales de la política de salud ecuatoriana.

Bibliografía:

Chomsky, Noam 1998 *La sociedad global*.

Guzmán 2000 *Ecuador, la hora trágica* (Quito: Corporación Editora Nacional).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1997 *Reformas sanitarias en Europa* (Madrid: Solana).

Los recursos humanos en el campo de la salud

Cristina Merino*

La problemática del talento humano en el ámbito de la salud es muy compleja, puesto que la salud como resultado se halla intrínsecamente relacionada con la forma de vida individual y social. En esa medida, el talento más importante para lograr la salud radica en los comportamientos o estilos de vida que el propio individuo desarrolla. De la mano con la dimensión individual, la sociedad juega un papel fundamental en el desarrollo de la salud a través de su organización económica, social y política.

En este artículo, nos proponemos ofrecer una aproximación a la dinámica del talento humano en su relación con la promoción de la salud durante las dos últimas décadas en el Ecuador. Mucha de la información sobre el talento humano en el campo de la salud, es decir, sobre los profesionales (y sus capacidades) que laboran en instituciones públicas y privadas que dan prioridad al trabajo en salud, se la puede hallar en los anuarios de Recursos y Actividades de Salud publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Para nuestros fines, se ha desagregado al talento humano en salud en médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices.

Para 1980 se reportó que en el país existía un total de 8.947 de estos profesionales laborando en establecimientos de salud, cifra que se triplicó (29.520) hacia el año 2001. De este total, el mayor porcentaje correspondió a médicos, seguido por el de enfermeras. Para el año 1990,

el porcentaje de médicos disminuyó mientras que el de enfermeras, odontólogos y obstetrices se incrementó en relación al año 1980. En ese año, el aumento de enfermeras fue el más importante (de 16,7% a 23,1%). Como se puede apreciar a continuación, en el 2001 se registraron variaciones interesantes.

En el cuadro 1, se pueden observar los porcentajes de incremento de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices en el Ecuador entre los años 1980, 1990 y 2001. Para todo el período (1980-2001), el mayor aumento porcentual se da entre las enfermeras (329%), mientras que el menor corresponde a los odontólogos. El principal aumento porcentual de las enfermeras ocurre entre los años 1980 y 1990 (137%), al igual que en el caso de los odontólogos (aunque con números menores). En cambio, los médicos y obstetrices, registran su mayor incremento porcentual entre los años 1990 y 2001.

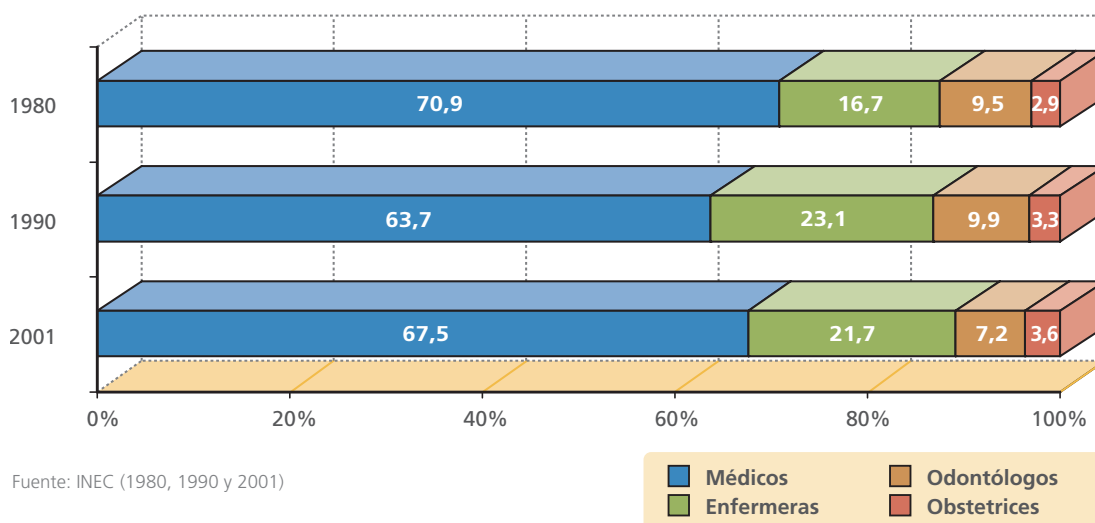
A pesar de estos incrementos, los campos de la enfermería y obstetricia podrían enfrentar graves problemas en el futuro próximo, pues la matriculación en estas carreras tiene una tendencia negativa (Merino, 2004).

Hacia el año 2001, el Ecuador tenía una tasa de médicos por 10.000 habitantes de 16,4. Esta tasa es bastante superior a la del año 1980 (7,8), y a la del año 1990 (9,3). La tasa de enfermeras también aumentó de 1,8 en 1980, a 3,4 en 1990, para llegar a 5,3 para el año 2001. Por su parte, las tasas de odontólogos y obstetrices son mucho

* Ex-consultora, Consejo Nacional de la Salud (CONASA) y proyecto MODERSA. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ecuador (ORHUS-E)

Gráfico 1

Porcentajes de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices. Ecuador (1980, 1990, 2001)



más bajas: para el año 1980 eran de 1,0 y 0,3 respectivamente, suben a 1,4 y 0,5 para 1990, y llegan a 1,7 y 0,9 en el 2001.

A nivel provincial, en 1980 Los Ríos es la provincia que tiene la menor tasa de médicos (3,1 por 10.000 habitantes), mientras Galápagos (29,1) y Pichincha (13,9) tienen las tasas más elevadas. Para el 2001, la tasa más baja de médicos la tiene Orellana (6,1) y la mayor el Azuay (26,1). En cuanto a enfermeras, para 1980 la ubicación de las provincias que ocupan los extremos son iguales que para el caso de los médicos, mientras que en el 2001, Los Ríos persiste con la menor tasa (0,4) y la mayor la tiene Pichincha. En relación a odontólogos, Zamora Chinchipe (0,4) y Esmeraldas (0,5) tienen las menores tasas en el año 1980, mientras que Galápagos, Pichincha y Pastaza tienen las más altas. Para el 2001, Manabí y Los Ríos ostentan las tasas más bajas de odontólogos, mientras que Napo, Galápagos y Pastaza tienen las mayores. Finalmente, en lo que se refiere a obstetrices, en el año 1980 hay

provincias como Morona Santiago y Galápagos en las que no hay reporte de este personal, en cambio Guayas y Pastaza tienen las tasas más elevadas (0,5 y 0,6 respectivamente). Para el año 2001, todas las provincias del país cuentan con obstetrices, siendo el Azuay (0,2) y Loja (0,5) las provincias que tienen las tasas más bajas, y Napo (1,6) y Carchi (3,1) las más altas. Las tasas de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices por provincia correspondientes al periodo 1980-2001, se encuentran en el Anexo 1 al final de este artículo.

Cuadro 1

Porcentajes de incremento de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices. Ecuador (1980, 1990, 2001)

Períodos	Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Obstetrices
1980-1990	54	137	78	94
1990-2001	104	81	40	110
1980-2001	214	329	149	308

Fuente: INEC (1980, 1990 y 2001)

En el siguiente cuadro se presentan las diferencias entre las tasas de profesionales de la salud durante el periodo señalado. La priorización de las provincias se realiza en base a las diferencias entre los años 2001 y 1980.

Es difícil encontrar una explicación para los diferenciales registrados. Sin embargo, se pueden realizar algunas descripciones interesantes. Para el caso de odontólogos y obstetrices se puede ver una preferencia por trabajar en las provincias de menor desarrollo como las orientales, por ejemplo, mientras que las enfermeras se desplazan

más bien a provincias de desarrollo intermedio como Bolívar o Imbabura. En cambio, los médicos parecen ubicarse con preferencia en aquellas provincias que en los últimos años han presentado desarrollos interesantes como Loja, el Azuay y Tungurahua.

Por otro lado, el análisis cuantitativo de los profesionales de la salud a nivel de áreas urbana y rural arroja resultados interesantes. Como se verá a continuación (cuadro 3), la distribución regional del talento humano en salud revela una clara inequidad: en el sector

Cuadro 2

Tasas de profesionales de la salud por provincia. Ecuador (1980, 1990, 2001)

Médicos				Enfermeras				Odontólogos				Obstetrices			
Provincias	80 90	90 01	80 01	Provincias	80 90	90 01	80 01	Provincias	80 90	90 01	80 01	Provincias	80 90	90 01	80 01
Azuay	5,2	13	18	Pastaza	6,4	-0,4	6	Pastaza	4,5	-1	3,5	Carchi	0,2	2,5	2,7
Tungurahua	-0,7	15	14	Imbabura	1,1	4,8	5,9	Z. Chinchipe	1,9	1,4	3,3	Napo	0,2	1,2	1,4
Loja	1,6	11	13	Bolívar	0,6	4,9	5,5	Sucumbíos	1,3	1,6	2,9	Sucumbíos	0,1	1,1	1,2
Sucumbíos	4,6	6,2	11	Azuay	1,6	3,3	4,9	Napo	0,8	2	2,8	Galápagos	0	1,1	1,1
El Oro	2,5	6,9	9,4	Pichincha	2,3	2,6	4,9	M. Santiago	1,4	1	2,4	Cotopaxi	0,2	0,9	1,1
Pichincha	1,1	8,3	9,4	M. Santiago	2,3	2,5	4,8	Carchi	0,8	1	1,8	El Oro	0,1	0,9	1
Chimborazo	2,9	6,2	9,1	Loja	2,9	1,9	4,8	Bolívar	0,4	1,4	1,8	Esmeraldas	-0,1	0,9	0,8
Manabí	2,2	6,2	8,4	Chimboazo	0,3	4,2	4,5	Esmeraldas	0,3	1,2	1,5	Chimborazo	0,1	0,6	0,7
Cañar	5	3,1	8,1	Napo	2,4	2,1	4,5	Orellana	0	1,4	1,4	M. Santiago	0,2	0,5	0,7
M. Santiago	5,5	2,3	7,8	Sucumbíos	1,9	2,1	4	Cotopaxi	0,6	0,6	1,2	Los Ríos	0,2	0,4	0,6
Cotopaxi	1,8	5,6	7,4	Carchi	1,7	2,3	4	Azuay	0,5	0,7	1,2	Pastaza	0,1	0,4	0,5
Los Ríos	0,7	6,6	7,3	Manabí	1,4	2,1	3,5	Chimborazo	0,4	0,5	0,9	Bolívar	-0,3	0,8	0,5
Carchi	1	6	7	El Oro	2,6	0,9	3,5	Loja	0,5	0,4	0,9	Orellana	0	0,5	0,5
Esmeraldas	2,1	4,6	6,7	Cañar	2,1	1,1	3,2	Tungurahua	0,1	0,7	0,8	Tungurahua	0,1	0,4	0,5
Napo	0,8	5,7	6,5	Tungurahua	0,7	2,3	3	Los Ríos	0,3	0,4	0,7	Pichincha	0,2	0,3	0,5
Orellana	0	6,1	6,1	Orellana	0	2,9	2,9	Imbabura	0,8	-0,2	0,6	Z. Chinchipe	0,3	0,2	0,5
Imbabura	1,6	4,4	6	Cotopaxi	0,9	1,9	2,8	Manabí	0,3	0,3	0,6	Guayas	0,3	0,2	0,5
Bolívar	1,8	3,9	5,7	Z. Chinchipe	1,7	0,9	2,6	Guayas	0,1	0,3	0,4	Loja	0,1	0,3	0,4
Z. Chinchipe	2,3	3,4	5,7	Guayas	1	0,6	1,6	Cañar	0,5	-0,1	0,4	Manabí	0,2	0,2	0,4
Guayas	-0,5	5,7	5,2	Esmeraldas	0,3	1,2	1,5	El Oro	0,4	-0,1	0,3	Imbabura	0	0,3	0,3
Pastaza	6,2	-2,9	3,3	Los Ríos	0,6	0,8	1,4	Pichincha	0,4	-0,2	0,2	Cañar	-0,2	0,3	0,1
Galápagos	-12	-5	-17	Galápagos	-2,3	0,4	-1,9	Galápagos	-3,6	-3	-6,6	Azuay	-0,1	0,1	0

Fuente: INEC (1980, 1990 y 2001)

Cuadro 3

Porcentajes de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices. Ecuador (1980,1990, 2001)

Áreas	Años					
	1980		1990		2001	
	%	Tasa	%	Tasa	%	Tasa
Médicos						
Urbano	85,4	14,4	86,2	14,9	91,9	24,0
Rural	14,6	2,2	13,8	2,9	8,1	3,4
Enfermeras						
Urbano	95,4	3,8	91,8	5,8	92,9	7,8
Rural	4,6	0,2	8,2	0,6	7,1	0,9
Odontólogos						
Urbano	77,3	1,8	73,8	2,0	78,5	2,2
Rural	22,7	0,5	26,2	0,9	21,5	0,9
Obstetrices						
Urbano	93,8	0,6	82,1	0,7	83,3	1,2
Rural	6,2	0,0	17,9	0,2	16,7	0,4

Fuente: INEC (1980, 1990 y 2001)

rural (donde generalmente se hallan mayores demandas de recursos, problemas importantes de infraestructura sanitaria, de educación, etc.) el personal de salud es mucho menor que en las zonas urbanas. En 1980, son las enfermeras quienes presentan el porcentaje más elevado en establecimientos urbanos, les siguen las obstetrices, y en cambio los odontólogos son los que menor porcentaje alcanzan en todos los años. En contraste, hacia el 2001, enfermeras y obstetrices presentan un porcentaje inferior al que presentaban en el año 1980, mientras los médicos, y en menor porcentaje los odontólogos, tienden a concentrarse en el área urbana.

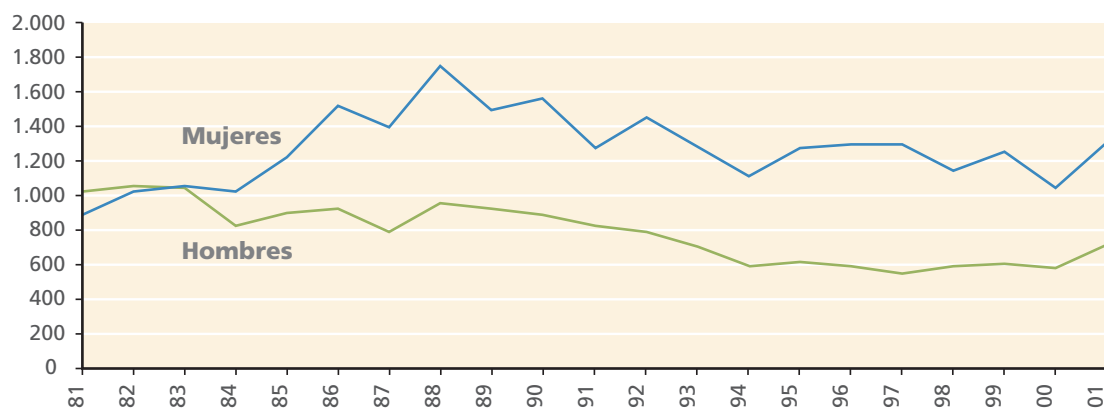
En 1980 el país tenía una población mayoritariamente rural, mientras que ocurre lo contrario en el 2001. Este giro demográfico se produce en 1983. Las tasas de profesionales de la salud, por su parte, siempre son significativamente mayores en el área urbana. Por otro lado, el crecimiento en esta área es mucho más acelerado que en la rural. Por ejemplo, los médicos en 1980 tenían una tasa de 14,4 en el área urbana

y aumentaron casi 10 puntos para el 2001, en cambio el aumento en el área rural entre estos años fue de 2,2 a 3,4 (como se puede apreciar en el cuadro 3). La cuantificación de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices por áreas durante el período de estudio se encuentra en el Anexo 2 al final del artículo.

Para tener una aproximación a lo que sucede con la dimensión de género en el sector salud, se ha usado la información de una investigación realizada con anterioridad (Merino, 2004). En aquel trabajo se recoge información de matriculados y graduados en todas las universidades del país que ofertan carreras de medicina, enfermería, odontología, obstetricia y tecnología médica, desde 1981 hasta el 2001. Se utiliza como referencia este estudio porque, desafortunadamente, el INEC no recoge información desglosada por sexo. Al agrupar las carreras mencionadas se observa que la relación hombres/mujeres graduadas cambia radicalmente: en 1981 entre los graduados se cuentan más hombres que mujeres, dando una

Gráfico 2

Graduados en medicina, enfermería, odontología y obstetricia por sexo. Ecuador (1981-2001)



Fuente: Merino (2004)

relación de 1,2 hombres por cada mujer; en cambio, en el año 2001 esta relación se invierte sustancialmente, alcanzándose una relación de 1,8 mujeres graduadas por cada hombre graduado.

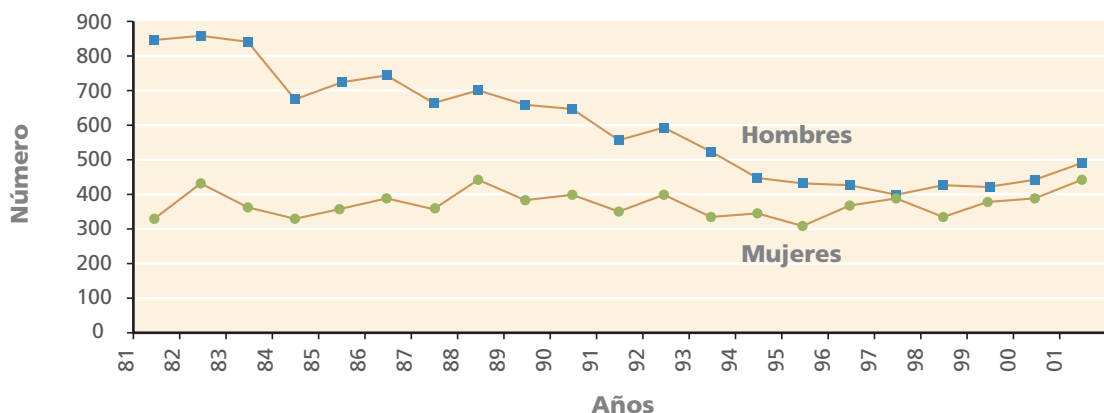
Las diferencias entre hombres y mujeres graduados en medicina se pueden apreciar en el gráfico 3. Es importante resaltar que el número de hombres graduados sigue siendo mayor al de

mujeres, aunque las cifras tienden a equipararse actualmente. Probablemente en un futuro las mujeres médicas serán la mayoría, pues la tendencia de matriculación de hombres en medicina es más bien decreciente, mientras que lo contrario ocurre en el caso de las mujeres.

Las líneas que se grafican con los recién graduados en odontología considerando su sexo para el período de estudio (1981-2001) son

Gráfico 3

Médicos graduados por sexo. Ecuador (1981-2001)



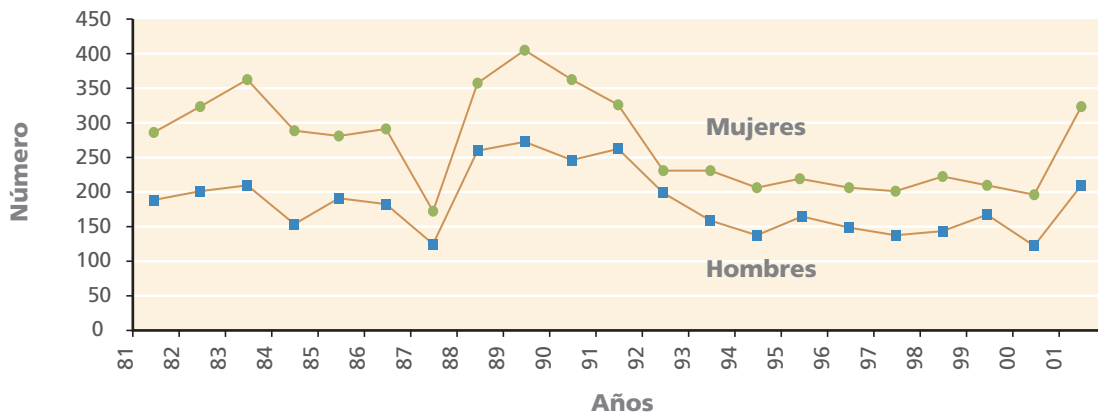
Fuente: Merino (2004)

similares. Esto se puede apreciar en el gráfico 4. Es importante resaltar que el número de mujeres graduadas en todos los años es mayor al de los hombres. Tal relación muy probablemente se mantendrá pues, por ejemplo, en el 2001 la relación de matriculación de mujeres frente a hombres es casi el doble (1,7:1).

Por otra parte, tanto enfermería como obstetricia son profesiones que tradicionalmente han sido cubiertas casi totalmente por mujeres. Sin embargo, el ingreso de hombres a estas carreras va ligeramente en aumento. Esta tendencia es algo más evidente en la carrera de enfermería (ver el gráfico 5).

Gráfico 4

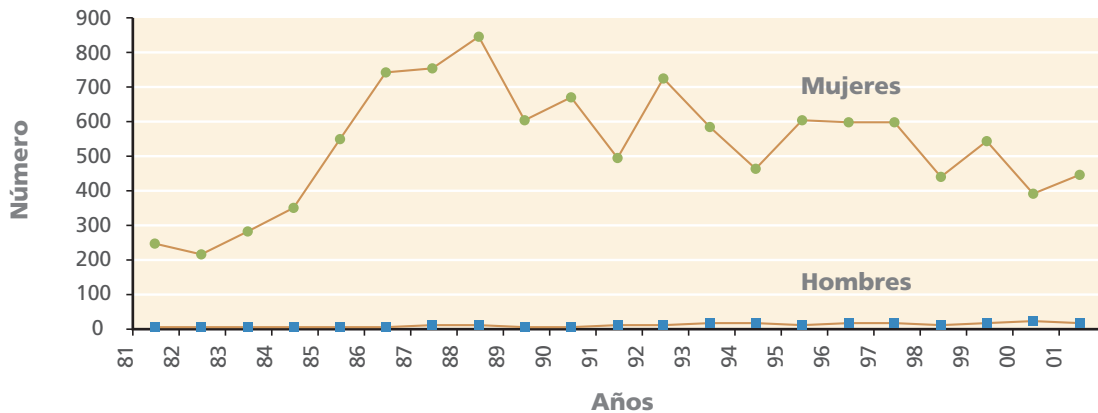
Odontólogos graduados por sexo. Ecuador (1981-2001)



Fuente: Merino (2004)

Gráfico 5

Graduados en enfermería por sexo. Ecuador (1981-2001)



Fuente: Merino (2004)

En el caso de obstetricia, durante la década de los ochenta, prácticamente ningún hombre se graduó, mientras que a partir de los noventa empiezan a graduarse en pequeñas cantidades. La información cuantitativa en relación a matriculados y graduados en las profesiones mencionadas se encuentra en el Anexo 3 incluido al final del artículo.

Durante los ochenta y los noventa, los médicos y odontólogos tendieron a concentrarse en las áreas urbanas, mientras que las enfermeras y obstetrices aparentemente se desplazaron hacia las áreas rurales. A pesar de ello, se puede decir que existe una desprotección cada vez mayor de las áreas rurales: allí la remuneración y las condiciones de vida para los profesionales y sus familias son deficientes. Esto permite concluir que no hay incentivos ni un sistema que permita que los profesionales de la salud se ubiquen donde más se los necesita.

También cabe destacar que el ámbito de la salud tiende a feminizarse. Enfermería y obstetricia han sido carreras que han albergado generalmente a mujeres. Y en el campo de la medicina, se ha registrado un cambio interesante en estas dos décadas: los hombres médicos cada vez son menos. Las explicaciones de este cambio son diversas. Por el momento sólo se mencionará el hecho de que, generalmente, la salud familiar ha estado en manos de mujeres. Por este motivo, no es raro que este sector laboral las atraiga más. Sin embargo, esta tendencia no necesariamente implica un incremento en la equidad de las relaciones entre géneros. Si bien el ingreso de la mujer al mercado de trabajo médico es cada vez mayor, por otro lado el ingreso económico en este sector es cada vez menos competitivo. Hay, en efecto, una pérdida de “prestigio” sumado al apareamiento de otras carreras modernas y mejor remuneradas que están atrayendo más a los hombres.

Buscando caminos...

El talento humano en salud enfrenta actualmente importantes cambios. Entre ellos, se debe mencionar: la flexibilización laboral; la inestabilidad laboral; el régimen de remuneraciones (Sacoto, 2004); la expedición de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, que no llena las aspiraciones, sobre todo, de médicos y odontólogos; y la falta de incentivos, promoción, ascensos, educación permanente, protección a los profesionales de la salud, evaluación y certificación. A todo esto se suma una migración cada vez mayor, dando lugar a unidades, especialmente del área rural, que han tenido que cerrar sus puertas por falta de profesionales que brinden atención.

Tales condiciones de trabajo han motivado a que durante estas dos décadas se activen importantes movimientos más bien de carácter gremial, que no han dado una respuesta definitiva a la problemática del personal de salud en el país. Para ello se propone, entre otras iniciativas, realizar un plan de desarrollo de los recursos humanos en salud y desarrollar una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria.

La carrera sanitaria es un tema previsto en el Capítulo VI del artículo 26 incluido en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial No. 670 del 25 de septiembre del 2002). Esta ley está siendo elaborada por el Consejo Nacional de la Salud (CONASA), dado que es éste el “organismo de concertación nacional del sector salud, que coordina y articula funcionalmente las diversas entidades del sector, para construir el Sistema Nacional de Salud” (CONASA, 2005). Específicamente, la entidad directamente responsable de la elaboración de este instrumento legal es la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS). Esta comisión “está conformada por delegados

técnicos de las entidades del sistema [de salud], con poder de decisión, con formación o experiencia en administración de recursos humanos en salud, docencia, organización y las demás que se requieran” (Artículo 43).

Hasta hoy, se trabajaba en el anteproyecto de la mencionada Ley. La Ley de Carrera Sanitaria probablemente intervendrá en los siguientes tres ámbitos: formación, ejercicio y cesación. Dentro del primero, se considerarán aspectos relacionados con el internado, la residencia, el servicio rural, los postgrados, entre otros. Por su parte, el ámbito del ejercicio se refiere a la selección, racionalización y contratación de los recursos humanos; también a aspectos remunerativos y salariales, a educación permanente, a recertificación, entre otros puntos. Por último, la cesación contemplada en la nueva Ley apunta a dignificar el retiro de los profesionales de la salud.

Además de la Ley de Carrera Sanitaria, hay otros temas de preocupación como la búsqueda de una estrecha vinculación entre la formación del personal de salud y la realidad nacional. También es de especial importancia el fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS-E), instancia establecida (en el artículo 44, literal “d” del Reglamento a la Ley Orgánica

del Sistema Nacional de Salud) como una red de información y análisis estratégico del personal de salud. En un futuro inmediato, potenciado por el uso del internet, el ORHUS-E estaría actualizando su información, difundiendo su trabajo y construyendo la red entre el sector de la academia, los servicios, los gremios y los organismos reguladores.

Por último, a fin de que las políticas relacionadas con el personal de salud se desarrollen sobre la base de información lo más certera posible, en 1998 se crearon, a nivel internacional, Observatorios de Recursos Humanos en Salud. El Ecuador también formó parte de este proceso. En el 2001, la CONARHUS se convierte en el eje de esta nueva política. El Proyecto Modersa, del Ministerio de Salud Pública y de la Organización Panamericana de la Salud, lo auspician técnica y financieramente.

Para cerrar, si se continúa postergando la problemática del talento humano en salud en el Ecuador y si este aspecto no es situado entre los primeros lugares de la agenda de reforma del sector salud, muy pronto el país tendrá que enfrentar serios problemas. Ello, inevitablemente, repercutirá directamente en la salud de las mayorías poblacionales más necesitadas.

ANEXOS:**Anexo 1**

Tasas de médicos a nivel nacional, regional y provincial. Ecuador (1980-2001)*

Provincias	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Azuay	8,3	8,8	9,8	10,9	11,6	12,1	13,1	13,5	13,9	15,5	13,5	18,4	19,0	16,1	18,7	23,7	24,0	22,7	22,7	23,8	24,4	26,1
Bolivar	3,8	4,2	4,6	4,6	5,4	5,3	5,5	5,8	6,1	5,5	5,6	5,3	7,4	4,2	8,1	8,2	8,4	7,8	6,3	8,7	8,9	9,5
Cañar	5,7	6,4	6,8	8,4	8,4	10,6	10,7	10,0	10,0	11,1	10,7	10,5	12,4	11,8	11,7	11,2	11,0	11,6	12,0	12,1	13,1	13,8
Carchi	5,0	5,2	5,8	6,0	5,6	6,1	5,5	6,1	6,5	6,0	6,0	6,4	8,0	6,4	7,8	8,3	9,7	8,9	8,0	9,0	10,2	12,0
Cotopaxi	4,4	4,6	4,6	4,9	5,1	5,6	5,7	5,6	5,6	6,4	6,2	7,1	7,2	8,0	8,8	8,3	8,0	8,2	7,4	9,7	10,4	11,8
Chimborazo	4,5	5,5	6,0	6,1	6,4	6,5	6,4	7,6	8,0	7,8	7,4	7,7	8,4	8,1	8,0	8,8	9,5	10,6	9,8	11,6	11,3	13,6
Imbabura	4,9	5,7	5,4	6,0	5,9	6,6	6,9	7,9	8,0	7,1	6,5	8,3	8,6	6,9	8,9	8,8	8,6	9,8	9,1	10,5	11,3	10,9
Loja	6,1	6,1	6,3	7,1	7,5	7,6	8,1	8,2	8,1	8,1	7,7	9,1	9,9	9,2	11,6	12,2	12,0	12,6	11,9	15,0	15,3	18,6
Pichincha	13,9	13,8	14,6	14,5	15,3	16,4	17,3	15,4	16,3	17,3	15,0	18,2	19,8	17,0	20,9	20,6	19,4	19,6	19,8	20,2	21,7	23,3
Tungurahua	6,9	6,0	6,4	6,2	6,5	6,1	6,7	7,5	8,3	8,6	6,2	8,4	9,9	7,3	10,6	11,7	12,2	13,8	14,8	14,8	17,6	21,0
T. Sierra	8,6	8,8	9,4	9,8	10,3	11,0	11,6	11,2	11,8	12,4	10,9	13,2	14,6	12,6	15,4	16,0	15,7	16,0	15,9	16,9	18,1	19,7
El Oro	6,0	7,3	8,5	9,3	10,8	9,4	10,8	10,0	9,6	8,2	8,5	9,6	10,2	9,8	10,6	14,0	13,5	13,1	13,3	13,3	12,5	15,4
Esmeraldas	4,2	3,5	4,2	5,0	6,4	6,6	7,5	7,9	8,9	8,3	6,3	7,1	8,3	8,6	8,7	8,5	7,9	8,3	7,7	7,8	8,2	10,9
Guayas	10,4	9,6	10,1	10,1	11,7	12,5	11,2	11,4	11,7	10,3	9,9	12,3	12,0	12,1	13,2	13,6	13,5	13,4	13,4	13,3	13,9	15,6
Los Ríos	3,1	3,4	3,6	4,1	3,7	4,0	4,1	3,9	4,0	4,0	3,8	4,7	5,0	5,4	6,1	6,9	6,4	7,0	6,8	7,3	8,6	10,4
Manabí	3,6	4,1	4,3	5,0	5,6	5,6	6,1	5,8	7,5	5,6	5,8	7,7	8,2	8,1	8,2	8,1	9,3	9,2	8,6	9,7	9,5	12,0
T. Costa	7,2	7,0	7,5	7,9	9,0	9,4	9,0	9,0	9,6	8,3	8,0	9,9	10,0	10,1	10,9	11,5	11,5	11,5	11,3	11,6	12,0	14,0
M. Santiago	5,5	5,8	9,5	8,4	9,6	9,2	9,9	10,8	10,8	10,1	11,0	11,5	10,0	8,9	9,5	8,9	9,2	9,5	8,2	8,6	10,7	13,3
Napo	6,0	4,0	5,2	6,5	7,1	6,3	7,2	7,1	7,1	7,1	6,8	7,1	7,2	6,8	7,0	6,7	7,1	7,5	9,9	11,2	11,5	12,5
Pastaza	11,3	14,9	15,3	16,8	16,4	16,4	16,4	15,0	17,4	13,6	17,5	16,9	15,2	13,7	14,1	14,4	13,6	14,1	13,4	14,2	15,2	14,6
Z. Chinchipe	4,0	5,5	6,0	6,8	7,6	7,5	8,1	8,7	7,5	8,1	6,3	6,4	6,4	5,8	6,7	6,1	6,2	6,3	5,5	6,4	7,4	9,7
Sucumbíos										4,7	4,6	4,7	4,2	4,5	4,9	7,4	7,1	7,0	6,8	8,4	7,7	10,8
Orellana																			4,5	5,7	5,7	6,1
T. Oriente	6,2	6,1	7,7	8,3	9,0	8,4	9,1	9,2	9,3	8,2	8,5	8,6	7,9	7,4	7,8	8,1	8,1	8,3	7,7	8,8	9,4	11,1
Galápagos	29,1	27,4	19,9	21,9	19,5	21,2	21,4	21,5	19,3	32,6	16,8	18,3	12,3	11,6	14,2	16,6	11,4	12,9	12,9	15,4	14,2	11,8
Z. No Delim.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,3	1,1	0,6	0,6	1,1	1,7	5,4	3,9	5,2	6,8
Total País	7,8	7,8	8,4	8,8	9,6	10,0	10,2	10,0	10,5	10,1	9,3	11,3	12,0	11,1	12,7	13,3	13,2	13,3	13,2	13,8	14,5	16,4

* Tasas por 10.000 habitantes

Fuente: Anuarios de recursos y actividades de salud. Ecuador (1980-2001)

Tasas de odontólogos a nivel nacional, regional y provincial. Ecuador (1980-2001)*

Provincias	Años																					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Azuay	0,8	1,0	1,1	1,1	0,9	1,0	1,1	1,0	1,2	1,3	1,3	1,5	1,7	1,5	1,8	1,9	2,0	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0
Bolivar	1,3	1,4	1,9	1,7	1,7	1,6	1,3	1,5	2,0	2,0	1,7	1,8	2,1	1,6	2,1	2,1	2,3	2,4	2,2	2,5	2,7	3,1
Cañar	1,5	1,7	1,7	1,9	1,7	1,5	1,6	1,6	1,8	2,1	2,0	2,2	2,4	1,6	1,9	2,0	2,3	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9
Carchi	1,3	1,5	1,8	2,0	1,6	2,1	1,7	1,9	1,9	1,8	2,1	3,0	3,3	2,2	3,0	2,9	2,6	2,3	2,8	3,0	2,7	3,1
Cotopaxi	0,9	0,8	1,0	1,2	1,0	1,0	1,1	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9	1,7	2,0	1,8	1,5	1,8	1,7	2,1	2,4	2,1
Chimborazo	1,2	1,4	1,4	1,5	1,3	1,2	1,3	1,7	1,5	1,7	1,6	1,6	1,7	1,4	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2,1
Imbabura	1,4	1,7	1,9	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	2,2	2,2	2,2	2,4	2,5	2,0	2,1	2,1	1,7	2,2	2,0	2,4	2,5	2,0
Loja	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,7	1,2	1,8	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8
Pichincha	1,8	1,9	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	1,9	2,1	2,0	2,1	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0
Tungurahua	1,1	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,6	1,2	1,5	1,6	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	1,9
T. Sierra	1,3	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	2,1	1,7	2,0	1,9	1,9	2,0	1,9	2,0	2,0	2,1
El Oro	1,1	1,4	1,4	1,5	1,6	1,1	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	1,5	1,8	1,3	1,2	1,5	1,4	1,5	1,4	1,6	1,4	1,4
Esmeraldas	0,5	0,4	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	0,8	1,0	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,2	1,4	1,3	2,0
Guayas	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,3	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3
Los Rios	0,5	0,8	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	1,2	1,2	1,2	1,2
Manabí	0,5	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,9	0,8	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,1	1,1
T. Costa	0,8	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,3	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3
M. Santiago	1,3	1,8	2,3	2,2	2,5	2,2	2,2	2,9	2,4	2,3	2,7	2,6	2,5	2,3	2,3	2,7	2,6	2,6	3,3	2,9	3,0	3,7
Napo	1,5	1,3	1,7	1,6	1,9	1,6	1,6	1,2	1,8	2,0	2,3	2,8	2,3	2,0	2,1	2,0	2,0	2,3	3,0	3,3	3,8	4,3
Pastaza	3,6	5,6	5,1	5,5	4,5	5,9	6,0	5,8	5,8	6,7	8,1	7,4	6,7	5,7	6,1	6,3	6,1	5,2	5,3	6,0	6,5	7,1
Z. Chinchipe	0,4	1,9	3,1	3,1	3,0	2,8	2,4	2,1	2,8	3,1	2,3	2,8	2,3	2,3	2,8	2,5	2,4	2,3	2,2	2,6	2,4	3,7
Sucumbíos										1,4	1,3	1,8	2,1	1,7	2,1	2,0	2,3	2,0	2,5	2,5	2,6	2,9
Orellana																			1,7	1,4	1,2	1,4
T. Oriente	1,5	2,1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,3	2,5	2,7	2,8	3,0	2,8	2,4	2,7	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	3,0	3,6
Galápagos	12,0	12,9	13,8	10,2	7,0	10,6	10,1	9,6	10,2	9,6	8,4	7,3	6,1	6,7	7,9	6,8	6,4	7,5	6,5	4,9	5,3	5,4
Z. No Delim.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Total País	1,0	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,7	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7

* Tasas por 10.000 habitantes

Fuente: Anuarios de recursos y actividades de salud. Ecuador (1980-2001)

Tasas de enfermeras a nivel nacional, regional y provincial. Ecuador (1980-2001)*

Provincias	Años																					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Azuay	1,9	2,2	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	2,2	2,5	2,8	3,5	3,7	4,3	2,6	4,4	5,2	5,2	6,0	6,4	6,1	6,1	6,8
Bolivar	0,7	0,4	0,6	0,4	0,4	0,5	1,1	1,2	1,7	1,3	1,3	0,6	1,9	1,2	3,2	4,0	4,6	4,2	4,4	4,8	5,1	6,2
Cañar	0,7	1,1	1,6	1,9	2,1	1,8	1,9	2,0	3,1	3,1	2,8	3,1	3,4	2,7	3,0	3,7	2,9	3,9	4,0	3,8	3,8	3,9
Carchi	1,1	1,2	1,0	0,9	1,0	1,1	0,6	1,2	1,6	1,5	2,8	3,0	3,3	2,7	3,6	3,6	3,2	3,2	3,4	3,8	4,6	5,1
Cotopaxi	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,5	1,0	1,5	2,0	2,1	1,7	2,0	2,4	3,0	3,3	3,2	3,7	3,7	3,4
Chimborazo	1,0	1,1	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	1,0	1,0	1,6	1,9	2,0	4,7	4,5	5,5	5,6	5,5
Imbabura	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	1,1	1,9	2,6	2,3	2,0	4,2	4,8	4,4	5,6	5,6	5,6	7,4	6,7	6,1	7,2	6,8
Loja	0,7	0,9	1,4	1,3	2,0	1,9	2,3	2,6	2,8	2,9	3,6	4,1	4,3	3,6	4,5	4,7	5,1	5,1	5,3	5,5	5,5	5,5
Pichincha	5,1	5,2	4,8	5,2	5,6	6,1	6,1	6,2	6,5	7,2	7,4	7,8	8,3	6,3	9,3	9,1	9,0	8,9	8,9	9,4	9,2	10,0
Tungurahua	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,4	1,7	1,9	2,1	2,0	2,5	2,8	3,0	1,2	3,1	3,0	3,0	3,1	4,0	4,5	4,5	4,8
T. Sierra	2,5	2,6	2,6	2,7	3,0	3,2	3,3	3,5	3,8	4,1	4,4	4,8	5,3	4,0	6,0	6,1	6,1	6,6	6,7	7,0	7,0	7,5
El Oro	0,7	0,9	0,8	1,2	1,3	2,0	2,1	2,8	3,2	2,8	3,3	3,5	3,6	3,5	4,4	3,9	3,2	3,2	3,7	3,6	3,6	4,2
Esmeraldas	0,6	0,4	0,6	1,1	1,5	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,4	1,6	1,7	1,6	1,6	2,1
Guayas	2,0	1,8	2,0	1,9	2,0	2,8	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	3,2	3,5	3,9	3,9	4,2	4,2	4,2	4,2	4,1	4,0	3,6
Los Rios	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,3	0,6	0,5	0,5	0,8	0,9	0,7	1,1	1,2	1,1	1,0	1,4	1,3	1,4	1,5	1,6
Manabí	0,4	0,3	0,3	0,4	0,7	0,8	1,0	1,2	1,1	1,6	1,8	1,7	2,0	1,3	2,1	2,6	2,9	3,0	3,3	3,4	3,1	3,9
T. Costa	1,2	1,1	1,3	1,3	1,4	1,9	2,0	2,2	2,2	2,3	2,4	2,5	2,7	2,8	3,1	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,4	3,4
M. Santiago	0,3	0,7	0,8	0,7	0,6	0,8	1,6	1,1	1,1	2,2	2,6	2,6	2,5	2,9	2,7	3,1	3,8	3,7	4,0	4,2	3,8	5,1
Napo	1,8	2,1	1,4	1,5	1,3	1,1	2,4	2,1	3,0	4,0	4,2	4,9	4,0	4,1	3,9	3,6	3,9	3,5	5,5	6,0	5,8	6,3
Pastaza	2,6	3,7	3,3	3,8	3,3	3,5	4,9	4,8	4,6	5,5	9,0	9,0	7,1	5,3	7,8	7,6	5,9	8,4	5,9	7,5	8,7	8,6
Z. Chinchipe	1,3	0,0	0,8	1,8	1,3	2,1	1,4	1,6	0,9	2,2	3,0	3,5	3,9	2,5	3,5	3,1	3,4	3,5	3,6	2,7	2,5	3,9
Sucumbios										1,7	1,9	1,5	1,7	1,9	2,0	2,0	2,2	2,0	2,2	2,7	2,2	4,0
Orellana																			2,2	2,4	2,5	2,9
T. Oriente	1,4	1,6	1,4	1,6	1,4	1,5	2,3	2,1	2,3	2,9	3,6	3,8	3,4	3,2	3,5	3,5	3,6	3,7	3,7	4,0	3,8	4,9
Galápagos	5,1	9,7	6,1	2,9	4,2	5,3	3,8	4,8	6,8	3,8	2,8	3,7	7,0	5,8	2,4	6,8	5,0	4,1	3,2	4,3	3,0	3,2
Z. No Delim.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,4
Total País	1,8	1,8	1,9	2,0	2,2	2,5	2,6	2,8	3,0	3,1	3,4	3,6	3,9	3,4	4,4	4,6	4,6	4,8	4,9	5,0	5,0	5,3

* Tasas por 10.000 habitantes
Fuente: Anuarios de recursos y actividades de salud. Ecuador (1980-2001)

Tasas de obstetrices a nivel nacional, regional y provincial. Ecuador (1980-2001)*

Provincias	Años																					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Azuay	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,7	0,3	0,3	0,4	0,7	0,2
Bolivar	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1	0,4	0,3	0,5	0,5	0,8	0,7	0,9	0,7	0,7	0,9
Cañar	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8	0,6	0,6
Carchi	0,4	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	1,0	1,0	1,3	0,9	1,5	2,3	2,6	3,1
Cotopaxi	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9	1,2	1,3	1,3	1,5	1,7	1,6	1,5
Chimborazo	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,7	0,7	0,9	0,7	1,1	1,2	1,0
Imbabura	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Loja	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5
Pichincha	0,4	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,8	0,6	0,8	0,7	0,7	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9
Tungurahua	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	0,5	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9	1,0	0,9	0,9
T. Sierra	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9
El Oro	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,9	1,0	1,2
Esmeraldas	0,2	0,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	0,7	0,9	0,7	1,0
Guayas	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	1,0
Los Rios	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8
Manabí	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
T. Costa	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9
M. Santiago	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,7	1,2	0,7	0,8	0,6	0,7
Napo	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,9	0,9	1,0	1,6
Pastaza	0,6	0,6	0,3	0,6	0,6	0,8	0,8	1,0	0,7	0,9	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8	1,3	1,8	1,7	1,7	1,7	1,1	1,1
Z. Chinchipe	0,4	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	0,7	0,6	0,5	0,8	0,7	0,9	0,4	0,7	1,2	0,8	1,2	0,7	0,7	0,6	0,5	0,9
Sucumbios										0,1	0,1	0,5	0,8	0,8	0,7	0,7	1,1	0,6	0,7	1,0	1,5	1,2
Orellana																			0,4	0,8	0,4	0,5
T. Oriente	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0
Galápagos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	2,4	0,8	0,7	0,7	0,6	1,2	1,2	1,1
Z. No Delim.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3
Total País	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9

* Tasas por 10.000 habitantes
Fuente: Anuarios de recursos y actividades de salud. Ecuador (1980-2001)

Anexo 2

Número de médicos, enfermeras, odontólogos y obstetrices por áreas urbano y rural. Ecuador (1980-2001)

Áreas	Años																					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médicos																						
Urbano	5.414	5.581	6.159	6.617	7.306	7.889	8.361	8.379	9.164	8.899	8.431	10.876	11.381	10.907	12.924	13.808	14.025	14.491	14.940	15.633	16.746	18.315
Rural	928	964	1.069	1.133	1.436	1.525	1.474	1.522	1.555	1.504	1.354	1.329	1.472	1.242	1.347	1.404	1.363	1.375	1.076	1.442	1.589	1.624
Total	6.342	6.545	7.228	7.750	8.742	9.414	9.835	9.901	10.719	10.403	9.785	12.205	12.853	12.149	14.271	15.212	15.388	15.866	16.016	17.075	18.335	19.939
Enfermeras																						
Urbano	1.426	1.469	1.567	1.674	1.841	2.202	2.374	2.581	2.754	2.928	3.254	3.612	3.929	3.446	4.591	4.818	4.958	5.310	5.530	5.792	5.832	5.950
Rural	68	63	62	71	126	131	128	190	258	285	292	293	286	249	350	399	385	423	421	461	488	456
Total	1.494	1.532	1.629	1.745	1.967	2.333	2.502	2.771	3.012	3.213	3.546	3.905	4.215	3.695	4.941	5.217	5.343	5.733	5.951	6.253	6.320	6.406
Odontólogos																						
Urbano	659	755	826	841	811	829	875	934	1.024	1.078	1.120	1.250	1.412	1.195	1.364	1.406	1.439	1.507	1.515	1.568	1.633	1.663
Rural	193	237	303	305	341	342	334	335	362	381	397	407	414	347	387	382	376	387	377	429	429	455
Total	852	992	1.129	1.146	1.152	1.171	1.209	1.269	1.386	1.459	1.517	1.657	1.826	1.542	1.751	1.788	1.815	1.894	1.892	1.997	2.062	2.118
Obstetrices																						
Urbano	243	248	267	253	290	267	301	348	383	393	413	473	569	541	647	651	685	701	752	780	867	880
Rural	16	16	16	14	32	34	34	43	65	86	90	100	98	91	108	125	142	141	147	208	170	177
Total	259	264	283	267	322	301	335	391	448	479	503	573	667	632	755	776	827	842	899	988	1.037	1.057

Fuente: INEC, Anuarios de Recursos y Actividades de Salud, Ecuador (1980-2001)

Anexo 3***Número de matriculados en primer año de medicina a nivel nacional. Ecuador (1981 - 2001)**

Años	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88	88-89	89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Nacional	4.497	4.625	4.284	3.730	3.150	3.138	2.948	3.125	3.146	2.815	2.744	2.996	3.164	3.697	3.806	4.156	4.161	4.938	4.896	4.297
Hombres	2.648	2.674	2.477	2.129	1.747	1.703	1.595	1.628	1.600	1.453	1.380	1.447	1.477	1.790	1.663	2.151	1.974	2.238	2.234	1.996
Mujeres	1.813	1.920	1.784	1.572	1.370	1.406	1.321	1.455	1.525	1.329	1.328	1.502	1.654	1.863	2.097	1.965	2.150	2.651	2.591	2.237

Fuente: Investigación

Número de graduados en medicina a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Nacional	1.173	1.284	1.201	997	1.069	1.127	1.015	1.132	1.034	1.046	904	993	855	789	734	787	781	757	798	817	929
Hombres	842	851	837	670	715	738	657	693	651	643	552	589	520	444	428	418	396	422	417	434	486
Mujeres	323	428	357	322	350	384	352	434	375	396	347	392	328	340	301	363	381	327	373	382	436

Fuente: Investigación

Número de matriculados en primer año de enfermería a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88	88-89	89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Nacional	1.082	1.599	2.137	2.398	2.346	2.384	2.475	2.320	1.984	1.429	1.092	1.234	1.028	942	953	998	1.306	1.244	1.190	1.139
Hombres	4	7	27	22	22	24	22	17	27	23	24	19	16	15	31	34	51	51	46	42
Mujeres	1.078	1.592	1.446	2.373	2.323	2.357	2.452	2.302	1.956	1.404	1.067	1.214	1.009	926	919	960	1.252	1.191	1.144	1.039

Fuente: Investigación

Número de graduados en enfermería a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Nacional	218	199	263	328	542	736	756	850	597	667	491	724	591	473	607	606	602	438	553	406	455
Hombres	0	1	0	0	0	1	7	8	1	0	4	6	14	14	9	15	11	5	15	18	13
Mujeres	240	209	279	344	541	735	749	842	596	667	487	718	577	459	597	589	591	433	537	386	442

Fuente: Investigación

* La suma de hombres y mujeres en los siguientes cuadros no siempre corresponde al total nacional debido a que los datos no son lo suficientemente específicos.

Número de matriculados en primer año de odontología a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88	88-89	89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Nacional	1.701	1.999	2.086	1.915	1.835	1.721	395	1.188	1.118	1.242	1.256	1.105	1.151	1.133	1.064	1.138	1.113	1.084	1.080	1.164
Hombres	755	851	891	771	811	745	191	518	475	532	539	474	455	482	428	475	434	407	419	425
Mujeres	940	1.126	1.180	1.091	995	948	200	650	604	671	685	610	659	621	616	625	647	655	636	726

Fuente: Investigación

Número de graduados en odontología a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Nacional	469	526	574	445	467	475	300	618	687	604	585	426	389	345	383	355	334	366	381	311	543
Hombres	184	199	207	152	187	181	121	256	270	243	259	196	155	134	162	146	135	141	164	118	206
Mujeres	282	321	360	287	277	288	170	354	403	360	324	228	227	204	218	204	199	221	206	193	321

Fuente: Investigación

Número de matriculados en primer año de obstetricia a nivel nacional y por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86	86-87	87-88	88-89	89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Nacional	572	737	848	923	878	909	856	944	993	880	696	611	622	506	408	298	245	259	184	310
Hombres	6	10	17	34	32	38	60	46	83	60	39	39	23	39	32	28	16	21	13	40
Mujeres	566	726	831	889	846	871	796	898	908	818	655	569	596	461	374	270	229	237	171	270

Fuente: Investigación

Número de graduados en obstetricia a nivel nacional por sexo. Ecuador (1981-2001)

Años	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
Nacional	44	69	54	70	52	112	122	117	126	151	125	116	162	112	165	153	137	182	137	93	116
Hombres	0	0	0	0	0	0	1	1	3	9	9	3	16	5	11	12	9	21	5	8	8
Mujeres	44	69	54	70	52	112	121	116	123	142	116	113	146	107	154	141	128	161	132	85	108

Fuente: Investigación

Bibliografía:

Artículo 43. Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud No.3611, 28 de enero de 2003.

Brito, Pedro y Edmundo Granda 2000 “Observatorio de los Recursos Humanos de Salud” en *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud* (Quito) No.1.

Consejo Nacional de la Salud (CONASA) 2005 “Planificación estratégica. Plan operativo anual 2005. Estatuto orgánico por procesos” en *Manual de procesos y procedimientos* (Quito, 1ra. versión borrador, marzo de 2005).

Galindo, Magdalena y Edmundo Granda 2002 “Carrera sanitaria” (Quito: CONASA/ CONARHUS, 3er. Borrador).

INEC, CONADE, CELADE, FNUAP 1993 *Ecuador: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2010* (Quito: INEC).

INEC 1980 – 2001 *Anuarios de Recursos y Actividades de Salud* (Quito: INEC).

INEC 2001 *VI Censo de Población y V de Vivienda 2001. Resultados definitivos. Resumen nacional* (Quito: INEC).

INEC, CEPAL 2003 *Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025* (Quito: INEC).

INEC, CEPAL 2004 *Estimaciones y proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 2001-2010* (Quito: INEC).

Merino, Cristina 2004 “El talento humano en los umbrales del nuevo milenio” en *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud en el Ecuador* No.1. (Quito: CONASA/CONARHUS/MSP/MODERSA/OPS).

Sacoto, Fernando 2004 “Estabilidad y remuneraciones. El personal de salud en el Ecuador a inicio del siglo XXI” en *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud en el Ecuador* (Quito) No.10 y No.2

Varios Autores 2004 *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/CONASA/Modersa/OPS/OMS).

www.opsecu.org/orhus-ecuador

Las políticas nutricionales

Marcelo Moreano Barragán*

Introducción

En el contexto del desarrollo nacional, la seguridad alimentaria y nutricional es un concepto integrador de la producción, transformación, acceso y consumo de los alimentos constituyéndose en una oportunidad para el adelanto económico y social del país.

En el Ecuador se han realizado dos encuestas nacionales de nutrición. La primera en 1959 y la segunda en 1988. A partir de la segunda encuesta, denominada Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana Menor de Cinco Años (DANS), el país cuenta con una línea de base muy detallada sobre la nutrición a nivel nacional. Los datos de desnutrición infantil pueden ser comparados luego de diez años a través de las Encuestas de Condiciones de Vida (ECV) realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Esta información está disponible para los años 1998, 1999, 2000 y 2004.

La aplicación de modelos matemáticos a los censos de población y vivienda de los años 1982, 1992 y 2001 ha permitido inferir las prevalencias de desnutrición hasta el nivel de parroquias a partir de indicadores socioeconómicos predictivos. Éstos y otros estudios más recientes desarrollados sobre estimaciones de infra-consumo de alimentos permiten establecer un mapa de la situación del hambre y la desnutrición (ver el mapa 1). Los resultados demuestran

Cuadro 1

Serie histórica de la desnutrición crónica y global Ecuador (1988-2004)

Encuesta	Año	Desnutrición crónica	Desnutrición global
DANS	1988	34,0%	16,5%
ECV	1998	26,7%	14,6%
ECV	1999	26,8%	13,5%
EMEDINHO	2000	25,8%	11,6%
ENDEMAIN	2004	22,8%	11,0%

Fuentes:
DANS (1988), ECV (1998, 1999), EMEDINHO (2000), ENDEMAIN (2004)

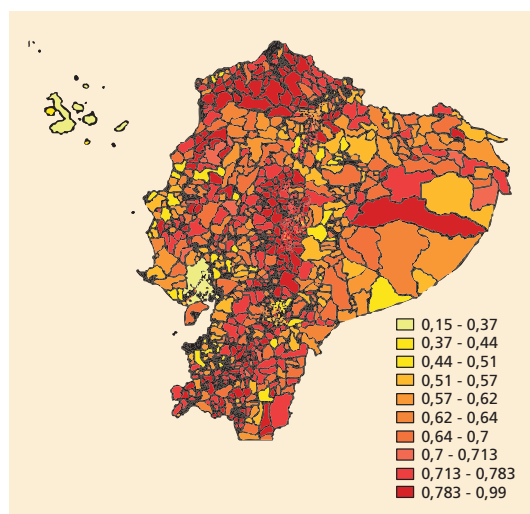
que zonas geográficas bastante bien definidas experimentan mayor impacto frente al hambre y la desnutrición, correspondiendo a áreas indígenas y rurales de la sierra, a la provincia de Loja y a la zona afro-ecuatoriana de Esmeraldas (Larrea, 2002).

La tendencia de la desnutrición global (relación del peso para la edad en niños menores de cinco años) se refleja en el gráfico 1. Allí se observa una tendencia decreciente en el caso ecuatoriano comparado con otros países de América Latina. Pero la poca inclinación de la pendiente revela que, de mantenerse la tendencia actual, posiblemente no se solucionará el problema de la desnutrición en Ecuador sino en los próximos 40 años. Si el Estado ecuatoriano asignara prioridad política al problema de la desnutrición y buscara una integración en el diseño de las intervenciones y en la asignación

* Oficial, Programa Mundial de Alimentos (PMA) sede Ecuador

Mapa 1

Hambre y desnutrición. Ecuador (1998-2001)



Fuente: STFS, PMA

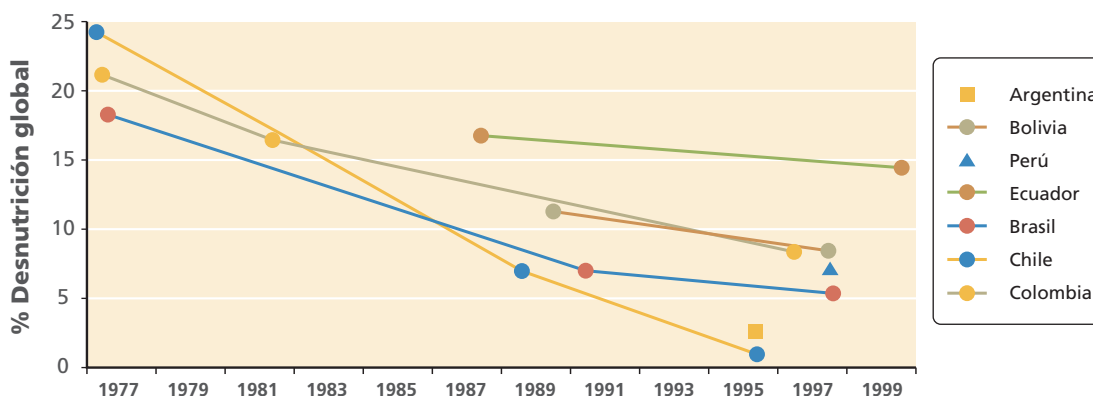
presupuestaria para llevar adelante programas y proyectos específicos, sería posible mejorar el problema en un periodo relativamente breve. Esta posibilidad ha quedado demostrada en el caso de Chile, donde se eliminó virtualmente la deficiencia de peso para la edad en las décadas de los años setenta y ochenta.

La seguridad alimentaria y nutricional, una estrategia integradora

El concepto de seguridad alimentaria se ha mantenido en la esfera pública por varias décadas. Entre 1970 y 1980, bajo la asistencia técnica multilateral y bilateral, se promovieron estrategias integrales entre el sector agropecuario, el de bienestar social y el de salud. Desde finales de los setenta, los grandes proyectos de Desarrollo Rural Integral auspiciados por el Banco Mundial, mantuvieron en pie esta iniciativa. Asimismo, la caracterización social y económica de los cantones del país realizada por el Ministerio de Bienestar Social (MBS) respondió a una lógica de intervención integradora. También los proyectos de seguridad alimentaria, liderados por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) con la asistencia de la Junta del Acuerdo de Cartagena y la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), buscaron desarrollar metodologías interinstitucionales y multidisciplinarias en su ejecución. Por último, desde el punto de vista del análisis de la información, propuestas como el Sistema de Información para la Toma de Decisiones (SITOD) o el Sistema de Vigilancia

Gráfico 1

Tendencias de desnutrición global (peso/edad). Ecuador (1977-2005)



Fuente: PMA, WFP

Alimentaria y Nutricional (SISVAN) también fueron esfuerzos integradores.

A partir de la Cumbre Mundial de la Alimentación, celebrada en Roma en 1996, el tema de la seguridad alimentaria fue ampliamente difundido y se realizaron intentos de operativizar su gestión en el ámbito de las políticas nacionales. En el Ecuador específicamente, la seguridad alimentaria se incluyó de manera explícita en la Constitución Política de 1998, en los capítulos sobre derechos y economía. Allí se vincula a la salud con la necesidad de mejorar la competitividad del sector agropecuario. Por esos años, en el país se declaró a la seguridad alimentaria como una política de Estado, mediante el Decreto Ejecutivo 1039, creándose el Comité Nacional de Seguridad Alimentaria que funcionó por unos años bajo la coordinación del Ministerio de Agricultura y Ganadería. En este contexto, se preparó y discutió en el Congreso Nacional una Ley Nacional de Seguridad Alimentaria, que fue aprobada en abril del 2006.

De acuerdo al concepto adoptado en el país, existe seguridad alimentaria cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 1996). La seguridad alimentaria incluye cuatro dimensiones que involucran a los múltiples procesos inherentes a la cadena agroalimentaria. Estas dimensiones son: la disponibilidad, la estabilidad del suministro, el acceso, y el consumo de alimentos. Desde la perspectiva económica, el sector agropecuario define del 15 al 20% del Producto Interno Bruto (PIB), y si se agrega el impacto de este sector sobre otros de la economía vinculados a él, estudios del Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) demuestran que su contribución al PIB se incrementaría hasta un 30% (Vallejo, 1999).

La seguridad alimentaria es una opción clara para la política social y económica del país. Puede ser vista como una estrategia de desarrollo, pues vincula el derecho fundamental del ser humano a su alimentación con el potencial del sector alimentario para promover el desarrollo económico. Además, aglutina esfuerzos en muchos frentes: productivo, industrial, de la salud, y de la educación a todo nivel; y sobretodo, dinamiza el comercio y la generación de empleo. Los elevados índices de pobreza e indigencia y una economía dolarizada que no favorece el impulso a un sector agropecuario poco competitivo en muchos de los productos básicos, son circunstancias que pueden tratarse bajo el paraguas de esta línea de política. Asimismo, el desarrollo sostenible del Ecuador, una nación considerada entre las de mayor biodiversidad en el mundo, es otro de los pilares de la seguridad alimentaria. Por todos estos motivos, que abarcan aspectos conceptuales y operativos, es indudable que asumir esta línea de política constituye un reto trascendente.

Para ilustrar el carácter integrador de las políticas diseñadas a partir del criterio de seguridad alimentaria, a continuación se ofrece una breve descripción de las dos dimensiones que ésta debe considerar en el caso ecuatoriano:

1. *La disponibilidad de alimentos.* Según la Hoja de Balance Alimentario (HBA), la disponibilidad de alimentos no representa un problema a nivel nacional. El promedio de la disponibilidad calórica por habitante-día se encuentra sobre las 2.700 Kcal/día. Pero este indicador esconde la inequidad del consumo a niveles subnacionales. Factores que condicionan esta situación son la inequitativa distribución del ingreso: el 56% de la población en situación de pobreza y el 21% en situación de pobreza extrema, atraviesan por altos niveles de riesgo en cuanto a seguridad alimentaria (INEC, 1999). La relación del crecimiento de la población

con el suministro de alimentos ha sido adecuada, pero a expensas de un incremento en los últimos años del comercio externo de alimentos. Uno de los ejemplos graves es el trigo, que Ecuador apenas produce en un 2% o menos de sus requerimientos.

2. *El factor demográfico.* Este aspecto siempre condiciona las expectativas de planificación nacional. La demanda que ejerce el crecimiento poblacional sobre la disponibilidad de alimentos es importante. Asimismo, la distribución urbana y rural de la población condiciona la estructura de producción de alimentos. Ecuador invirtió la proporción urbano-rural de su población en la década de los noventa y presenta patrones muy especiales de migración interna e internacional.

En la disponibilidad de los principales grupos de alimentos, hay un descenso en productos como frutas, hortalizas, raíces, tubérculos y leguminosas. Algunos de estos productos han perdido peso en los hábitos de consumo desde los años sesenta. Por otro lado, la disponibilidad de cereales, lácteos, huevos, aceites vegetales

y carne se ha incrementado. Esto refleja el desarrollo de procesos de producción industrial que han promovido la producción de leche, cárnicos y palma africana. Sin embargo, en el incremento de la disponibilidad de los cereales, hay un peso significativo de la enorme importación de trigo que realiza el país, antes mencionada. Otras circunstancias referidas al sector agropecuario son importantes en cuanto a la disponibilidad de alimentos. Entre éstas cabe destacar, por un lado, la tensión entre la

Cuadro 2

Población total, tasa de urbanización, necesidades energéticas y suministros de energía alimentaria (SEA) por persona y por día. Ecuador (1965-2030)*

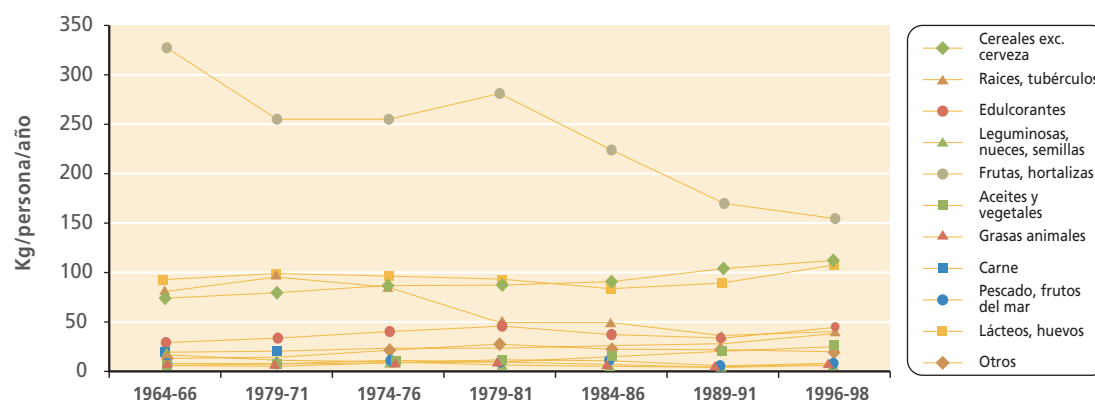
Año	1965	1998	2030
Población total (miles)	5.144	12.175	18.641
Tasa de urbanización (%)	37,2	63,1	76,1
Necesidades energéticas por persona (kcal/día)	2.121	2.188	2.224
SEA por persona (kcal/día)*	2.166	2.711	---

* Los datos del SEA corresponden a promedios de tres años: 1964-66 y 1996-98

Fuente: FAOSTAT (2000)

Gráfico 2

Disponibilidad de los principales grupos de alimentos (1964-1998)



Fuente: FAOSTAT
Elaboración: PMA

ampliación de la cobertura de la frontera agrícola y el deterioro de áreas ecológicas frágiles, y por otro, la disminución de zonas freáticas de agua de riego y para el consumo humano.

El cambio de modelo económico de sustitución de importaciones a la defensa del libre mercado, ha determinado la implementación de cambios todavía en proceso y en la mayoría de casos no aplicados a profundidad. A nivel de la estructura del Estado, podemos señalar un hito de estas transformaciones en la Constitución Política del año 1998.

La estabilidad del suministro de alimentos constituye la dimensión con mayor potencial para la promoción del desarrollo económico. El acopio de alimentos, el manejo de la poscosecha, pero fundamentalmente la transformación agroindustrial o artesanal, podrían generar un valor agregado que permitiría alcanzar el nivel de competitividad en los mercados externos que necesita el país. Cada cadena de producto tiene un potencial especial en este sentido. La promoción de productos andinos es un tema que requiere actualizarse y que recientemente se promueve en un marco interagencial e interinstitucional con la participación de universidades, el Ministerio de Agricultura y Ganadería, FAO, PMA, el IICA, Fundación Smith Nagal y el Parlamento Andino.

En este marco, a partir de una amplia discusión sobre políticas de seguridad alimentaria, se han propuesto cuatro lineamientos para potenciar la economía y el bienestar social del Ecuador (ODEPLAN, FAO, 2001):

1. El fortalecimiento del marco legal en el ámbito de la seguridad alimentaria y de las acciones del Estado tendientes a reducir la pobreza invirtiendo en capital humano, concentrando los esfuerzos hacia las áreas rurales y urbano marginales, y fomentando la generación de empleo.
2. La promoción del potencial productivo

agropecuario priorizando la preservación de los recursos naturales, fomentando la productividad y competitividad, y estimulando la inversión en el sector agroartesanal y en la pequeña empresa de alimentos.

3. La racionalización y regularización de los sistemas de abastecimiento y distribución de alimentos mediante mecanismos adecuados de manejo de posproducción y el impulso de mercados socialmente accesibles.
4. La prevención de los problemas prevalentes de salud, derivados de la deficiencia nutricional, impulsando la cultura alimentaria nacional, mejorando el acceso a los alimentos de mayor valor nutritivo y bajo costo, y potenciando la producción local.
(ODEPLAN, FAO, 2001).

Principales programas de alimentación y nutrición en Ecuador

Reducir la proporción de personas que sufren hambre y desnutrición amerita la adopción de estrategias para generar empleo, la entrega de subsidios directos o alimentarios, y el desarrollo de programas sociales. De acuerdo al cuadro 3 presentado más adelante, los programas de alimentación y nutrición de las últimas décadas, se han organizado de acuerdo a las siguientes líneas: alimentación complementaria; micronutrientes; nutrición y salud infantil; educación nutricional; sistemas de información; y, sistemas de coordinación interinstitucional relacionados con el financiamiento.

Los programas de alimentación complementaria constituyen una estrategia que se ha mantenido por más de 20 años. Sin embargo, sólo se ha percibido un alto impacto en la reducción de la desnutrición infantil desde 1998 hasta el 2006: la disminución de la desnutrición global en este periodo es casi el doble de la lograda entre 1988 y 1998. Posiblemente incide en este resultado el hecho de que, tras la crisis económica de 1999,

el gobierno inició dos programas: el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) y Aliméntate Ecuador (programa derivado de una experiencia anterior de comedores comunitarios y del Programa de Alimentación para el Desarrollo del Ecuador -PRADEC-). Estas iniciativas y el Programa de Desarrollo Infantil (PDI) del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), promovieron el acceso a alimentos complementarios, producidos por extrusión, fortificados y dirigidos a públicos específicos: niños de entre 6 meses y 2 años, niños de 2 a 5 años, y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Ahora bien, los problemas de gestión más importantes que enfrentan estas intervenciones se relacionan con la focalización hacia las familias más pobres, con la permanencia de los beneficiarios, con la concentración de las entregas y con el mantenimiento de sus coberturas. En los últimos años se ha establecido la posibilidad de coordinar técnica y políticamente a estos programas, a través de la Comisión Nacional de Alimentación (CNA) y del Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) de la Secretaría Técnica del Frente Social.

Debido a la importancia de estos programas en las medidas de compensación social, la banca internacional ha condicionado algunas líneas de préstamos, primero, al cumplimiento de metas en la coordinación de los programas de alimentación social, y segundo, a la consecución de focalización y coberturas adecuadas.

Con anterioridad, durante la década de los ochenta y noventa, y aún hasta la actualidad, se han emprendido millonarios proyectos con recursos facilitados por la banca internacional. La mayoría de estos proyectos han formado parte del endeudamiento externo del país. En los sectores agropecuario, del ambiente, de la salud y de la educación, sobresalen los siguientes programas: Proyecto de Modernización del Sector Agropecuario (PROMSA), Sistema de

Información y Censo Agropecuario (SICA), Proyecto para el Manejo de Fondos Ambientales (PATRA), el Programa de Desarrollo Local (PROLOCAL), Programa de Desarrollo de los Pueblos Indígenas del Ecuador (PRODEPINE), Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Básica en Ecuador (FASBASE), Programa de Modernización del Sector Salud (MODERSA), Programa de Mejoramiento de la Educación Básica en Ecuador (PROMECEB) y Proyecto de Reforma Curricular de la Educación Básica (EB-PRODEC). Junto a estos proyectos, se dismantelaron las formas de subvención del Estado al pequeño productor como la mecanización agrícola, la Empresa Nacional de Almacenamiento y Comercialización (ENAC), y la Empresa Nacional de Productos Vitales (EMPROVIT). En esta misma línea, se inició un proceso de reorganización del uso de los recursos hídricos a través de la nueva Ley de Recursos Hídricos; y tras la promulgación de la Ley Agraria en 1994, se abolió la Ley de Reforma Agraria. Este nuevo marco legal ha pretendido, en teoría, fomentar una gestión de los recursos naturales basada en la inversión privada y con una mayor participación ciudadana, desplazando una visión paternalista e ineficiente del Estado. Sin embargo, en la práctica, se ha relegado el rol regulador del Estado frente a la iniciativa de la libre empresa y, en ciertos casos, frente a los abusos de poder del capital. Un ejemplo constituye la compra de tierras en la península de Santa Elena beneficiada por el proyecto de trasvase Daule-Peripa (Moreano, 2002).

En los últimos años y hasta la actualidad, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), varias agencias de Naciones Unidas (como el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas -PNUD-, la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS-, el Programa Mundial de Alimentos -PMA- y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF-) mantienen asistencia técnica con los programas de alimentación y nutrición del gobierno. Se ha propuesto una estrategia

de fortalecimiento de los programas de alimentación social propiciando grupos técnicos de trabajo. Esta labor se realiza específicamente en el contexto de la coordinación del Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) con la Secretaría Técnica del Frente Social. Una de las estrategias desarrolladas en este marco, es la conformación de una “célula logística” que se encargue de la gestión de almacenamiento y distribución de miles de toneladas métricas de productos distribuidos por estos programas cada año. La importancia de esta estrategia para la logística de productos alimentarios a nivel nacional, se constata al señalar que se cuenta con más de 20.000 puntos finales de entrega. En lo que se refiere a otras innovaciones institucionales generadas en el marco de este tipo de iniciativas, se han conformado varios equipos nuevos de trabajo: el Comité Técnico de Compras Alimentarias (COTECA); el Comité Interinstitucional de Control de Calidad (CICCA); el Comité Interinstitucional de Desparasitación (CIDE); y un grupo de trabajo para el diseño de un curso de educación superior, que capacite a los técnicos de los programas bajo un perfil que mejore sus competencias, promueva la investigación operativa y proyecte el nivel técnico de los programas.

Los avances en procesos de descentralización, fundamentalmente el empoderamiento de la planificación provincial y municipal y el fortalecimiento del rol de las juntas parroquiales, tienen el potencial de redistribuir la inversión hacia el desarrollo local. La seguridad alimentaria, según los acuerdos de comités internacionales, es clave para estas estrategias de desarrollo. Los esfuerzos de veeduría en torno a la Ley del Sistema Nacional de Salud y los procesos de descentralización, permitirán una mayor participación de actores locales en la planificación de la salud y una redefinición del sistema nacional de salud con la participación de organismos seccionales. Avances en este sentido, sobre todo relacionados con la participación

local y municipal de los servicios, se plantearon con la Ley de Maternidad Gratuita.

Indudablemente, la salud y la nutrición son consecuencias y causas de la pobreza e inseguridad alimentaria. El bienestar nutricional a nivel familiar se resuelve en función del ingreso y la capacidad de consumo de los hogares. En este ámbito son fundamentales la salud y el saneamiento básico, así como los comportamientos vinculados a la alimentación y cuidados de todos los miembros del hogar, especialmente de los niños pequeños. Los programas y proyectos desarrollados en el país, enfocan estos problemas en diferente grado. En el futuro se deberá dar especial énfasis a las estrategias de educación y comunicación. Entre las estrategias actuales de este tipo sobresalen: las Escuelas Promotoras de la Salud; la Mejor Compra; las Guías Nutricionales; el Proyecto de Educación Nutricional (PEN); y durante el último año, una experiencia piloto con el Centro Internacional de Estudios Superiores para América Latina (CIESPAL), promovida por el PMA y la Secretaría Técnica del Frente Social (STFS), que involucró a los programas de alimentación social del gobierno y al INNFA.

Desafíos para una política de nutrición en el país

La crisis económica de 1999 motivó al gobierno del entonces presidente Jamil Mahuad a implantar una alternativa de subsidio directo a la población empobrecida por las medidas socioeconómicas. El Bono Solidario constituyó una medida de subvención focalizada hacia los estratos más pobres de la sociedad. De la misma manera, la crisis reforzó y promovió nuevos programas de servicios de alimentación y nutrición.

Los organismos seccionales, a través de los municipios, mantienen legalmente el control de calidad de los alimentos para su expendio al

Cuadro 3

Programas de alimentación, nutrición y salud. Ecuador (1982-2005)

Líneas	Programa	Periodo de intervención
Alimentación complementaria	Programa de Leche Avena	1982-1993
	Programa de Alimentación Materno-infantil (PACMI)	1994-2000
	Red Comunitaria para el Desarrollo Infantil-Operación Rescate Infantil (RED-ORI)	1988-2005
	Programa de Desarrollo Infantil (PDI) del INNFA	1990-2005
	Programa Nacional de Educación Parvularia (PRONEPE) del MEC	1990-2005
	Comedores comunitarios	1999-2001
	Programa de Alimentación para el Desarrollo del Ecuador (PRADEC)	2001-2004
	Programa Aliméntate Ecuador (AE)	2004-2005
	Programa de Alimentación Escolar (PAE)	1985-2005
	Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (Pann2000)	1999-2005
Programas de micronutrientes	Proyecto Bocio	1984-2000
	Programa Integrado de Micronutrientes: suplementación y fortificación	1996-2005
Nutrición y salud infantil	Programa Emergente de Atención Materno-infantil (PREMI)	1984-1988
	Lactancia materna: Hospital Amigo, Ley de Lactancia Materna, Código de sucesos	1980-2005
	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)	1995-2005
	Bancos de leche humana	2004-2005
Educación y comunicación en salud y nutrición	Escuelas promotoras de la salud (EPS)	1996-2005
	La Mejor Compra	2000-2005
	Guías nutricionales	2000-2000
	Campaña Nacional por la Salud y la Vida	1999-2002
	Pan de quinua	2003-2004
	Experiencia piloto CIESPAL-PAS-PMA	2004-2005
	Proyecto de Educación Nutricional (PEN)	2004-2005
Sistemas de información	Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN)	1987-2005
	Sistema de Información y Cartografía sobre Inseguridad Alimentaria y Vulnerabilidad (SICIAV)	1997-2005
	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE)	1997-2005
Sistemas de Coordinación interinstitucional y Financiamiento	Comité Nacional de Nutrición	1988-1002
	Fondo Nacional de Nutrición Infantil (FONNIN)	1988-2005
	Comisión Nacional de Alimentación (SIAN)	2003-2005

Elaboración: PMA

público. Los municipios facilitan la infraestructura de comercialización a través de los mercados municipales. Adicionalmente, municipios junto a consejos provinciales trabajan para asegurar el acceso físico a los mercados, manteniendo y desarrollando estas estructuras y nuevas redes viales. Estos actores gubernamentales podrán asumir una importante participación en la promoción de una producción local de calidad

que reoriente las compras locales de alimentos para los programas de alimentación social del gobierno.

Durante el 2006 se desarrolló un estudio promovido por el Consejo Provincial de Chimborazo, el Programa de Alimentación Escolar y el PMA sobre un nuevo modelo de atención a la alimentación escolar que considere

las compras locales. Una de las proyecciones de este programa consideraba que en un periodo de 3 o 4 años, un porcentaje de las adquisiciones de alimentos se realicen directamente a los pequeños productores en las provincias. Esta estrategia, de ser exitosa, podría inyectar un interesante volumen de recursos económicos a círculos de pequeños productores operando bajo un esquema más directo de comercialización.

Las actividades de educación nutricional se enmarcan en la estructura de todos los programas de alimentación y nutrición. Una experiencia particularmente importante constituyó la del Programa de Control de los Desordenes por Deficiencia de Yodo (DDI, por sus siglas en inglés), que desde inicios de los años noventa mantiene tres líneas de intervención: la estrategia de fortificación de la sal con yodo, el control epidemiológico del problema, y una estrategia de comunicación social que ha llevado a implementar un cambio de comportamiento en el consumo de este producto. Por otro lado, el Programa Integrado de Micronutrientes, con el apoyo de UNICEF y OPS/OMS, ha implantado similares estrategias para combatir las deficiencias de hierro y vitamina A, pero sus resultados no han sido evaluados todavía. En los últimos años, se ha realizado un valioso esfuerzo, llamado La Mejor Compra, orientado a brindar a la población herramientas que promuevan el consumo de alimentos baratos y nutritivos, con información de los precios de los productos en los mercados. Otra iniciativa de estos últimos años es la promoción de la salud. OPS/OMS ha desarrollado desde hace 5 años el proyecto Espacios Saludables, implementado en Loja, brindando aportes sustanciales en el ámbito de la educación formal en nutrición. Desde el trabajo de la empresa privada, sobresale el proyecto Por los Sabores del Ecuador, de la compañía Nestlé, que brinda una sistematización de las comidas ecuatorianas en cada región y provincia. Un último caso a ser mencionado al paso es el

trabajo del PEN, con la STFS, retomado por el PANN2000 para el año 2006.

Todas estas experiencias pueden capitalizarse en los programas de alimentación y nutrición en el marco del SIAN, que desarrolló un proyecto piloto de edu-comunicación integrada entre marzo del 2005 hasta finales del 2006, con la participación del PAE, AE, PANN2000 y el INNFA, y con la asistencia técnica de PMA y CIESPAL.

Los retos más importantes en la lucha contra el hambre y la desnutrición en este periodo constituyen, sin duda, la necesidad de fortalecer técnicamente a los programas de alimentación y nutrición. Se podrá conseguir este objetivo focalizando las intervenciones y definiendo modelos de atención adecuados para incrementar y mantener las coberturas, para así poder brindar una atención permanente. Un criterio fundamental para asegurar los recursos financieros necesarios para estos programas es el de orientarse bajo un concepto nuevo de inversión social, que supere la anterior noción de gasto público. Las estrategias de comunicación de estos programas tendrán que ser reforzadas en tres niveles: comunicación masiva, formación de personal, y comunicación interpersonal de las redes de servicios con sus beneficiarios.

El PMA trabaja un nuevo esquema conceptual denominado “cadena de vulnerabilidad alimentaria” para las intervenciones de los programas de alimentación y nutrición gubernamentales. Este esquema integra los conceptos de seguridad y vulnerabilidad alimentaria durante el ciclo de vida. Se pretende orientar las intervenciones a la solución específica de los problemas nutricionales de acuerdo a los requerimientos de diferentes grupos de edad, construyendo para ello una cadena de intervención con especificidad de beneficiarios para cada uno de los programas (ver el segundo

cuadro anexo a continuación). El concepto también puede ser aplicado a la gestión de la cadena agro-productiva y orientar las iniciativas de descentralización, compras locales o cadenas

logísticas de distribución de alimentos que los programas de alimentación y nutrición del gobierno promuevan.

ANEXOS

Anexo 1

Diez principales causas de mortalidad

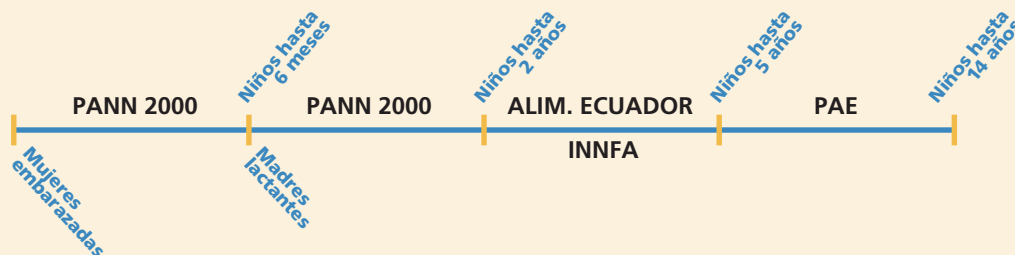
Nº	CIE-10	Causas	Nº de Muertes	%	Tasa
1. ^a	069	Enfermedades cerebro vasculares	2.923	5,3	24,0
2. ^a	052	Diabetes mellitus	2.500	4,5	20,6
3. ^a	074	Neumonía	2.488	4,5	20,5
4. ^a	067	Enfermedades isquémicas del corazón	2.376	4,3	19,5
5. ^a	066	Enfermedades hipertensivas	1.995	3,6	16,4
6. ^a	102	Agresiones	1.986	3,6	16,3
7. ^a	096	Accidentes de transporte	1.908	3,5	15,7
8. ^a	029	Tumor maligno de estómago	1.468	2,7	12,1
9. ^a	080	Enfermedades del hígado	1.456	2,5	12,0
10. ^a	053	Desnutrición	936	2,0	7,7

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales (2001)
Elaboración: PMA

Anexo 2

Cadena de vulnerabilidad alimentaria

Es un concepto que integra la vulnerabilidad e inseguridad alimentaria con los puntos críticos de nutrición durante el ciclo de vida. Permite aplicar los conocimientos actuales idóneos en la lucha contra el hambre y la desnutrición.



Fuente: PMA
Elaboración: PMA

Bibliografía:

Agencia de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) 1996 *Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación*.

Banco Mundial (BM) 2006 *Nutritional Failure in Ecuador: Causes, Consequences and Solutions*. Report No: 36588-EC. Revised Draft. June 26.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) 2005 *Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN)* 2004.

Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), Ministerio de Salud Pública (MSP) 1988 *Diagnóstico de salud y nutrición de los niños ecuatorianos menores de cinco años, DANS* (Quito: MSP).

EMEDINHO 2000.

Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) 1998 *Encuesta de condiciones de vida* (Quito: INEC).

Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC) 1999 *Encuesta de condiciones de vida* (Quito: INEC).

Larrea, Carlos, Wilma Freire y Chessa Lutter 2001 *Equidad desde el principio, situación nutricional de los niños ecuatorianos* (Washington DC: OPS/MSP).

Moreano, Marcelo 2002 “Lecciones aprendidas en la última década, de 1992 a 2002”. Conferencia presentada en el seminario “Seguridad alimentaria y nutricional de los habitantes del Ecuador”. Quito, OPS, FAO, noviembre del 2002.

Oficina Nacional de Planificación (ODEPLAN), Agencia de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) 2001 *Perfil nutricional de Ecuador y lineamiento de políticas de seguridad alimentaria* (Quito: AH Editorial).

Programa Mundial de Alimentos (PMA) 2006 *Diagnóstico nutricional de niños-as de 6 a 35 meses de edad en cinco países de la región andina*. Reporte en revisión hasta septiembre de 2006.

Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIEH) 2004.

Vallejo, Silvana, Joaquín Arias y Rafael Trejos 2005 *Más que alimentos en la mesa: la real contribución de la agricultura a la economía de Ecuador* (Quito: Agris Dewey).

La política de medicamentos

Luis E. Sarrazin Dávila*

El retorno a la democracia en 1979, supuso una serie de expectativas de cambio en materia de salud. En este marco, los medicamentos fueron uno de los aspectos a los que se dio especial atención. Con la creación del Programa Nacional de Medicamentos Básicos del Ministerio de Salud Pública (MSP), se apuntó a poner en el mercado medicinas de calidad a un precio inferior (en un 35 a 40%) al de los medicamentos de “marca”. El acceso a medicinas a menor costo ha sido, precisamente, el tema central de la política de medicamentos de las últimas décadas.

El apoyo brindado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la política de medicamentos en el país ha sido muy significativo. Tal y como se constata a continuación, más allá de lo ocurrido en el caso ecuatoriano, desde la década de los setenta del siglo pasado, la OMS ha impulsado el diseño de políticas de medicamentos a nivel internacional. En 1975, la 28.^a Asamblea Mundial de la Salud recaló la “necesidad de desarrollar políticas de medicamentos vinculando la investigación, producción y distribución de medicamentos con las necesidades reales de salud”. En 1982, los Estados miembro de la OMS fueron urgidos por la 35.^a Asamblea “a desarrollar políticas de medicamentos”. En 1988, la OMS publicó el documento “Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales”, que fuera actualizado en el 2002. Y en 1999, la 52.^o Asamblea Mundial de Salud urgió a los Estados miembro a “reafirmar su compromiso para el desarrollo,

implementación y vigilancia de políticas farmacéuticas nacionales, tomando las medidas necesarias para asegurar el acceso equitativo a medicamentos esenciales” y “asegurar que los intereses de la salud pública primen en las políticas de salud y de medicamentos”.

El Programa de Medicamentos Básicos

El Programa de Medicamentos Básicos que arranca desde el año 1980, tal y como fue diseñado originalmente, buscó utilizar la capacidad instalada de la industria nacional e incorporar a los importadores que lo quisieran, para la fabricación y provisión de medicamentos genéricos. Esta iniciativa se complementó con la creación, a nivel de todo el país, de farmacias de medicamentos básicos. Sin embargo, esta idea novedosa debió enfrentar, no solamente el creciente incremento de los precios de las medicinas, sino las dificultades del Estado para adquirirlas, a consecuencia del decrecimiento de los presupuestos oficiales del sector. Por otro lado, la deteriorada capacidad adquisitiva de los ciudadanos también constituyó un factor indiscutiblemente limitante para una adecuada accesibilidad a los medicamentos.

Como antecedente del Programa de Medicamentos Básicos, frente al desorden existente en la selección de medicamentos en los diferentes países, los organismos internacionales vinculados a la salud, tales como la OPS/OMS, promulgaron lo que se denominó “Cuadro

* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Miembro de la Comisión Nacional de Farmacología – CONASA

de medicamentos básicos”. Este documento es una lista certificadora de medicamentos de acción terapéutica efectiva frente a las diferentes patologías prevalentes. El primer listado de medicamentos básicos, fue elaborado en 1975 por el Convenio Hipólito Unanue, integrado por los países de la región andina. La decidida participación del Ecuador fue clave para estructurar el listado definitivo del Convenio.

Ya para 1977, el Decreto 1592 (publicado en el Registro Oficial #377, del 12 de julio de 1977) define otros aspectos fundamentales de una política de medicamentos. Por un lado, puntualiza la actividad de la industria farmacéutica exigiéndole que “cada casa matriz cuyos medicamentos se elaboren o comercialicen en el país, estará obligada a producir por lo menos dos medicamentos para el Programa de Medicamentos Básicos Sociales del Ministerio de Salud”. Por otro lado, este mismo decreto, aborda uno de los aspectos más delicados de la política de medicamentos: los precios. “Los precios de tales medicamentos se calcularán de tal manera, que al último precio de venta a Farmacia fijado por el Ministerio de Salud Pública, se le disminuirá entre el 25 y 30%, evitándose así, que el precio pudiese ser manipulado al ser contratado en forma personal o en condiciones variables con cada empresa productora o distribuidora”. Esta manera de hacer efectiva la contratación fue un logro importante, ya que se introdujeron cambios radicales con el propósito de clarificar o transparentar este tipo de transacciones.

A partir de 1980 expertos del MSP en el tema, hicieron los ajustes pertinentes al Convenio (en cuanto al número de principios activos, concentración y formas de presentación de los medicamentos), y comenzó la implantación del “Cuadro de medicamentos básicos” en todas sus unidades operativas. De este modo, se puso en vigencia un sistema que se ocupó de la selección y estructuración de los pedidos y de la adjudicación y metodología de la entrega (recepción, condiciones de almacenamiento,

forma de comercialización, de pago y control de calidad de los productos adquiridos). Estas medidas marcaron el nacimiento de una política en materia de medicamentos que, adecuadamente diseñada y técnicamente ejecutada, ofrecería a la población más necesitada un acceso oportuno, amplio y conveniente a los servicios de salud.

Dos conceptos fundamentales se pueden resaltar del Programa de Medicamentos. Por un lado, la incorporación de la industria en este tipo de procesos, sin entrar en consideraciones sobre su naturaleza u origen. Es decir, con independencia de si ésta fuese una industria local instalada o una representación encargada de la importación de productos terminados. Otro concepto que se esgrimió desde los inicios del programa, fue el de la descentralización administrativo-financiera. Todo el componente presupuestario asignado para las compras globales fue desplazado hacia las jefaturas provinciales de salud del país (hoy direcciones provinciales), acabando con la retención del 70% en la planta central. Esta liberación de recursos, volvió más ágil y racionalizó el manejo de la adquisición de medicamentos en el nivel local.

Todo este proceso que consolida al nuevo Programa Nacional de Medicamentos Básicos del MSP, termina de instrumentarse con la promulgación de los acuerdos ministeriales respectivos, rubricados finalmente el 23 de abril de 1980.

Si bien, al inicio, la industria farmacéutica fue reticente a participar en el programa, poco a poco fue cediendo al comprender cuán importante era su rol social frente a la problemática de salud del país, y que elaborar ciertos medicamentos esenciales de óptima calidad y a precios especiales, no era sino contribuir a las importantes acciones del MSP en beneficio de los cientos de miles de ecuatorianos más necesitados.

En enero de 1984, se revisaron las listas vigentes y bajo los mismos criterios que sirvieron para

integrarlas, se incrementaron las adjudicaciones de nuevos principios activos, implementándose los contratos respectivos. Para abril de 1984, había 41 farmacias distribuidas en todas las provincias del país, con la ventaja de que eran autofinanciadas y sin fines de lucro, ya que el precio de los medicamentos que se expendían en ellas, era igual al marginado para el MSP por parte de la industria. Posteriormente, estas farmacias se convirtieron en centros de aprovisionamiento para los botiquines de los centros y subcentros de salud.

El CEMEIN

Para garantizar un mejor y más adecuado sistema de compras y distribución de medicamentos e insumos médicos a nivel nacional, mediante el decreto ejecutivo No.3913 (19 de abril de 1988), se creó el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM), adscrito al MSP. Esta instancia fue destinada tanto a planificar, producir y solicitar, como a almacenar y distribuir todos los medicamentos e insumos médicos relacionados con los programas nacionales de medicina infantil gratuita, de medicamentos genéricos, y otros establecidos por ley o reglamento. Entre las actividades del CEMEIM, se incluyó el apoyo al programa Medicamentos Gratuitos para Menores de Edad (MEGRAME), al Programa de Genéricos del MSP, al control de enfermedades de alto riesgo, a la provisión de insumos médicos, y, al apoyo a las boticas populares.

Desafortunadamente, algunos de los directores ejecutivos del CEMEIN orientaron su actividad a fortalecer el equipamiento e infraestructura, soslayando los aspectos técnico-administrativo y funcionales. En otros términos, ocurrió una adquisición poco planificada, excesiva y a veces caótica de medicamentos e insumos. La desaparición inexplicable de todo el juego de fichas de calidad para calificar las compras de medicamentos y la ausencia de parámetros

claros para realizarlas, evidenciaron que el único propósito institucional llegó a ser, por momentos, el de enriquecer a quienes intervenían en ellas. Las escandalosas compras de vendas de yeso, antibióticos, tuberculostáticos y tetraciclina para la epidemia del cólera de 1998, terminaron por desacreditar al CEMEIN. Y al fallar el intento de reformarlo en 1995, mediante el decreto N°683 (RO #149, del 16 de marzo de 1999), se suprimió esta instancia, disponiéndose el traspaso de sus bienes, derechos y obligaciones al MSP.

Las áreas polémicas

Precios e industria farmacéutica

Una de las áreas polémicas de la política de medicamentos fue y es la posición de la industria farmacéutica frente a los precios. En la década del ochenta, esta discusión incluso llegó a niveles de enfrentamiento público, que obligaron a la realización de una auditoría sobre los permisos de importación de la industria farmacéutica durante el período 1979-1983. Tal auditoría se centró particularmente en la labor de funcionarios del MSP y del Banco Central. Los resultados demostraron la existencia de una evidente sobrefacturación en la importación de materia prima para la industria farmacéutica.

A inicios del periodo gubernamental 1984-1988, se promulgó el acuerdo interministerial No.706 (RO No. 50, 23 de octubre de 1984) que reglamentaba la fijación y revisión de precios de los medicamentos de uso humano, leches maternizadas y productos dietéticos infantiles. Asimismo, se publicó el acuerdo interministerial No.1011 (RO No.87, 17 de diciembre de 1984) que codificó el reglamento para la revisión y fijación de precios de los medicamentos de uso humano, leches maternizadas y productos dietéticos infantiles. Con este antecedente, dado lo polémico de la fijación de precios de los medicamentos, en 1992 se promulgó la Ley 152 mediante la cual se creó el Consejo Nacional de

Fijación de Precios de Medicamentos de Uso Humano.

Durante estos últimos tiempos, en el marco del modelo económico neoliberal, el mencionado Consejo se ha debilitado. El presupuesto de quienes critican su papel es que resulta impropio pretender controlar los precios de los medicamentos, pues éstos deberían ser regulados por las leyes del mercado, utilizándose la competencia como elemento estabilizador. Desde esta perspectiva, sólo se justifica el control del precio de medicamentos únicos o escasos (3 o menos en el mercado), con el fin de evitar los monopolios y sus efectos concertados de elevación de precios en perjuicio de los usuarios.

La calidad de los medicamentos

La calidad ha sido otro tema controversial. Si bien muchos de los responsables del MSP estuvieron convencidos de que la calidad era de una importancia capital (pues el preservarla, no solo garantizaba la responsabilidad moral del portafolio, sino que entregaba al consumidor un medicamento idóneo que proporcionaría la respuesta esperada frente a una determinada patología), no faltaron los *non sanctus*, que apoyaron compras de fármacos de dudosa procedencia, calidad discutible y en cantidades excesivas.

Para controlar estas actividades, el Ministerio realizaba permanentes visitas a la industria farmacéutica para verificar su capacidad instalada, sus sistemas operativos, las características de sus áreas técnicas e instalaciones, los mecanismos de empaque y los laboratorios de control de calidad. Estas acciones se complementaron con la obligatoriedad de obtener el Registro Sanitario Ecuatoriano que certificaba si los medicamentos cumplían con todas las especificaciones de conformidad con fichas de

referencia técnica. Estos mecanismos de control se fueron fortaleciendo con el tiempo, hasta que el 19 de julio de 1994, se publicó el acuerdo ministerial (RO N°486) mediante el cual se expidió el Reglamento de Buenas Prácticas de Manufactura para la Industria Farmacéutica. Tal reglamento establece la obligatoriedad por parte de la industria farmacéutica instalada en el país y la procedente del exterior, de presentar los correspondientes certificados para garantizar la seriedad, idoneidad y transparencia empresarial de los productores.

En cuanto al control de la calidad de los medicamentos, si bien los controles se realizaron desde el inicio del Programa Nacional de Medicamentos Básicos, éstos sólo estuvieron orientados al análisis de los productos que lo integraban, fuesen éstos originarios del país o procedentes del exterior. Es apenas desde hace muy pocos años que el control post-registro o post-comercialización se viene cumpliendo. Este control consiste en que el personal técnico encargado, toma muestras aleatorias de los productos en los sitios de almacenamiento, en las perchas de las farmacias y en las plantas de manufactura, y realiza los análisis pertinentes para certificar que cumplen con todos los requisitos que señala su correspondiente registro sanitario.

No faltó la resistencia inicial a este procedimiento por parte de los interesados, que miraban al proceso como una acción de pesquisa. Pero luego se convencieron de su bondad: además de darles un significativo respaldo, los certificados del MSP les otorgaba un aval de tipo técnico-comercial de indiscutible valor.

Otros problemas

Por fuera de todo lo mencionado, actualmente se constata una variada gama de deficiencias que todavía no han sido superadas en la implementación de la política de medicamentos.

Entre estas deficiencias, se incluyen:

- Fallas en la implementación del censo de las necesidades nacionales, para conocer oportunamente los volúmenes a ser solicitados a la industria farmacéutica.
- Reticencia por parte de la industria farmacéutica para la elaboración o suministro de medicamentos de bajo consumo, en base a sus principios de rentabilidad de la gestión empresarial.
- Limitaciones de orden económico ante las permanentes contracciones presupuestarias de las asignaciones al programa.
- Resistencia de los profesionales para utilizar el nombre genérico de los medicamentos en sus prescripciones.

Los tiempos actuales: obstáculos y desafíos

Con el fin de mejorar y facilitar la provisión y suministro de medicamentos, la función legislativa promulgó la denominada Ley 2000-12, relacionada con la producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (RO #59, 17 de abril del 2000). Sin embargo, analizada desde la perspectiva actual, la promulgación de esta ley no surtió el efecto deseado por múltiples circunstancias.

A partir del año 2000, se han organizado movimientos desde varios sectores tanto profesionales como provenientes de la sociedad civil, para conseguir logros concretos en materia de salud, específicamente en cuanto al acceso a medicamentos esenciales. Como producto de este proceso organizativo, se convocó a la realización de talleres locales y regionales orientados a reunir a todos sus integrantes, permitiendo el intercambio de sus conocimientos y experiencias y la expresión de sus necesidades.

Los dos grandes Congresos por la Salud y la Vida, realizados en Quito en el 2002 y en Guayaquil en el 2004, aportaron conclusiones importantes respecto a las necesidades de salud de los ecuatorianos. Los resultados conseguidos a través de estos espacios de debate, fueron plasmados en postulados que debían ser puestos en práctica por los grupos responsables y que fueron oficializados en declaraciones.

Con todos estos antecedentes, el Congreso Nacional promulgó la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud (RO N°670, 25 de septiembre del 2002), cuyo artículo 28 hace referencia a medicamentos e insumos, y cuyo primer reglamento trataba, en el capítulo V, “De los medicamentos e insumos”.

Los grandes obstáculos

A pesar de estos avances, entre los grandes obstáculos que han incidido en el fracaso de la creación de una verdadera política nacional de medicamentos se destacan:

1. La combatividad agresiva de la industria farmacéutica contra los medicamentos genéricos, a los que en forma despreciativa denomina “copias”, en muchos casos agregando los calificativos “malas” o “burdas”.

Me referiré particularmente a la propaganda que hizo la transnacional CIBA-GEIGY en 1994 dirigida a los médicos. Mediante la publicación de dípticos en serie, se difundían este tipo de ideas: “Dr. ¿Cuál es su nombre genérico? Desde luego su nombre genérico es “médico”; pero ¿a quién se le ocurriría cimentar su práctica en una descripción general que solo conceptúa a la profesión y no al individuo mismo? Usted no es un médico genérico, usted tiene nombre y apellido...”; y así por el estilo...

2. Los estímulos, regalos, pago de viajes y prebendas de diversa índole que, gracias a los rubros promocionales, la industria farmacéutica puede entregar a los médicos, hizo que muchos de ellos comprometan su capacidad prescriptoria “alquilando su mano” en beneficio de los laboratorios con los que mantienen este tipo de relaciones “especiales”.
3. La mal entendida autonomía institucional, en virtud de la cual cada organismo del Estado se considera facultado a comprar lo que considera adecuado y conveniente, sin mirar la preservación de los grandes intereses nacionales.
4. La deshonestidad de buena parte de quienes han estado a la cabeza de dichos organismos, que no han vacilado en adquirir grandes cantidades de medicamentos e insumos, muchas veces de mala calidad y frecuentemente con sobreprecio, para obtener pingües beneficios.
5. La tenaz resistencia por parte de los médicos a prescribir genéricos, en virtud de su pésima experiencia al hacerlo: el haberles dispensado medicamentos de mala calidad a sus pacientes ha redundado, no sólo en la no curación, sino con frecuencia incluso en el agravamiento de las dolencias que motivaron las consultas.

Ante tanta inmoralidad y latrocinio, la Comisión de Control Cívico de la Corrupción, conformó una comisión con delegados de las principales instituciones del sector salud, con miras a transparentar la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos médicos. Luego de seis meses de realizar una ardua tarea, se entregó el proyecto denominado Corporación Nacional para la Adquisición de Medicamentos, Insumos y Reactivos (CONAMIRE). Sin embargo, como resultando insólito, las instituciones cuyos delegados la integraron (IESS, ISSFA, ISSPOL,

SOLCA y MSP), se encargaron de enterrar el proyecto, pues ponerlo en marcha, impediría a ciertos funcionarios hacer grandes negociados con la compra de fármacos e insumos. El funeral tuvo lugar en enero del año 2000. Dicho sea de paso, sólo la Junta de Beneficencia de Guayaquil ha seguido una línea idónea y recta en todo lo relacionado con el manejo de medicamentos. En esta institución siempre se ha privilegiado la calidad frente al precio, lo cual ha tenido resultados espectaculares en materia de ahorro y credibilidad institucional.

Desafíos para hacer realidad una política de medicamentos

El mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó en el 2003 ventas aproximadas de 523'806.914 dólares. Esta cifra representa casi el 2% del PIB y tuvo un crecimiento del 6% en el 2005. La participación del sector privado y público en este volumen de ventas ha sido del 86,86% y 13,14% respectivamente. Desde la perspectiva de los compradores, las cifras sitúan al gasto total en salud entre el 4 y 5% del PIB. El 88% del gasto privado en salud corresponde a gasto directo de los hogares, el cual se distribuye fundamentalmente en la adquisición de medicamentos y otros insumos (61,9%), en atención médica (24,3%), y en exámenes de laboratorio, imagenología, tratamientos odontológicos y adquisición de aparatos ortopédicos (24%).

Ante esta cruda realidad, y habiendo entre 80 y 100 países miembros de la OMS con políticas nacionales de medicamentos, resulta inadmisibles que no hayamos concretado nuestra propia política en Ecuador. Esta ausencia es todavía más grave frente a lo establecido en la Constitución Política de la República, que en el numeral 20 del artículo 23, consagra el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios.

En los momentos actuales, la Comisión Nacional de Farmacología del Consejo Nacional de Salud ha tomado la posta y se ha entregado a la labor de diseño de la Política Nacional de Medicamentos

Nacionales. Esta instancia está trabajando con toda decisión y ahínco para que una efectiva política de medicamentos sea una realidad al más corto plazo.

Bibliografía:

Marchán, Elvira y María del Carmen Oleas 1984 *Programa Nacional de Medicamentos Básicos* (Quito: MSP).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1975 28° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1982 35° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1999 52° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA). Convenio Hipólito Unanue. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1975.

Rodríguez, Eduardo 1992 *25 años por la salud del Ecuador* (Quito: MSP).

Romo, Hugo. Comunicación personal, julio del 2005.

Sarrazin Dávila, Luis 1995 *Programa nacional de medicina genérica* (Quito: MSP).

Documentos Legales:

Acuerdo ministerial N° 4520 del 14 de abril de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4720 del 24 de junio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4732 del 24 de junio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4800 del 17 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4801 del 17 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 7855 del 15 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 2173 del 24 de abril de 1980.

Acuerdo ministerial N° 2174 del 21 de abril de 1980.

Acuerdo ministerial N° 2182 del 22 de noviembre de 1982.

Acuerdo ministerial. RO # 486 del 19 de julio de 1994.

Acuerdo interministerial N° 6407. RO # 777 del 2 de Julio de 1984.

Acuerdo interministerial N° 1011. RO # 87 del 17 de diciembre de 1984

Acuerdo interministerial N° 940-A. RO # 327 del 3 de diciembre de 1985

Decreto #1592, RO # 377 del 12 de julio de 1977.

Decreto ejecutivo N° 1342. RO # 324 del 28 de noviembre de 1985.

Decreto ejecutivo N° 1721. RO # 409 del 4 de abril de 1986.

Decreto ejecutivo N° 2827. RO # 686 del 15 de mayo de 1987.

Decreto ejecutivo N° 3913. del 19 de abril de 1988.

Decreto ejecutivo N° 683. Suplemento del RO # 149 del 16 de marzo de 1999.

Decreto ejecutivo N° 3611. RO # 9 del 28 de enero del 2003.

Ley N° 152. RO # 927 del 4 de mayo de 1992.

Corporación nacional para la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos (CONAMIRE). Edición privada institucional. Editada el 20 de Enero del 2000.

Ley 2000-12. RO # 59 del 17 de abril del 2000.

Ley N° 80 Orgánica del SNS. RO # 670 del 25 de septiembre del 2002.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Nancy Vásconez^{*1}

Guadalupe Pozo^{*2}

Irene Leal S.^{*3}

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se basa en la resolución WHA 27.57, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y la resolución WHA 30.53 de 1977. Los objetivos del PAI a largo plazo fueron los siguientes:

1. Reducir la morbilidad y la mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, prestando servicios de inmunización contra estas seis enfermedades a todos los niños del mundo en 1990 (se pueden incluir otras enfermedades prevenibles por vacunas, siempre y cuando sea pertinente).
2. Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios básicos de inmunización dentro del marco de los servicios de salud.
3. Fomentar la autosuficiencia regional en asuntos relativos a la producción y al control de la calidad de las vacunas.

La misión del PAI es el “desarrollo de políticas y estrategias para maximizar el uso de las vacunas de importancia de salud pública y su distribución”, a través del “apoyo a las regiones y países para adquirir las competencias, habilidades, e infraestructura a fin de implementar las políticas y estrategias tendientes a conseguir los objetivos de control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas”.

La declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud (URSS, 1978) prevé en su inciso VII, numeral 3, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. Este tipo de inmunización es, en efecto, uno de los ocho componentes esenciales de la atención primaria de salud.

En la región de las Américas, las políticas y estrategias generales planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) —incluyendo la meta de prestar servicios de inmunización a todos los niños del mundo para 1990— fueron respaldadas por la resolución 25.37 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en septiembre de 1977.

La necesidad de acentuar el componente de reducción de las enfermedades objeto del programa llevó a los países de las Américas a establecer, en 1985, la meta de eliminar la polio para 1990. Con el fin de coordinar todas las actividades del PAI destinadas a cumplir las metas de inmunización infantil universal y de erradicación del poliovirus salvaje en la región, la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Club Rotario Internacional, conformaron el Comité Coordinador Interagencial (CCI) en 1985. En ese mismo año se estableció el Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI con la participación de

^{*1} Ex-jefa, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)

^{*2} Experta nacional, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)

^{*3} Asesora de inmunizaciones, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

cinco expertos en inmunización y control de enfermedades para guiar la ejecución del plan de acción regional.

La erradicación de la poliomielitis impactó no sólo en la interrupción de la circulación del poliovirus sino en el alto grado de compromiso político de los países. En consecuencia, en 1994 los ministros de Salud de las Américas aprobaron la resolución de la eliminación del sarampión y, sobre la base de lo aprendido con esta enfermedad, en el 2003 se estableció la resolución de la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010.

Por otra parte, en 1979 se creó el Fondo Rotatorio (FR) del PAI con la finalidad de:

1. Mantener a los países provistos de vacunas que se ciñan a las normas de la OPS/OMS a precios bajos y de acuerdo a la programación anual de cada país.
2. Facilitar la planificación de las actividades de vacunación, evitando perturbaciones debido a la falta de vacunas o de fondos.
3. Facilitar el uso de la moneda local para el pago de facturas de los países (la aceptación de moneda local depende de la situación de cada nación).
4. Celebrar contratos consolidados con proveedores de vacunas y jeringas, a fin de conseguir precios bajos y realizar pedidos urgentes.

Este fondo opera con ciclos anuales. La OPS/OMS (en nombre de sus países miembro) selecciona a los proveedores que ofertan precios más bajos, que cumplen con sus especificaciones en cuanto a calidad y que están en capacidad de atender los pedidos puntualmente, y realiza una licitación internacional.

El PAI en el Ecuador

Las primeras acciones de vacunación en el país se iniciaron aproximadamente a partir del año 1942. En 1943 se organizaron campañas de protección masiva con la vacunación antivariólica. Mediante la producción nacional de la vacuna DT (mixta o doble) en 1945 y luego de la vacuna BCG, empieza la protección de niños susceptibles de contraer estas enfermedades. En 1972, se desarrolla la primera campaña de vacunación antipoliomielítica, y en 1974 se marca el comienzo de la lucha contra el sarampión.

Las denominadas “campañas de vacunación” no eran de tipo permanente o sistemático, sino más bien de carácter emergente y se emprendían ante brotes epidémicos de una u otra enfermedad. Las coberturas obtenidas y, en consecuencia, los efectos de protección, lograban el descenso progresivo y constante de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil ocasionadas por enfermedades transmisibles como sarampión, tos ferina, difteria, tétanos, poliomielitis y tuberculosis.

A esta realidad han contribuido factores geográficos, demográficos y socioculturales, amén de la disponibilidad mínima de servicios con capacidad de ofrecer estas vacunas en todo tiempo y lugar (pese a que el Ministerio de Salud Pública (MSP) estableció la atención gratuita para la población). Por otra parte, los aportes presupuestarios del Estado asignados a las actividades de tipo preventivo, eran insuficientes ante la magnitud y trascendencia de las enfermedades transmisibles y de la vulnerabilidad de los grupos expuestos.

Ante lo señalado, para mejorar las coberturas e indicadores de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, se hacían necesarias las siguientes acciones:

- 1) Aumentar el presupuesto destinado a la compra de vacunas.
- 2) Fortalecer la conducción y gerencia del PAI en todos los niveles, incluyendo las áreas de salud como unidad técnica-administrativa, para apoyar efectivamente el sostenimiento y mejoramiento de todos los componentes del PAI (organización, coordinación, sistema de información, logística y cadena de frío, vacunación segura, capacitación, comunicación social, supervisión, monitoreo, evaluación).
- 3) Fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- 4) Cumplir con compromisos internacionales adoptados en el seno de la OPS/OMS por los países miembro, como campañas de puestas al día y seguimiento para la erradicación del sarampión.
- 5) Introducir nuevas vacunas para romper brechas de inequidad existentes (sólo unos niños podían ser vacunados privadamente con SRP, pentavalente, la vacunación contra la fiebre amarilla se la hacía únicamente en brotes y a los adultos les costaba la vacunación contra esta enfermedad).
- 6) Impulsar el cumplimiento de los indicadores de excelencia del PAI (coberturas sobre el 95%).
- 7) Promocionar la vacunación como un derecho.
- 8) Desmitificar que la vacunación es solamente para mujeres y niños.

En 1998 fue creada la Ley de Vacunas, mediante la cual se le asignaba al PAI 360.000 unidades de valor constante (UVC) que, aproximadamente, sumaban un monto de 1'141.000 dólares. Sin embargo, estos fondos fueron insuficientes ante la compra de vacunas de segunda generación. Por ello, en el año 2000 se realiza la reforma a la Ley. Ello ha ayudado a que se le asigne al PAI el monto necesario para sostener las vacunas del programa regular y ha permitido la introducción de nuevas vacunas.

Con la gestión permanente del PAI en todos los niveles, se ha logrado mejorar tanto los indicadores de vacunación en general, como los de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en particular.

Historia del inicio del PAI

Aprobado por los niveles de decisión del MSP, el PAI se constituyó en diciembre de 1976. Así, el Ecuador se convirtió en el primer país latinoamericano en implementar este programa y en aplicar las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Plan Decenal de Salud para las Américas.

Para dar inicio al PAI se eligieron como áreas piloto o demostrativas las provincias de Pichincha, Manabí, Carchi e Imbabura. Posteriormente y en forma progresiva, el programa se amplió hacia las demás provincias, hasta que en 1982 se alcanzó a todo el país siguiendo las normas técnico-administrativas elaboradas por el PAI.

A partir de 1978 y 1979, se inició la implementación del carné de vacunación como instrumento para el control de vacunas y dosis recibidas por los niños menores de cinco años, y por las gestantes en zonas consideradas endémicas para el tétanos. Este instrumento fue, asimismo, utilizado como elemento de motivación para que las madres participen en el seguimiento del calendario de vacunación.

El eje integrador y conductor del PAI a nivel nacional fue la motivación permanente al equipo de salud. Destacándose la importancia del rol individual y colectivo, se estimuló el desempeño y participación de este colectivo de recursos humanos.

A continuación se describen cada una de las fases de implementación del PAI.

Definición clara de los objetivos y metas por alcanzarse

Sobre la base de la declaración de la vacunación como derecho universal, se estimó que el 100% de grupos específicos tiene derecho a recibir esta prestación.

Identificación de la población objeto

Esta identificación se realizó en cada unidad de salud (programación local).

Normalización del esquema de vacunación e intervalo entre dosis

El PAI inició su calendario con las seis enfermedades básicas establecidas por la OMS: meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar en menores de cinco años (BCG), difteria, pertussis y tétanos (DPT), poliomielitis (OPV) y sarampión (ASP).

Definición de la fase de arranque y mantenimiento del programa de vacunación a mujeres en edad fértil para prevenir el tétanos neonatal

Definición de las estrategias de vacunación

Estas estrategias se establecieron sobre la base de la complejidad que presentan las comunidades para el acceso a la vacunación. A partir de esa definición, se recurrió a “miniconcentraciones” donde se instaló un puesto de vacunación. Previa comunicación y programación, la vecindad acudía a este puesto. En aquellas localidades muy dispersas con menor capacidad de comunicación social, se recurrió al uso de brigadas para vacunación “casa a casa”. Las “campañas” en el nivel local y nacional para recuperar coberturas se aplican para sustentar la eliminación y erradicación de enfermedades.

El PAI destaca la importancia de la visita domiciliar por sectores como medio para lograr el acercamiento a las familias de la zona y conocer sus problemas de salud, nutrición, higiene y saneamiento ambiental, a fin de canalizar oportunamente las acciones resolutorias de acuerdo a las competencias institucionales y extrainstitucionales. Sobre decir que, en virtud de lo expuesto, el personal encargado de la vacunación maneja en forma expedita esta técnica utilizada en salud pública.

Organización y funcionamiento de la cadena de frío por niveles

Al comienzo, esta cadena fue organizada según niveles administrativos, contando con un banco nacional, bancos provinciales y cantorales, y dotando a los centros, subcentros y puestos de salud de los termos y equipos frigoríficos indispensables para que los biológicos mantengan la potencia necesaria y sean capaces de crear en el organismo la protección esperada.

El personal responsable de estas actividades fue seleccionado y capacitado para el manejo de un estricto control en la recepción y entrega de vacunas y otros suministros afines. Este personal tenía a su cargo la tarea de reportar las novedades que se registraban, sobre todo en relación con la suspensión circunstancial de la corriente eléctrica, que podía atentar contra la efectividad de las vacunas.

Con la introducción de nuevas vacunas, se hacía imperiosa la necesidad de ampliar la capacidad de almacenaje en todos los niveles, para lo cual se gestiona la creación de dos bancos subregionales en Cuenca y en Ambato, la adquisición de 10 generadores y la de 10 cuartos fríos para la red mayor. Esto se realiza con el aporte del Banco Mundial. A través del Gran Ducado de Luxemburgo, se logra la donación de 2.000 congeladoras, 2.000 refrigeradoras y 5.000 termos. Como resultado, actualmente se cuenta con una red suficiente.

Capacitación del personal

El PAI siempre consideró que el recurso humano constituye el elemento de mayor importancia dentro de la estructura: en gran medida, de él depende la generación y desarrollo de las acciones y los resultados que se busca obtener. Cada persona aporta sus conocimientos, habilidades, actitudes, sentimientos, intereses y motivaciones al quehacer diario de su trabajo. Al inicio, se impulsó la capacitación interdisciplinaria del equipo de salud con miras a lograr un desempeño eficiente, utilizando la metodología de auto instrucción. Para tales efectos, la OPS/OMS elaboró seis módulos de enseñanza-aprendizaje, en los que se inducían las orientaciones técnicas y se compartían experiencias locales en trabajos de grupo multidisciplinarios.

La adopción de esta metodología permitió capacitar a todo el personal involucrado en el programa (entre otros, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e inspectores de salud del MSP). Posteriormente, la capacitación se extendió al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), al Seguro Social Campesino, al Servicio Médico del Municipio de Quito y a los docentes y estudiantes de las escuelas de enfermería de las diferentes universidades del país que cuentan con esta disciplina profesional.

La mayor motivación del personal se ha basado en la constatación de que con su trabajo se ha logrado que la enfermedad comience a desaparecer. Asimismo, la aparición de casos en comunidades donde la vacunación no ha registrado cobertura suficiente, se ha constituido como un indicador clave.

Comunicación social y educación en salud

Este componente, que acompaña a toda acción de salud, fue incorporado al PAI como un conjunto de actividades tendientes a lograr que la comunidad acepte la vacunación y a promover

cambios en el modo de pensar, sentir y actuar de los individuos frente a las enfermedades transmisibles en los niños y frente al uso de los servicios de salud, destacándose la importancia de la vacunación. Los recursos humanos especializados en esta área desarrollaron en forma simultánea los contenidos y materiales educativos destinados a los distintos medios de comunicación social, personales o comunitarios, y al nivel operativo. El uso de materiales didácticos simplificados, elaborados a partir de los materiales de la zona, constituye un aspecto laudable. Adicionalmente, el equipo de salud fue capacitado en el manejo de contenidos y ayudas audiovisuales que se emplearon en los lugares de trabajo.

Trabajar con grupos de teatro locales fue una estrategia muy efectiva. A través del uso de marionetas, no sólo se incorporaban los contenidos sugeridos por el programa sino que también se agregaban el idioma local, los modismos y los acentos reconocidos por la comunidad. Mediante este tipo de estrategias compartidas para llevar a la práctica las acciones educativas, se consiguió cubrir a un mayor número de la población, y se permitió que los propios ciudadanos y ciudadanas adquieran experiencia participativa y robustezcan su compromiso frente a su propio desarrollo. En este aspecto, nuevamente, la cooperación internacional ha hecho grandes aportes financieros y en la propuesta comunicacional.

Si bien en los últimos años no ha existido un componente de información, educación y comunicación para promover la vacunación del programa regular, durante las campañas efectuadas se ha divulgado la importancia de la prevención para sostener la ausencia de enfermedades o para eliminarlas de nuestro medio. En esta tarea, se ha enfatizado el derecho de los niños y de la comunidad a la prevención y a la salud. Como resultado, se ha obtenido una respuesta favorable de la comunidad, expresada en las coberturas obtenidas en las campañas.

Supervisión y monitoreo

Las experiencias iniciales de las actividades de supervisión no fueron adecuadas. Su enfoque, centrado en la fiscalización y la sanción, respondía a conceptos antiguos según los cuales el supervisor es considerado como un superior que busca las fallas en el desempeño del supervisado para llamar su atención.

Poco a poco se ha ido promoviendo la supervisión como un proceso educativo, recíproco y permanente, regular y planificado, que permite desarrollar los conocimientos y la capacidad del personal, crear actitudes positivas y contribuir al funcionamiento de un programa y al fiel cumplimiento de sus objetivos.

La supervisión directa, como elemento básico para el desarrollo y mantenimiento del programa, tenía como función principal identificar y solucionar sobre el terreno los problemas técnicos y operativos que la supervisión indirecta no podía detectar. La supervisión indirecta, por su parte, fue ejercida por los niveles nacional, provincial y cantonal para controlar periódicamente el cumplimiento de las actividades a través del sistema de información, corregir las desviaciones de la norma o detectar faltas en el cumplimiento de las metas, y proponer acciones correctivas oportunas.

Más adelante, se elaboraron las llamadas “Guías de supervisión” desde el nivel nacional al provincial, y desde el nivel provincial al cantonal. Sin embargo, la falta de presupuesto dificultó el cumplimiento periódico de esta estrategia. No obstante, con el apoyo de la OPS/OMS, el uso de estas guías ha sido impulsado en todos los niveles.

Organización y gerencia

En los distintos niveles de la estructura del MSP, se establecieron coordinadores de programa. En su mayoría, éstos eran responsables de las

actividades de epidemiología y su función principal fue la de estimular y dirigir a los trabajadores del sistema hacia el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

En este ámbito, se destaca la función de liderazgo en varias provincias del país, donde el estilo participativo generaba una mayor satisfacción entre los trabajadores, una mayor motivación en el quehacer, una creciente participación y actitudes positivas frente a los cambios y exigencias de las estrategias empleadas localmente.

Con el advenimiento de la descentralización se abrió una oportunidad para mejorar el trabajo local a través de la constitución de equipos de salud que, progresivamente, han ido desarrollando competencias técnicas para actuar y resolver, con mayor prontitud, los problemas que se presentan en el nivel local. Esta oportunidad se ha reflejado también en el desarrollo de los aspectos gerenciales y de gestión del programa, y en el aumento de los esfuerzos de acción intersectorial y de participación comunitaria en las provincias. Para estos efectos, la rectoría del MSP contó con el apoyo sustancial de la OPS/OMS, USAID, UNICEF, Club Rotario Internacional, y otras agencias de cooperación que contribuyeron traspasando competencias técnicas, donando equipamiento, y apoyando la comunicación social, la capacitación y la evaluación, entre otros componentes.

Los niveles directivos del programa tuvieron la oportunidad de ejercitar la gerencia desde la organización y coordinación de recursos disponibles para la ejecución eficaz y eficiente de las actividades bajo su responsabilidad. Esto facilitó la toma de decisiones para la consecución de biológicos, materiales y demás insumos. Como los elementos gerenciales son replicables en otras áreas de acción, se asume que las experiencias en tareas específicas sirvieron para el mejor desempeño administrativo y gerencial en general.

Las agencias de cooperación que apoyan al PAI, han establecido el Comité Interagencial que trabaja en base a un plan establecido por el PAI y a las prioridades definidas por cada agencia. Este Comité está integrado por las siguientes instituciones: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, Plan Internacional, Dirección General de Salud del MSP, PAI, Comunicación Social del MSP, MODERSA, CONASA, FFAA, Ministerio de Bienestar Social, Seguro Campesino, INNFA, Médicos sin Fronteras, Visión Mundial, entre otros. Todas estas instituciones proveen apoyo político, técnico y financiero.

Por otra parte, el Comité Nacional de Inmunizaciones fue organizado en el año 2004. Está integrado por las sociedades de pediatría y ginecología, el Club Rotario, las facultades de las Escuelas de Medicina, la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el Instituto Nacional de Higiene. En las reuniones de este Comité se analizan las decisiones técnicas del PAI y se permite la confluencia del conocimiento y la experiencia de distintos sectores para tomar decisiones con mayores niveles de consenso.

Una forma de plasmar las actividades anuales del PAI, es contar con un plan de acción anual por niveles, que permitiría monitorear su cumplimiento y reprogramar las actividades no realizadas.

Coordinación

Para integrar las acciones entre sus diferentes niveles y equipos de trabajo, el PAI estableció acercamientos sucesivos entre ellos. De igual modo se operó, aunque en menor escala, con otras instituciones del área de prestación de servicios e instancias formadoras de recursos humanos (como las escuelas de enfermería y los cursos de formación de auxiliares). A nivel local, también se incorporó a los maestros y líderes comunitarios formales e informales, con el objeto de contar con su participación en las

diferentes etapas del programa y en el desarrollo de estrategias locales.

La coordinación en sí misma no fue fácil. Fue necesario adaptarse a las circunstancias del momento y buscar oportunidades para hacerla posible.

Evaluación de resultados

La evaluación ha sido introducida como una herramienta de medición de procesos, resultados e impacto del programa. Actualmente se realizan evaluaciones nacionales, provinciales y locales. Además, la OPS/OMS realiza evaluaciones internacionales. En las evaluaciones nacionales o regionales, los responsables provinciales exponen los diferentes indicadores o aspectos relevantes del programa y, tras documentarse debidamente, exponen nuevos conceptos, avances y perspectivas. Así se consigue, entre otros resultados, estandarizar algunos conceptos.

Al respecto, se debe destacar que los siguientes indicadores del programa no sólo se han estandarizado a nivel nacional, sino que forman parte de monitoreos y evaluaciones internacionales: coberturas de vacunas, tasas de abandono o deserción, tasa de notificación de sospechosos de enfermedades específicas, porcentaje de casos con investigación epidemiológica oportuna, porcentaje de envío de muestras a laboratorio en tiempo oportuno, y porcentaje de resultados de laboratorio oportuno, entre otros más.

Vigilancia epidemiológica

Considerando que la red de servicios no ofertaba una competencia adecuada que permitiera el desempeño efectivo para el control de las enfermedades, se constituyó un equipo de epidemiólogos en el nivel central que, apoyado por la OPS/OMS, se desplazaba a los diferentes puntos geográficos que reportaban

un posible caso de enfermedades prevenibles por vacuna (especialmente de aquellas sujetas a erradicación, como la polio y el sarampión). En estas circunstancias, el epidemiólogo orientaba todo el proceso de vigilancia y control de la enfermedad y la información que obtenía era remitida a un centro de acopio de datos en el nivel central. (Dicho sea de paso, en la vigilancia epidemiológica para la erradicación de la polio, el aporte de la red de rotarios fue sustancial para la interrupción de la circulación del poliovirus).

Junto al fortalecimiento de la descentralización, el equipo de salud local fue desarrollando competencias en las provincias y en las áreas de salud, para que desde estos niveles se pueda responder en forma inmediata frente a la aparición de casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles. Como producto de la formación y capacitación de epidemiólogos por otras áreas del MSP, se ha potenciado el manejo adecuado de los casos. Ello ha permitido que desde el nivel local o provincial se puedan detectar, contar y analizar los casos, observar su comportamiento en el tiempo, identificar los grupos de población afectados, realizar acciones apropiadas para el caso presentado y la comunidad afectada, notificar inmediatamente al nivel superior e informar a la comunidad.

La disminución progresiva y constante de las tasas de morbilidad y mortalidad son causa directa de las coberturas de vacunación alcanzadas y de la eficacia de las vacunas. En este aspecto, la presencia y aporte del Instituto Nacional de Higiene en toda la red territorial ha representado un soporte vital para el diagnóstico diferencial y la identificación de los agentes que producen las enfermedades inmunoprevenibles. Fortaleciendo la descentralización y permitiendo un acceso más rápido al diagnóstico de sarampión, se ha delegado este procedimiento a una red provincial que tiene como referente al INH Quito. En el ámbito del cultivo e identificación de los agentes, el INH Guayas, por su parte, constituye un referente para el país.

En el caso de polio, el referente es el laboratorio internacional de la red de laboratorios de polio de la región de las Américas que, para Ecuador, corresponde a Colombia.

Sistema de información

Partiendo de necesidades específicas de información, una vez que fueron revisadas las normas de vacunación, el PAI promovió talleres multidisciplinarios con la participación de los diferentes niveles. Esto permitió modificar los instrumentos utilizados en la recolección de información, destacando su valor tanto para el análisis preliminar de los datos como para realizar investigaciones epidemiológicas, tomar decisiones y proceder a la retroalimentación del proceso.

El personal responsable del área de estadística en las distintas unidades de salud fue participante de este proceso de cambio. Así, el pilar del desarrollo de un sistema que sirve a toda la red nacional de información del MSP, se basó en el trabajo sistemático del personal de enfermería que actuaba en la fuente primaria de datos, tanto en la captación como en la supervisión.

Como un principio de control de gestión de las unidades de salud, se definió que los datos serían concentrados por área de salud (unidades ejecutoras). A cada área se le asigna una población por vacunarse y, sobre esta base, se estiman las coberturas de vacunación.

Uno de los principales problemas detectados es la diferencia de datos de vacunados en los diferentes niveles. A ello se sumó el retraso de más de cinco meses en la disponibilidad de la información a nivel nacional. Pero gracias a los esfuerzos para solucionar estos problemas, en la actualidad sólo existe un retraso de dos meses en la información. Adicionalmente, se ha emprendido el mejoramiento de la calidad del dato.

Adicionalmente, además del sistema implementado hasta hoy (que funciona por unidades de gestión) es imperativo agregar información a fin de identificar poblaciones por zona geográfica específica.

Evaluación de la administración y funcionamiento del PAI

La OPS/OMS realizó una evaluación internacional del PAI con el uso de una metodología estandarizada de encuestas. En este proceso participaron funcionarios internacionales de agencias de cooperación, jefes del PAI de otros países y personal seleccionado de las diferentes áreas técnicas del MSP. Este equipo internacional y multidisciplinario realizó la primera evaluación internacional del programa en 1981. Desde el punto de vista administrativo interesaba conocer, entre otros aspectos: cuál era la estructura del MSP; cuál era la posición del PAI en esta estructura; cómo se habían establecido la dirección del PAI y la línea de comando en el país; si había o no coordinación entre las dependencias que intervinieron en el programa; si el PAI disponía de los recursos humanos suficientes para cumplir con sus objetivos; si los recursos humanos estaban capacitados para el cumplimiento de las funciones y actividades; y, cuáles eran las áreas de dificultad política, técnica, económica y operativa para el funcionamiento del programa.

Las conclusiones y recomendaciones producidas por esta asesoría se convirtieron en retroalimentación para el desarrollo futuro del PAI. Esta evaluación se repitió en 1998 y en el 2006.

Impacto en la salud pública nacional

Como se puede observar en el cuadro 1, la evolución de las coberturas de vacunación durante los últimos 30 años en el país ha sido progresiva. La década del noventa constituye

Cuadro 1

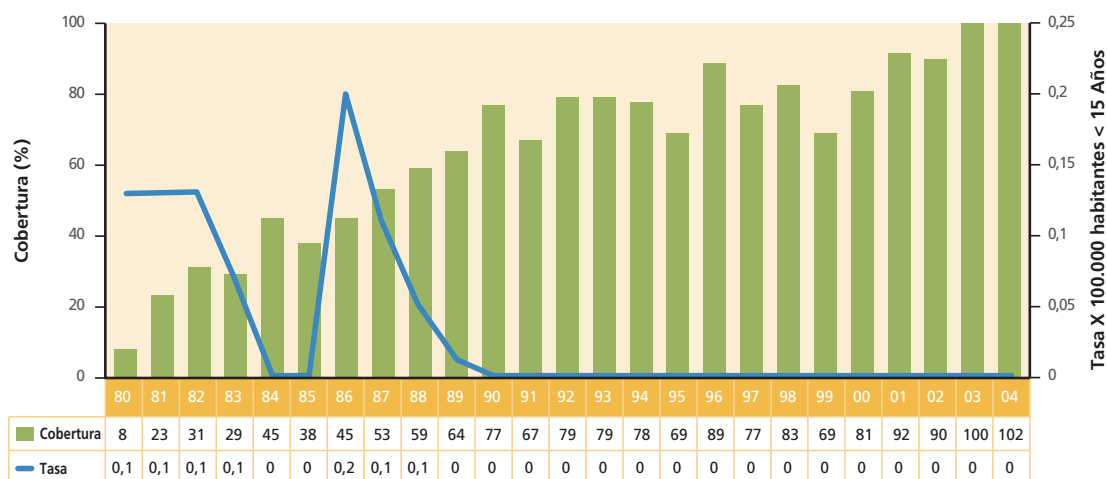
Coberturas de vacunación en menores de un año Ecuador (1974-2004)

Año	BCG	DPT3	PENTA3	OPV3	AS	SRP
1974	56	28		19	9	
1975	4	7		16	3	
1976	6	3		2	2	
1977	100	76		77	75	
1978	42	16		16	29	
1979	42	9		11	21	
1980	76	10		19	24	
1981	82	26		27	31	
1982	100	35		35	45	
1983	85	31		32	34	
1984	100	48		47	54	
1985	100	41		39	51	
1986	94	44		44	50	
1987	85	51		51	47	
1988	86	54		58	53	
1989	91	55		64	57	
1990	89	68		67	60	
1991	82	59		61	54	
1992	100	87		86	69	
1993	100	76		79	73	
1994	100	80		78	72	
1995	100	74		69	73	
1996	100	88		89	79	
1997	100	76		77	75	
1998	98	85		83	89	
1999	101	80		69	74	105
2000	113	89		81	54	60
2001	121	90		92		117
2002	117	89		90		80
2003	100		89	100		100
2004	113		90	90		99

DPT3: difteria, *pertussis*, tétanos, tercera dosis
Penta: difteria, *pertussis*, tétanos, *haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B.
Se introdujo al PAI en el año 2003
OPV: antipoliomielítica oral, tercera dosis
AS: antisarampión
SRP: sarampión, rubéola y paperas. Se introdujo al PAI en el año 1999

Gráfico 1

Incidencia de polio y coberturas de vacunación con OPV3 en menores de 1 año. Ecuador (1980-2004)



Fuente y elaboración: PESS, MSP

un hito: las coberturas de DPT y antisarampión (AS) comienzan a mostrar cifras que, de manera sostenida, superan el 50%. Como estrategia para conseguir un mayor impacto, paralelamente se realizaron campañas masivas de vacunación consiguiendo cifras mucho más altas. De ahí que se haya logrado bajar la incidencia de las enfermedades.

Caber destacar que los días nacionales de vacunación antipolio lograron consolidar el proceso de erradicación de la polio en el país. Por otra parte, también es importante señalar que en 1999 se integró la vacuna sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y en el 2003 la vacuna pentavalente (difteria, tétanos, *pertussis*, *haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B).

Situación de las enfermedades prevenibles por vacunación

Hace unos años, enfermedades como el sarampión, la tos ferina y la difteria aparecían entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil. No obstante, a medida que la vacunación pasó de la fase de control de brotes

a la de consolidación del programa, el impacto comenzó a ser más evidente.

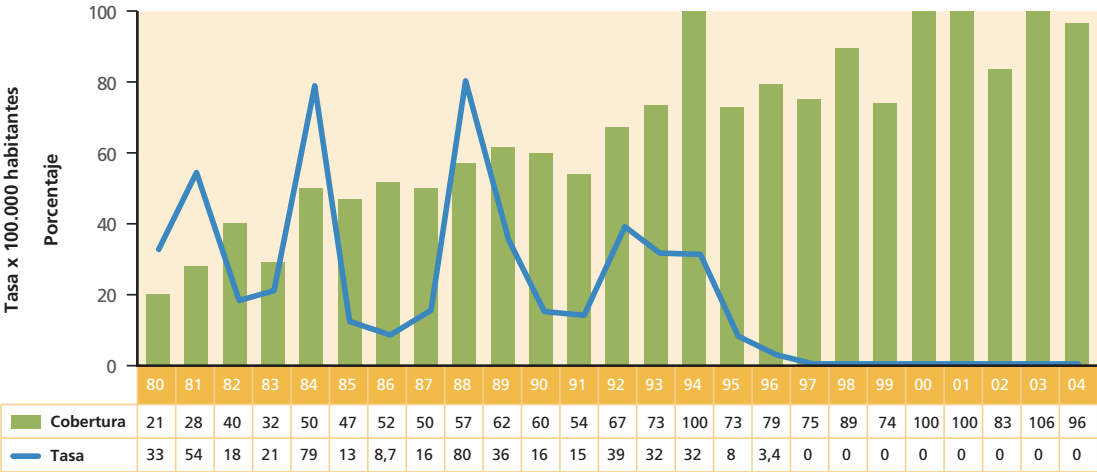
Tras la alianza entre los países para alcanzar la interrupción de la circulación del poliovirus, la eliminación de la poliomielitis es una de las primeras metas logradas: 1990 fue el último año en que se presentaron casos en el país.

En cuanto al sarampión, las exitosas campañas de puesta al día implementadas en 1994 tuvieron una cobertura del 100% en los menores de 15 años. En 1998, las dos campañas de seguimiento tuvieron coberturas superiores al 95% para menores de cinco años. Y en el 2002, la revacunación a menores de 15 años sirvió para que el virus dejara de circular. Con las campañas del 2002 y 2004, dirigidas a la población de 16 a 39 años, se consolidó la erradicación del sarampión.

En lo que se refiere a la rubéola, su erradicación se inició conjuntamente con la consolidación de la erradicación del sarampión. Asimismo, la vigilancia de ambas enfermedades ha sido conjunta. La circulación del virus rubéola se interrumpió, fundamentalmente, por el impacto

Gráfico 2

Incidencia de sarampión y coberturas con vacuna AS/SRP. Ecuador (1980-2004)



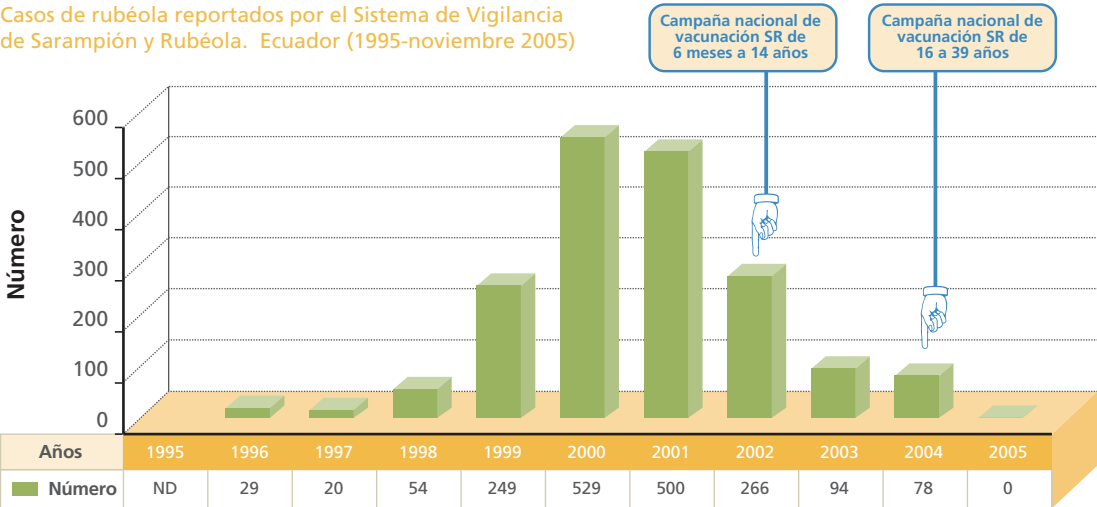
Fuente y elaboración: PAI, MSP

de la campaña de vacunación sarampión rubéola (SR) realizada a niños y niñas de 6 meses a 14 años en el año 2002 y, posteriormente, a hombres y mujeres de 15 a 39 años en el 2004. Como resultado, se lograron coberturas óptimas (de 95% y más) en ambos eventos.

El impacto de la intervención quedó demostrado con la ausencia de casos registrada después de la segunda jornada de vacunación a fines del 2004 y en la posterior ausencia de casos. Con esta estrategia también se persigue eliminar el síndrome de rubéola congénita (SRC).

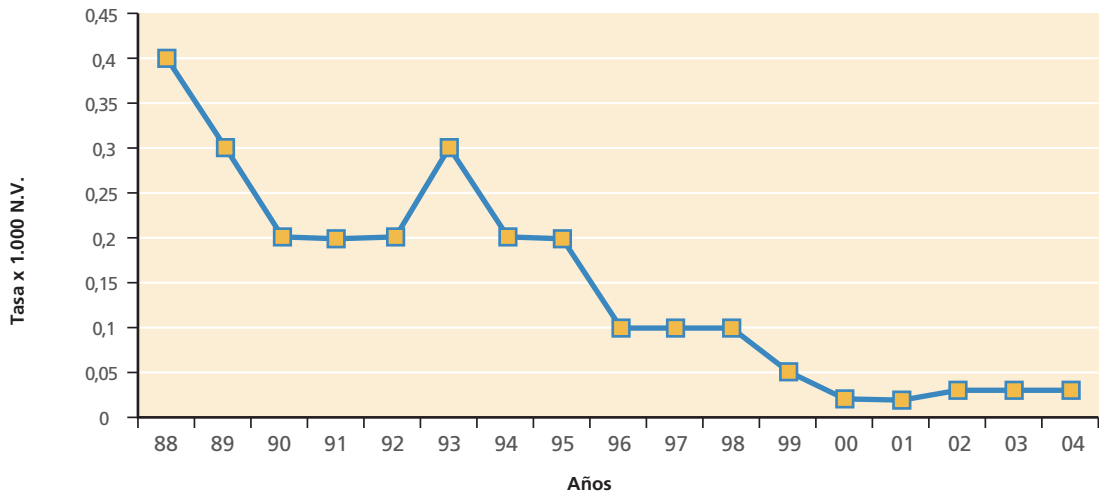
Gráfico 3

Casos de rubéola reportados por el Sistema de Vigilancia de Sarampión y Rubéola. Ecuador (1995-noviembre 2005)



Fuente: MESS

Gráfico 4
Tasa de incidencia de tétanos neonatal. Ecuador (1988-2004)



Fuente y elaboración: MSP

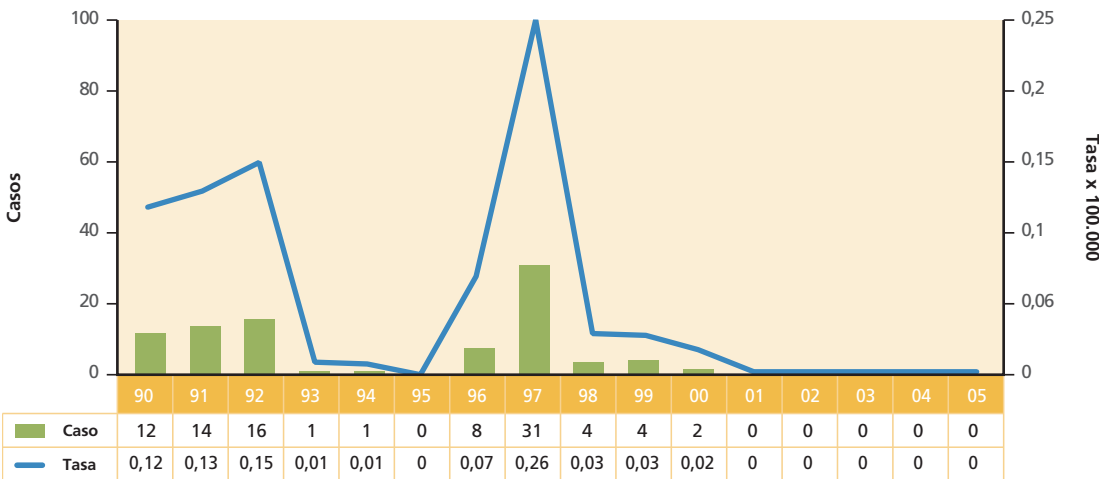
A la luz de estos resultados, el Ecuador aparece como país pionero en la subregión andina, constituyéndose como un ícono para el resto de los países.

ha disminuido notoriamente, observándose el impacto de las acciones especialmente en 1990, 1997, 1999 (años en los que se aplicaron millones de dosis en áreas de riesgo).

El tétanos neonatal (TNN) también ha dejado de constituir un problema de salud pública nacional. Con la aplicación de la vacuna DT su incidencia

En la actualidad, la vigilancia epidemiológica es un desafío para el programa pues cada vez los casos son más esporádicos.

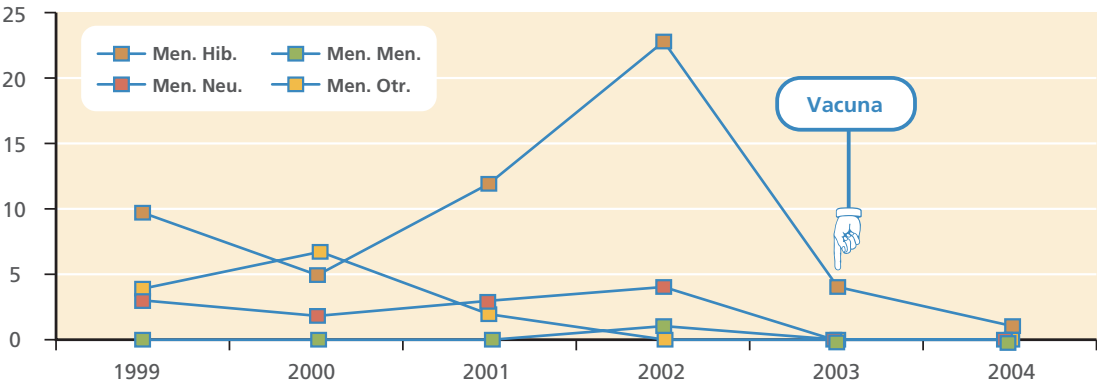
Gráfico 5
Número de casos y tasas de incidencia de fiebre amarilla. Ecuador (1990-agosto 2005)



Fuente y elaboración: PAI, MSP

Gráfico 6

Tendencia de meningitis bacterianas agudas según agente aislado, VE centinela MBA. Guayaquil (1999-2004)



Fuente y elaboración: MSP

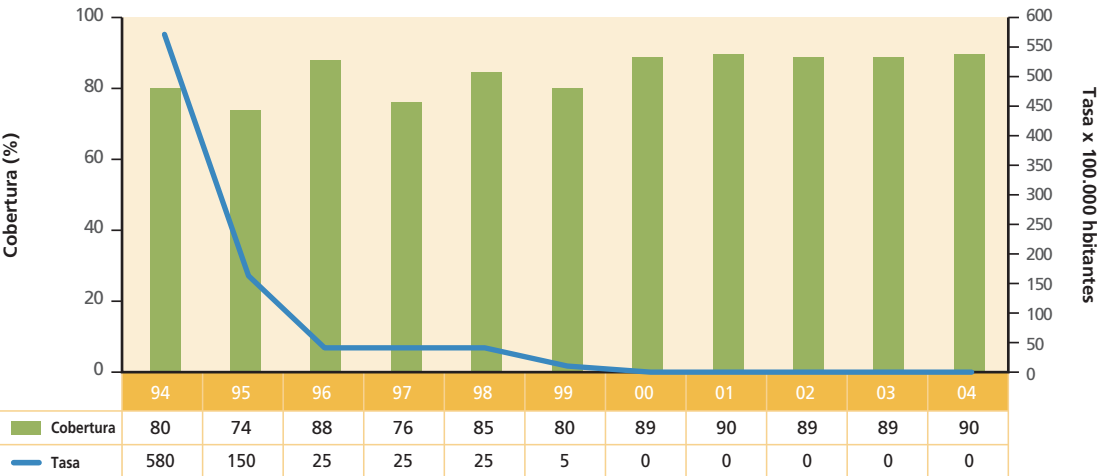
En cuanto a la fiebre amarilla, la vacuna se introdujo en el esquema del PAI en 1999. Hasta entonces, era utilizada solamente para el control de brotes. El sostenimiento de altas coberturas en el grupo de 12 a 23 meses, las campañas emprendidas especialmente en el 2005 en las zonas enzoóticas y la provisión de vacunas para viajeros de zonas no enzoóticas a zonas enzoóticas, ha permitido mantener la ausencia

de casos en el país. El último caso fue registrado en el año 2000.

Para controlar la meningitis bacteriana y la neumonía bacteriana, en 1999 se inició la vigilancia centinela de la meningitis bacteriana aguda (MBA) y de las neumonías bacterianas agudas (NBA) en Guayaquil. En el 2003, se introdujo la vacuna pentavalente en el esquema

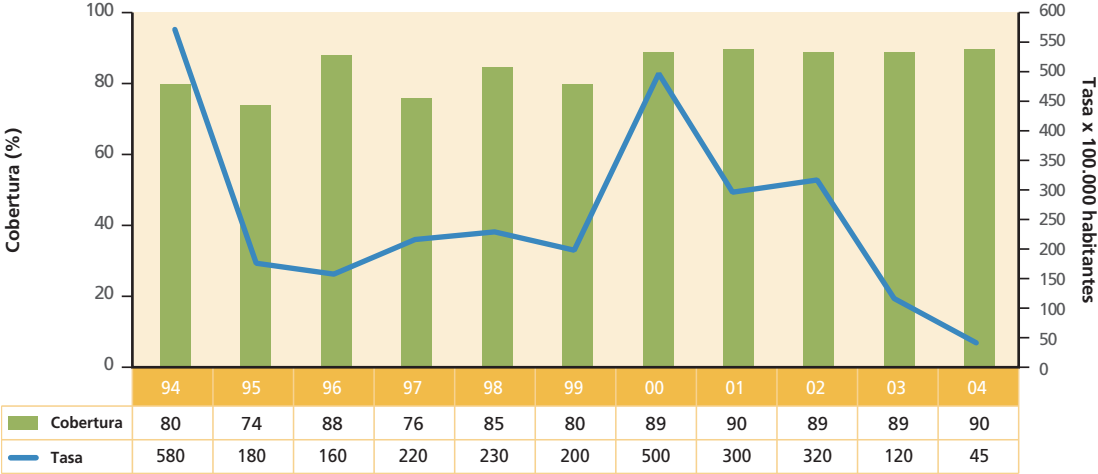
Gráfico 7

Incidencia de difteria y coberturas de vacunación con DPT3 en menores de 1 año. Ecuador (1994-2004*)



Fuente y elaboración: PESS, MSP

Gráfico 8
Incidencia de tos ferina y coberturas de vacunación con DPT3 en menores de 1 año. Ecuador (1994-2004)



Fuente y elaboración: PAI, MSP

regular del PAI, y a partir de entonces (con el control de laboratorio del Instituto Izquierda Pérez de Guayaquil), se ha observado que la incidencia de MBA y NBA producidas por *hemophilus influenzae* tipo b disminuye.

En cuanto a la difteria, con el aumento de las coberturas de DPT en los menores de un año antes de 2003, y luego de la aplicación de la vacuna pentavalente después de ese año, se ha logrado la ausencia de casos. El último brote data de 1999. No obstante, los refuerzos en los niños de 1 a 4 años han disminuido, por lo que se recomienda a los niveles locales el cumplimiento de las normas.

Dentro de la misión del PAI, se pretende mantener bajas las tasas de incidencia la tos ferina, una de las enfermedades endémicas. La vacuna tiene una eficacia aproximada de 80% con la tercera dosis y su impacto es evidente: la mortalidad y la morbilidad han disminuido notoriamente. De acuerdo a la epidemiología, se espera que se presenten casos esporádicos ya que la protección se consigue con las 3 dosis y, en condiciones óptimas, se logra a los 6 meses

cuando se han administrado las 3 dosis según el calendario. Sin embargo, el niño es susceptible a partir de los 15 días de vida.

Conclusiones

Los progresos del MSP a través del PAI en el control de enfermedades prevenibles por vacuna, constituyen una muestra del esfuerzo de miles de personas que se empeñan cada día por mantener las coberturas de vacunación en niveles adecuados. Tras los esfuerzos por impedir la circulación de los virus o bacterias específicos de las enfermedades objeto del PAI, se han conseguido estos resultados: 15 años sin polio, 8 años sin sarampión, 5 años sin difteria y una reducción significativa del tétanos neonatal y la tos ferina.

El MSP ha establecido políticas de vacunación que, una vez institucionalizadas en el presupuesto del Estado, han permitido que el país dependa menos de la cooperación externa. La red nacional de servicios desarrollada ha permitido alcanzar la meta de vacunación establecida en

Alma Ata. Pese a la falta de infraestructura de servicios en muchas comunidades, la cobertura de vacunación se ha extendido significativamente.

La implementación del PAI, en todos sus componentes, generó una metodología de trabajo que desarrolló competencias de atención primaria entre el personal de salud. Estas competencias fueron aplicadas a otras acciones. La educación sobre prevención con vacunación ha constituido una importante contribución al logro de las coberturas de esta prestación.

Como balance global, el país ha liderado el cumplimiento del acuerdo de la asamblea de la OPS/OMS sobre la interrupción de la circulación del poliovirus, la erradicación del sarampión y la erradicación de la rubéola y el SRC para el año 2010.

Perspectivas

En la sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas se fijó la siguiente meta para el año 2010: asegurar 90% de cobertura nacional con el mínimo de 80% en cada distrito (o unidad administrativa equivalente) de inmunización entre los niños menores de 1 año y eliminar la deficiencia de vitamina A. El cumplimiento de esta meta demandará del PAI grandes esfuerzos para mejorar la calidad de la información en las comunidades, monitorear cada una de ellas y establecer prioridades de población de mayor riesgo (tanto por dificultades en el acceso a la atención, condiciones de pobreza o estado nutricional).

El sistema de información requerido permitirá estimar el riesgo que enfrentan las poblaciones y hará posible que los niveles gerenciales tomen decisiones locales apropiadas para priorizar la vacunación.

Pese a los grandes avances en materia de impacto en la morbilidad y mortalidad infantil debidas a enfermedades prevenibles por vacuna, es imperativo profundizar la educación en salud de la población para fortalecer el derecho, pero también el deber y la responsabilidad de ejercerlo.

A pesar del aumento de las coberturas a nivel nacional y provincial, se exige su homogenización en las áreas de salud y en las unidades operativas. La meta en los próximos años es tener el 80% de las áreas con coberturas superiores al 95%.

Sobre la base de los desafíos establecidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el PAI aún puede hacer grandes aportes a la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil con la incorporación de nuevas vacunas (como rotavirus, influenza a grupos de riesgo, neumocócica, entre otras).

El fortalecimiento de la participación comunitaria debe superar la convocatoria a la comunidad para actividades puntuales de campañas, y ser extendida al análisis de la situación de salud de la comunidad y a la presencia activa en la toma de decisiones. De ello dependen la oportunidad de las acciones y la efectividad de las estrategias tanto en el acceso a la vacunación como en la vigilancia epidemiológica y el fortalecimiento de la responsabilidad ciudadana.

La coordinación con el sector privado en cuanto a información de vacunación y vigilancia epidemiológica es otro de los desafíos del PAI.

Por último, el fortalecimiento de la vigilancia en todo el sistema de salud demandará un abordaje interprogramático con el Proceso de Epidemiología y otros programas del MSP.

La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la salud. La visión del Ministerio de Salud Pública

Mario Paredes Suárez^{*1}

Ramiro López Pulles^{*2}

Guillermo Fuenmayor Flor^{*3}

Desde finales de la década del setenta, los organismos internacionales especializados en salud identificaron algunas áreas extremadamente débiles que contribuían al escaso desarrollo de los sistemas de atención de la salud. Una de estas áreas fue la investigación y el desarrollo científico y tecnológico.

La ciencia y la tecnología son difíciles de separar. La ciencia (saber por qué) y la técnica (saber hacer) se han potenciado y fecundado mutuamente a lo largo de la historia. La actividad técnica, muchas veces empírica, ha proporcionado instrumentos de observación, experiencias y argumentos útiles para edificar el conocimiento científico. A su vez, la aplicación del conocimiento científico ha posibilitado el desarrollo de la técnica, convirtiéndose en el factor más importante de la producción económica.

El desarrollo científico y tecnológico ha tenido un papel fundamental en las transformaciones sociales. No solo ha cambiado las condiciones materiales de vida de la población, sino la propia organización de las instituciones, así como los valores y las creencias de la humanidad. El desarrollo tecnológico ha producido transformaciones culturales irreversibles.

En Ecuador, el desarrollo de la ciencia y la tecnología ha sido débil, en comparación al alcanzado por países vecinos. Muestra de ello es que las publicaciones científicas nacionales en 1994, según el *Science Citation Index*, tan solo constituyeron el 0,019% de la producción mundial. Como parte de esta tendencia, las patentes otorgadas por el país entre 1981 y 1985 llegaron a 67, frente a la tendencia regional que había llegado a 148 (Quevedo, 1996).

La investigación todavía no es un factor significativo, ni en el plano cultural ni en el productivo, en nuestro país. Esto se relaciona con la escasez de recursos destinados a la ciencia y la tecnología, y con la limitada valoración social, política y económica de estas actividades. La consecuencia directa de esta condición es que el Ecuador no cuenta con un verdadero sistema nacional de ciencia y tecnología, y tampoco con uno de innovación tecnológica (Quevedo, 1996).

En el cuadro 1 se compara la inversión que se realiza en Ecuador en ciencia y tecnología, con la efectuada en otros países latinoamericanos y con el promedio del gasto de la región.

*1. Director nacional, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)

*2. Funcionario, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)

*3. Funcionario, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)

Cuadro 1

Gasto en ciencia y tecnología por número de investigadores. América Latina (2005)

País	Gasto en CyT (millones de dólares)	Gasto en CyT (porcentaje del PIB)	Número de investigadores
Bolivia	120	0,26	1.200
Brasil	13.564	1,04	77.822
Ecuador	15	0,07	2.261
América Latina y El Caribe	10.763	0,64	248.109

Fuente: RICYT (2005)

Ecuador tiene el menor gasto en ciencia y tecnología si lo comparamos con cualquier país de Latinoamérica. En consecuencia, también su gasto como porcentaje del PIB es el más bajo. E incluso, el número de investigadores casi duplica al de Bolivia, lo que implica que el monto a distribuirse para la inversión en investigación según número de investigadores es mucho menor.

El problema planteado tiene varias explicaciones. Entre otros factores determinantes, se pueden señalar los siguientes:

— *Geográfico físico.* Las actividades económicas primarias se basan en tecnologías tradicionales sin visos de innovación. Esto ha propiciado el aislamiento frente al mundo exterior y entre las propias provincias del país, lo que ha dificultado el desarrollo de la infraestructura física y de comunicaciones.

— *Histórico-político.* La creación de una sociedad diferenciada que lenta y difícilmente se va superando con el acceso a la educación y la mayor igualdad de oportunidades. Históricamente, la generación del conocimiento correspondió a grupos privilegiados, por tanto, la actividad científica y tecnológica tuvo un carácter individual ajeno a la actividad económica y a las necesidades de las grandes masas de la población.

— *Sistema productivo.* El grado de desarrollo de la producción sigue siendo limitado a pesar de ciertos logros específicos. La tecnología de vanguardia ha tenido un mínimo desarrollo y se ha orientada a la etapa de explotación. A esto se ha añadido el creciente criterio del riesgo nacional, lo cual ha frenado el ingreso de capitales extranjeros frescos que inyecten recursos para lograr un desarrollo sostenido y, por ende, la aplicación del avance tecnológico actual.

Se puede añadir que la limitación del mercado interno, la falta de competitividad y la ausencia de un mejoramiento de la calidad y el precio de los productos, han determinado la existencia de unidades de producción cautivas y con poco desarrollo. Las consecuencias se observan en el escaso crecimiento de la industria media y de gran envergadura.

— *Sistema educativo.* En los últimos años, asistimos a dos fenómenos paralelos. Por un lado, el reconocimiento de las falencias de la universidad y la necesidad de cambiarla. (CONUEP, 1993-1994, SENACYT, FUNDACYT, 1996).

El segundo hecho a destacarse es la proliferación de nuevas universidades privadas que tienden a dar ágiles respuestas a las demandas de formación de jóvenes y a los requerimientos de ciertas ramas del sector productivo. Sin embargo, el compromiso de estas nuevas instituciones con la

Cuadro 2

El camino recorrido por el MSP (1974-2005)

1945. Se crea el Instituto de Nutrición (Decreto Legislativo No. 262) con el propósito de tratar el problema de la nutrición en forma integral.
1947. Se crea el Instituto Nacional de Nutrición (INNE) con apoyo político nacional y financiero internacional para organizar la investigación nutricional y la capacitación de recursos humanos.
1978. El Consejo Supremo de Gobierno crea el Instituto Nacional de Investigaciones Médico Sociales (IMS).
1979. Se integran el INNE y el IMS al MSP y se crea el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales (ININMS). El propósito es el de elaborar la política científica del MSP (Acuerdo Ministerial No. 2646).
1982. Parte del ININMS va al Instituto Inquieta Pérez, donde se desarrollan actividades relacionadas con los desórdenes del yodo, con el proyecto Bocio.

1986. Se crea el Instituto de Recursos Odontológicos del Área Andina (IROAA), con apoyo del Convenio Hipólito Unanue. Su propósito es el de desarrollar investigaciones y normalizar los servicios de estomatología.
1988. Se crea el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IDES) (Decreto 3822). Sus funciones son las de todos los institutos precedentes. Se asigna el 0,3% del presupuesto del MSP para su funcionamiento.
1998. Se reemplaza al IDES por el Instituto de Ciencia y Tecnología en Salud (ICT) (Acuerdo ministerial No. 83).
2003. Por la reforma de la estructura organizacional por procesos del MSP, el ICT pasa a ser parte del proceso de asesoría y a denominarse Proceso de Investigación y Desarrollo en Salud (PID).
2004. Se cambia la denominación anterior por Proceso de Ciencia y Tecnología, PC y T (SENRES 00172).

investigación tampoco es amplio y más bien se dirige a una capacitación rápida antes que a una formación sólida.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha hecho una importante contribución a la investigación científica en el país. En el cuadro 2 se reseña cronológicamente este aporte de la institución.

La preocupación estatal por crear un instituto de investigación en el área de la salud se revela en la cronología aquí presentada. En estos últimos 25 años, aproximadamente dentro de la producción científica del MSP se pueden destacar 65 trabajos de investigación. De ellos, sólo 17 versan sobre temas que no tienen que ver con nutrición, y más de la mitad abordan la temática nutricional desde diversos ángulos.

Líneas prioritarias de investigación

En 1999, el MSP estableció por primera vez una agenda prioritaria. Esta agenda se elaboró

a través de una consulta participativa a diversas instituciones, entre los que se contaban las Fuerzas Armadas, el IESS, la industria farmacéutica, municipios, la Policía Nacional, SOLCA, universidades, y diversas organizaciones no gubernamentales. En total fueron 957 instituciones las consultadas. Las líneas de investigación establecidas son las indicadas en el cuadro 3.

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS-Ecu)

En 1998, se inició el proyecto para la implementación de la biblioteca virtual en salud. Con apoyo de la OPS, el 9 de septiembre del 2002 se publica la página web y la primera publicación de la revista de salud *Comunicar*.

Desde el inicio de este proyecto hasta el año 2003, se abrieron siete centros cooperantes que ingresan y envían información regularmente para alimentar la base de datos de la biblioteca virtual. También se ha organizado la red de

Cuadro 3

Prioridades de investigación a nivel nacional por disciplinas. Quito (1999)*

Área de investigación	No.	%
Medicina preventiva, salud pública y epidemiología	79	26
Ciencias clínicas y medicina interna	56	19
Otras especialidades médicas y no médicas	54	18
Cirugía	38	13
Microbiología patología	20	7
Ciencias de la nutrición	19	6
Farmacodinamia, farmacología	19	6
Psiquiatría	7	2
Toxicología	7	2
Medicina del trabajo	4	1
Total	300	100

* Según clasificación de disciplinas de la UNESCO
Fuente: ICT, MSP, FASBASE (1999)

información LILACS con cuatro centros de áreas. La misión de la biblioteca es contribuir al desarrollo de la salud a través de la promoción y utilización de información científico-técnica, ecuatoriana y mundial, garantizando la calidad y gratuidad de la misma.

El Proceso de Ciencia y Tecnología actual en el MSP

El Proceso de Ciencia y Tecnología ejerce la rectoría en investigación y desarrollo científico y tecnológico en salud en el Ecuador. Esta instancia cuenta con el apoyo de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) de la Fundación para la Ciencia y Tecnología (FUNDACYT), de la Comisión de la Ciencia y Tecnología (COMCYT) del Consejo Nacional de Salud (CONASA), del Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas (CONESUP), y otros organismos nacionales e internacionales. Su misión es contribuir al cumplimiento del derecho a la salud y calidad de vida de la población ecuatoriana.

La visión del Proceso de Ciencia y Tecnología es impulsar la investigación científico-tecnológica para sustentar la toma de decisiones.

En el cuadro 4 se sintetizan las áreas y productos esperados de la política de investigación del Proceso de Ciencia y Tecnología del MSP.

Durante el desarrollo del Instituto de Ciencia y Tecnología se fortalecieron ciertas actividades que aportan a la comunidad ecuatoriana. Entre éstas merece la pena destacar la capacitación de personal (con cuarto nivel de formación), la conformación de un equipo multidisciplinario y el fomento de la experiencia del personal.

Entre los obstáculos detectados, se puede mencionar la falta de liderazgo en el sector salud, las limitaciones financieras, la desmotivación del personal y la ausencia de un proceso de educación permanente.

Cuadro 4

Política de investigación del proceso de ciencia y tecnología del MSP. Ecuador (2005)

Áreas	Objetivos	Productos esperados
Investigación	Establecer políticas de investigación en ciencia y desarrollo tecnológico a través de redes locales y regionales para el desarrollo científico y tecnológico del país a mediano y largo plazo.	1. Fortalecer una red de investigadores en todas las provincias del país. 2. Fortalecer la Biblioteca Virtual en Salud en todo el país.
Gestión de la tecnología en salud	Desarrollar un modelo de gestión de tecnologías sanitarias orientado al mejoramiento de la salud individual y colectiva considerando su impacto técnico, económico, social y ético, sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados, en el corto y largo plazo. Establecer la política nacional en ética y bioética. Establecer lineamientos de ética y bioética en el sistema nacional de salud a corto y mediano plazo.	1. Implementar el sistema de evaluación de tecnología sanitaria en las unidades del MSP. 2. Capacitar en metodología (pre y postregistro), elaboración de informes técnicos, manejo de bases bibliográficas y <i>software</i> sobre evaluación de la tecnología en salud. 3. Organizar un programa interinstitucional para el desarrollo de la biotecnología y biología molecular. 4. Educar permanentemente al personal involucrado.
Lineamientos para ética y bioética	Establecer la política nacional en ética y bioética. Establecer lineamientos de ética y bioética en el sistema nacional de salud a corto y mediano plazo. Elaborar y establecer normas de ética y bioética como base fundamental en el ejercicio médico e investigación científica y tecnológica. Elaborar y establecer normas para la organización de comités de bioética a nivel nacional.	1. Formular políticas y normas de ética y bioética a nivel de unidades operativas del MSP. 2. Organizar comités de bioética en las unidades operativas de la red de salud a nivel nacional.
Mejoramiento y garantía de la calidad	Diseñar e implementar en el Proceso de Ciencia y Tecnología un sistema de gestión de calidad sobre la base de la norma ISO 9001-2000 que garantice calidad al proceso.	1. Implementar un sistema de gestión de calidad en el Proceso de Ciencia y Tecnología.

Bibliografía

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 1995 *Ecuador. Programa de Ciencia y Tecnología* (Washington DC: BID).

CONUEP 1983-1994 *Misión de la universidad ecuatoriana para el siglo XXI. Volúmenes 1-10* (Quito: CONUEP-MEC-EB-PRODEC-BIRB).

CYTED, RICYT, OEA, MERCOCYT 1995 *Indicadores de ciencia y tecnología* (Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes).

Instituto de Ciencia y Tecnología (ICT), Ministerio de Salud Pública (MSP), FASBASE 1999 *Prioridades de investigación en ciencia e innovación tecnológica en salud en el Ecuador* (Quito: MSP).

Ministerio de Salud Pública (MSP), ICT 2004 *Plan estratégico ICT* (Quito: Editorial).

Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IIDES) 1990 *Límites y posibilidades del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la salud* (Quito: OPS).

Paredes, Mario (editor) 2000 *Investigación y ética en biomedicina* (memoria) (Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina).

Quevedo, Carlos 1996 *Ciencia y tecnología en Ecuador 1993-1995* (Quito: SENACYT / FUNDACYT).

SENACYT, FUNDACYT 1996 *Políticas de ciencia y tecnología. I Plan Nacional de Investigación Científica y Tecnológica*. (Quito: SENACYT/FUNDACYT).

Suárez, José, Fabián Recalde y Rodrigo Yépez 2002 “El Instituto Nacional de Nutrición y su evolución” en OPS, OMS 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).

La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud Pública (1998-2000)

Edgar Rodas Andrade*

Antecedentes

En junio de 1998, por medio del Dr. Xavier Muñoz Chávez, recibí la sorpresiva llamada del presidente electo, Dr. Jamil Mahuad Witt, para “conversar sobre el Ministerio de Salud”. Pensé que entre las posibilidades de esta conversación, podría estar la propuesta para servir en este Ministerio. Luego de meditar profundamente, decidí que la única razón para aceptar la propuesta, si ésta llegaba a darse, sería la de servir a la salud del país en forma total, honorable y desinteresada. Al discutir la posibilidad con mis familiares y amigos íntimos llegué a la conclusión de que para cumplir con este objetivo, debían darse por lo menos tres condicionantes. Primero, que se dé la prioridad debida al campo de la salud en el país, a fin de que su Ministerio reciba la atención necesaria del presidente y el gobierno. Segundo, que yo tenga absoluta libertad para escoger a mis colaboradores sin injerencia de presiones de partidos y poderes políticos. Tercero, que tenga el respaldo suficiente para hacer cumplir el precepto constitucional de no interrumpir el funcionamiento de los servicios de salud y mantener mano firme contra los paros en este sector. Cuando me entrevisté con el presidente, me ofreció en forma muy directa el Ministerio de Salud. Me manifestó que era el primer ministro propuesto, ya que él consideraba la salud como una prioridad para el país y pensaba que yo podía servir a todos los ecuatorianos, en especial a los más pobres. Para ello, aseguró, yo tendría libertad absoluta para nombrar a mis colaboradores sin más consideraciones que su honorabilidad, eficiencia y capacidad. Luego,

me preguntó si me sentía fuerte para luchar contra los paros de salud. Como se puede ver, mis condicionantes se derrumbaron: no había tenido necesidad de expresarlos porque el presidente los había respondido antes de que yo los proponga.

Había conocido a Jamil Mahuad hace algunos años y había mantenido algunas conversaciones con él en dos o tres reuniones sociales. Pero no guardaba con él una amistad estrecha. No era de su partido político, ni había participado en la campaña. Mi único apoyo había sido mi voto en la segunda vuelta electoral. Pensé entonces que el único motivo del presidente era su convencimiento de que podía servir adecuadamente a la salud del país y sentí la obligación moral de aceptar este encargo.

En julio de 1998, el ministro de Salud Pública, Asdrúbal de la Torre, entregó al país un documento de extraordinaria importancia: *Rol del Estado. Políticas nacionales de salud y reforma constitucional*. Este documento había sido preparado en múltiples talleres, efectuados en distintas ciudades del país, con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), las universidades, organizaciones no gubernamentales (ONG), municipalidades, Fuerzas Armadas y muchas otras instituciones, con el asesoramiento de la OPS/OMS y varios actores de la cooperación internacional. El documento contenía, además, los preceptos constitucionales que se habían introducido en la nueva Constitución, gracias al esfuerzo del

* Ex ministro de Salud Pública del Ecuador

ministro y muchos funcionarios del Ministerio. En el último párrafo de la presentación del documento, el ministro de la Torre manifiesta: “Confiamos que el proceso iniciado encuentre la necesaria continuidad en las futuras gestiones gubernamentales, para que el Ecuador se proyecte con paso firme y horizonte definido hacia un futuro con salud y prosperidad”. Asdrúbal de la Torre tuvo la delicadeza y el acierto de entregarme este documento durante el acto público de entrega de mando. Como es lógico, me comprometí a continuar el camino trazado y actuar bajo las directrices de las políticas establecidas.

Menciono las circunstancias de mi nombramiento como ministro de Salud y la entrega de las leyes y políticas de salud por el ministro saliente, porque fueron claves para establecer y cumplir las prioridades durante mi servicio.

Prioridades establecidas

Las prioridades del MSP se establecieron bajo dos criterios fundamentales: la continuidad de los programas en marcha y la selección estricta del personal de colaboradores.

La continuidad de los programas es de extrema importancia. Nuestro país es muy inestable, se cambian los gobiernos antes de terminar su período y se cambian los ministros cada pocos meses o aún cada pocas semanas. Este cambio continuo se ve agravado porque generalmente cada nuevo gobierno, o lo que es peor cada nuevo ministro aún del mismo gobierno, trata

de establecer nuevas políticas y ejecutar nuevos programas, ignorando los de sus predecesores.

La selección del personal se hizo bajo estrictos criterios de capacidad, eficiencia y honorabilidad, manteniendo absoluta independencia de las presiones de partidos y dirigentes políticos tan usuales entre nosotros. Esta independencia pudo mantenerse gracias al apoyo del presidente y al cumplimiento de su promesa. Por lo demás, se mantuvieron en sus puestos a muchos funcionarios del anterior gobierno, tanto en la planta central como en diversas provincias.

Plan Nacional de Salud

Bajo los principios de la nueva Constitución y siguiendo lo establecido en las políticas de salud recibidas del gobierno anterior, se reestructuró el Plan Nacional de Salud, manteniendo siempre los programas existentes. Se consideró que esta reestructuración debía hacerse desde el nivel local y que debía atender los problemas de salud en forma integral e integrada a todas las facetas del desarrollo humano.

Priorizar el nivel local significa partir desde los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, no desde los escritorios del poder central, ni siquiera desde las capitales provinciales, sino desde los cantones, las parroquias y sus comunidades. En estos espacios deben recogerse las necesidades y sugerencias de la gente, de los ciudadanos comunes, para responder a ellas. Así se actuó en cada una de las provincias: se realizaron talleres con la participación de muchas comunidades, el

MSP visitaba todas las semanas las comunidades más aisladas de la Patria para recoger sus aspiraciones y necesidades. De esta manera se fue articulando el Plan Nacional de Salud 2000-2005.

En cuanto a la importancia concedida a la salud integral, hay que señalar que este concepto de la salud no se refiere solamente a la atención de los pacientes de todas las edades hasta su recuperación y rehabilitación, sino también y de manera especial, a la prevención de la enfermedad, a la promoción de la salud y a la garantía de equidad en el acceso a los servicios de salud. Dentro de la atención integral se pone énfasis a los programas de atención a la madre y al niño y a la atención de las enfermedades prevalentes que tanto afectaron sobre todo a las zonas tropicales del país. Junto a esto, cuando hablamos de salud integrada, queremos hacer énfasis en su relación con la educación, la alimentación, la vivienda, el trabajo y la producción, la comunicación y la recreación: la salud no puede ser considerada en forma aislada de las demás facetas del desarrollo.

En la comunidad andina de Simiatug, provincia de Bolívar, se dio una definición de salud que sintetiza lo hasta aquí manifestado: “Salud es la convivencia armónica del ser humano consigo mismo, con el medio ambiente y con los demás, tendiente al desarrollo integral, a la plenitud y a la paz espiritual individual y social”. Quizá esta definición coincide en el fondo con la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero me parece más poética y más humana.

El Sistema Nacional de Salud

Con políticas de salud definidas y un plan nacional establecido, el siguiente paso fue la constitución del Sistema Nacional de Salud. Se asentaron las bases del Sistema, se reorganizó el Consejo Nacional de Salud, se encomendó la presidencia al ex ministro de Salud, Asdrúbal de la Torre, y se realizaron varios talleres en distintas ciudades del país.

Desconcentración y descentralización

Casi todos los ecuatorianos coincidimos en que uno de los más serios problemas del país es la centralización. El poder se concentra en las manos de la burocracia central, la administración a distancia no permite la identificación de los problemas reales, las soluciones tardan en llegar debido a la lentitud de los trámites y se propicia la corrupción y las coimas para lograr el despacho de las solicitudes de las provincias. La administración descentralizada, al contrario, permite la identificación de los problemas, facilita la toma de decisiones, agiliza los procedimientos necesarios para su resolución y facilita la participación ciudadana y el control de la corrupción.

Para evitar la atomización del sector con la consecuente anarquía, se requiere la existencia de un solo plan de salud para todo el país y una autoridad fuerte que pueda mantener la unidad. Se necesita lo que se ha dado en llamar la rectoría del MSP.

Las ventajas de la descentralización son tan claras y los ejemplos mundiales sobre sus buenos resultados tan abundantes, que solamente quienes se benefician del poder centralizado se oponen a ella. Estos beneficiarios son la burocracia central y la dirigencia sindical, fuerzas poderosas que hasta ahora han sido un pesado lastre para la descentralización del Estado.

El primer paso hacia la descentralización es la desconcentración. Procedimos a la desconcentración administrativa y financiera en las áreas de salud y las unidades operativas. Efectivamente, los nombramientos del personal que antes dependían directamente del ministro o del subsecretario de Salud por delegación del ministro, pasaron a ser potestad de los jefes de área y de los directores de las unidades operativas. Los fondos de autogestión que antes ingresaban al fondo central, permanecieron en las unidades operativas y las transferencias se hicieron directamente del Ministerio de Finanzas a las áreas de salud. Este proceso de desconcentración se realizó en forma paulatina, luego de cursos de capacitación y según la preparación de las provincias. Para avanzar hacia un proceso de desconcentración, se realizaron convenios con algunos municipios del país. Pero desgraciadamente, la forma abrupta con la que terminó el gobierno impidió continuar con este proceso.

Relaciones internacionales

En esta época de globalización, es necesario fomentar las relaciones internacionales para aprovechar las experiencias y los conocimientos de organismos internacionales y de otros países

del mundo. Desde el MSP se mantuvieron excelentes relaciones con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), de quién recibimos una efectiva asesoría prácticamente en todos los campos de la salud. Toda consulta fue atendida oportunamente y las valiosas sugerencias de su representante y de los consultores internacionales que nos visitaron, fueron de extraordinario valor y ayudaron a la solución de múltiples problemas. El ministro de Salud, por lo demás, fue nombrado presidente del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS, hecho que sirvió para enriquecer nuestras relaciones internacionales.

Recibimos también la valiosa asesoría del Banco Mundial y obtuvimos préstamos blandos para ejecutar el Plan Nacional de Salud y solucionar los problemas que se presentaron a causa de desastres naturales, como el fenómeno de El Niño, el terremoto de Bahía de Caráquez y las erupciones volcánicas.

Mantuvimos excelentes relaciones, por otro lado, con organismos que agrupan a países del grupo andino y con diversos países del mundo, en especial de América, de Europa y Asia, aprovechando la cooperación internacional de manera muy efectiva.

Atención especial a grupos vulnerables

Menciono al final esta prioridad, solamente por razones de estructuración de la exposición, pero en realidad fue la primera prioridad de nuestra administración, como se demuestra por las acciones tendientes a conseguir este objetivo. El contacto permanente del ministro de Salud y

los más altos funcionarios con las comunidades más alejadas de la Patria, permitió responder a muchas de sus necesidades prioritarias y puntuales. La organización de la Dirección Nacional de Salud Indígena, permitió una relación estrecha y la respuesta a muchas aspiraciones de los pueblos indígenas y sus organizaciones (como la CONAIE y la FEINE, que en ese entonces respondían a los intereses de sus bases y aún no estaban contaminadas con intereses personales y desviaciones políticas).

Se realizó un estudio para establecer la priorización por niveles de pobreza en las parroquias del Ecuador. En este proyecto, se trabajó conjuntamente con la Unidad Técnica, conformada por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) y la Secretaría de Estado de Desarrollo Humano. Los resultados del estudio permitieron dar atención prioritaria a las parroquias más pobres del Ecuador.

La atención de la mujer y el enfoque de género se dio gracias al trabajo conjunto con el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU). La participación de la mujer en el MSP fue de extraordinario valor. Diez de las doce Direcciones Nacionales y siete Direcciones Provinciales de Salud, estuvieron ocupadas por mujeres.

Problemas

Durante los años 1998 y 1999, se dieron graves problemas que tuvo que afrontar el MSP. Los principales fueron la crisis económica, los

desastres naturales y las graves epidemias que se presentaron.

La crisis económica

Al comienzo de nuestra administración, el presupuesto del MSP era aproximadamente de 300 millones de dólares, cantidad a todas luces insuficiente. Baste saber que esta cifra está por debajo del presupuesto de un hospital de 1.200 camas de los Estados Unidos y que con esta cantidad hay que atender la salud de 12 millones de ecuatorianos. La situación se agravó sobremanera cuando por la devaluación monetaria, el presupuesto real llegó a ser apenas de 70 millones de dólares.

Los desastres naturales

Nuestra administración debió afrontar todos los problemas que trajeron los desastres naturales que se presentaron durante nuestro periodo administrativo: el fenómeno de El Niño, el terremoto de Bahía de Caráquez y las erupciones de los volcanes Pichincha y Tungurahua. Estos desastres produjeron millares de damnificados con los consecuentes problemas de insalubridad y destrucción de la infraestructura sanitaria.

Las epidemias que azotan cíclicamente a las zonas tropicales del país se vieron agravadas por los desastres naturales y la insalubridad consecuente. A pesar de las medidas tomadas, aumentó la incidencia de enfermedades transmisibles y, sobre todo, se intensificó el número de pacientes de malaria y dengue. El trabajo para afrontar estos problemas fue extraordinario y pudo realizarse gracias a una autorización del Banco

Mundial para cambiar el destino de los fondos de un préstamo existente y a la concesión de un nuevo préstamo de emergencia.

Ministerio con los lugares más necesitados del país y la priorización por niveles de pobreza de las parroquias del Ecuador.

Aportes de la administración del MSP

Considero que el principal aporte se dio en el campo de la ética. Se condujo el Ministerio con absoluta honorabilidad e independencia. Se manejaron los intereses de la salud del país con pulcritud y todas las resoluciones fueron tomadas en aras del bien común por sobre cualquier interés personal. Esta actitud se dio en todos los niveles directivos. Ningún funcionario ha sido acusado de irregularidad alguna. Además, toda decisión o nombramiento se hizo, como quedó indicado, con independencia. Jamás se aceptaron presiones del poder económico o del poder político. Estas actitudes deberían ser lo normal, pero desgraciadamente no lo son: la corrupción, el nepotismo y los intereses personales o de grupo se han impuesto frecuentemente sobre los intereses de la Patria.

En cuanto a aportes tangibles, podríamos citar los siguientes. La implementación descentralizada de la Ley de Maternidad Gratuita, que permitió el inmediato reembolso a las unidades operativas por los gastos realizados en la atención de la madre y los niños menores de cinco años. La elaboración, con el eficaz concurso de la OPS/OMS, del programa PANN 2000 para combatir la desnutrición en los niños menores de 2 años. Los programas y campañas de vacunación que ampliaron la cobertura en el país. La priorización de la atención a la salud de los más pobres mediante el contacto directo del

Lecciones aprendidas

La principal lección aprendida fue la necesidad de dar continuidad a los programas y respetar las políticas establecidas. Desgraciadamente, la existencia o no de políticas de Estado, depende de los ministros de turno. Nosotros recogimos las políticas que nos fueron transmitidas y afirmamos continuamente que ya existían políticas de salud en el Ecuador antes de nuestro arribo al MSP. Fue una desagradable sorpresa, poco después, ver que se organizaban nuevamente seminarios y talleres para elaborar las políticas de salud del país y lo que es peor, que eran organizadas por los mismos funcionarios que participaron en la elaboración anterior. No pretendo que las políticas sean inamovibles, pero creo que habría sido lógico revisar las anteriores antes de establecer políticas nuevas. (Dicho sea de paso, llama la atención que en la bibliografía básica de estas nuevas políticas, ni siquiera se mencionan los documentos previos existentes).

Para evitar este tipo de problemas sería muy importante procurar que se realice siempre una sucesión ordenada. Todos nos conocemos en el campo de la salud y sería posible la entrega organizada de los programas por el ministro saliente al ministro entrante. La organización de los Consejos Nacional, Provinciales y Cantonales de Salud y la participación de la ciudadanía, son factores que pueden asegurar la continuidad de los programas. Por último, la existencia de

un consejo de ex ministros en contacto con el ministro en ejercicio, contribuiría grandemente a esta continuidad.

Retos para el futuro

En mi opinión, los principales retos para el futuro son: el establecimiento de un real sistema de salud en el país; el establecimiento de un sistema de salud familiar integral; la descentralización; y la garantía de acceso de todos los ecuatorianos a los servicios de salud mediante el aseguramiento universal.

El sistema de salud del país

El 25 de septiembre del 2002, se publicó en el Registro Oficial, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. En cumplimiento de esta ley, el principal reto es organizar el Sistema Nacional de Salud, constituyendo en todo el país los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y dando la importancia debida al Consejo Nacional de Salud. Esta organización facilitaría la coordinación de todos los actores del sector para un trabajo eficiente y eficaz.

Sistema de salud familiar integral

En diversos lugares del mundo, la atención centrada en la familia, con énfasis en la atención primaria, en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, ha probado ser la forma más efectiva para mejorar los indicadores

de salud. Para ello, es necesario encargar un número determinado de familias, en un lugar geográfico también determinado, a un equipo de salud que se responsabiliza de su cuidado.

La descentralización

Ya hemos mencionado las ventajas de la descentralización. Además de lo manifestado, cabe señalar que solamente descentralizando es posible implementar la atención familiar integral. La descentralización también permite una vigilancia cercana o la veeduría ciudadana que limita la corrupción. Adicionalmente, los recursos se multiplicarían porque, bajo una administración descentralizada, no solamente tienen como fuente la transferencia de los recursos del Estado central, sino que los municipios, juntas parroquiales y organizaciones privadas deben contribuir al financiamiento de la atención de la salud. La descentralización debe entenderse como un proceso que tardará muchos años en producirse pero es necesario comenzar lo antes posible.

La garantía de acceso a los servicios de salud

En esta tarea se han dado algunos pasos muy importantes, tanto en la Vicepresidencia de la República como en el MSP. A pesar de lo difícil que resulta financiar este programa, es necesario hacerlo, porque solamente así tendremos un sistema de salud equitativo.

El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud

César Hermida Bustos*

Antecedentes históricos

El primer antecedente en la construcción de la nueva ley del Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye lo que podría denominarse la “institucionalidad centralizada” desarrollada durante las décadas de los sesenta y setenta. Algunos elementos caracterizan a este tipo de institucionalidad en el ámbito de la salud en Ecuador. Para empezar, ya desde la década de los sesenta, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) construyó grandes hospitales equipados con tecnología moderna en Quito, Guayaquil, Cuenca y otras ciudades. Mediante su modelo de atención alemán, estilo “Bismark”, este instituto cubría a sus aportantes. El IESS sustentaba su crecimiento económico sobre la base del incremento progresivo del número de sus contribuyentes. Sin embargo, un aspecto de este sistema de seguridad social lo volvía especialmente problemático en términos de la promoción de la equidad: el IESS incluía exclusivamente a los afiliados y no atendía ni siquiera a sus parejas, peor a todos sus hijos. Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública (MSP), creado durante la segunda mitad de los sesenta, se fortaleció en la década siguiente. Esto por dos motivos. Primero por la provisión del Servicio Rural de médicos, odontólogos y enfermeras, que egresaron en varios miles a fines de la década, obligando incluso a extender los servicios del Internado Rotativo a todos los hospitales. Y segundo, el MSP se fortaleció con la adscripción de la mayoría de camas hospitalarias nacionales del Servicio de

Asistencias Sociales Provinciales, de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y de otras instituciones. Con todos estos antecedentes, durante estas décadas el Estado vigorizó su capacidad para asumir la responsabilidad de atender a la mayoría de la población de escasos recursos, bajo un esquema que seguía el modelo inglés “Beveridge” financiado con impuestos.

En este marco, aunque los servicios de la LEA se integraron al MSP, los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y otros estructurados más tarde, como los de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), mantuvieron su autonomía, aunque continuaron recibiendo fondos públicos. Por el carácter mixto de sus fuentes de financiamiento, estas organizaciones son de carácter semi-público.

Por su parte, la actividad privada, anteriormente circunscrita a consultorios individuales, hizo su aparición ya desde los setenta con servicios clínicos empresariales modernos en las tres grandes ciudades. Esto provocó el agrupamiento de especialistas en torno a instituciones privadas y a sociedades médico quirúrgicas (lo que fortaleció las agrupaciones gremiales de colegios y la Federación Nacional).

La década de los ochenta se inició con la propuesta de un Consejo Nacional de Salud (CONASA) para atender la necesaria coordinación interinstitucional de estos tres modelos de provisión de servicios (público, semi-público y privado). Sin embargo, durante esta década, en

* Ex-subsecretario de Salud

la práctica no se logró dar pasos consistentes en la institucionalización de este Consejo.

La respuesta social organizada

El “capital social” es la suma de estructuras institucionales y de organizaciones de la sociedad civil. El primer hito en nuestra historia contemporánea en la construcción de capital social viene dado por la creación de instituciones estatales centralizadas (donde el movimiento obrero jugó un papel muy importante). El segundo hito, correspondiente a años más recientes, se refiere al surgimiento de nuevos movimientos sociales organizados. La década de los noventa, como sabemos, se caracterizó por el despegue de algunas experiencias de “participación ciudadana”, teniendo como actores más importantes a los indígenas y las mujeres; luego emergerían también a la esfera pública otros sectores como los jóvenes, los jubilados, entre otros.

Para referir un ejemplo de los alcances políticos de estos nuevos movimientos, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, originada en 1994 como respuesta a la tendencia de cobros en los servicios de salud del Estado (bajo el argumento de la “autogestión”), es el fruto de la presión de las organizaciones femeninas a través del Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU). Aunque ninguna institución puso en vigencia esta Ley inmediatamente, en 1998 el Congreso aprobó sus reformas y el MSP la implementó en 1999; estos dos hechos se dieron, básicamente, por la presión de este grupo de mujeres organizadas y por el apoyo de quienes consideran que la gratuidad es inseparable del aseguramiento universal. Por otro lado, también a manera de ejemplo, los logros de la Constitución de 1998 en general y en particular en materia de salud, se deben a la presencia, documentos, debates y reflexiones producidos por los movimientos sociales de indígenas, de mujeres, entre otros, organizados como tales o formando parte de diversas ONG. Finalmente,

la Política Nacional de Salud, la Política Nacional de Investigación en Salud, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y la propia Ley del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aquí nos ocupa, son expresiones o productos últimos de una nueva “cultura de la participación ciudadana”: todos estos cambios en el nivel institucional del Estado son producto de la exigencia de organizaciones sociales, en las que intervienen también las autoridades y los delegados institucionales.

La realidad de la reforma

Todos quisieran ver cristalizada la reforma, y así, ver estructuras públicas mejoradas donde se practiquen los valores éticos de la equidad, de la mano con la calidad y la eficiencia. Pero este sueño adquiriría matices de pesadilla desde cierta perspectiva unilateral de la globalización, que buscaba liberar las fuerzas del mercado, “modernizar” los Estados e implementar “reformas” sectoriales, en la salud y educación por ejemplo, para favorecer los intereses privados. Esto exigía reducir el papel, tamaño y presupuesto del Estado. La responsabilidad pública sobre lo social parecía perderse en un camino sin retorno. Esta tendencia proponía un “modelo de mercado” para la salud, caracterizado, entre otros aspectos, por separar la “salud pública” (definida sólo como atención primaria no rentable) que quedaría en manos del Estado, de la atención individual a las personas (usualmente referida a la atención hospitalaria) que pasaría a manos privadas. Así, la propuesta pasaba por separar las funciones de rectoría y financiamiento, en manos del Estado, de las de provisión, en manos privadas; también por entregar todas las competencias y recursos financieros del MSP (cuyo 75% corresponde a personal) a los municipios, en el marco de la “descentralización”; y, finalmente, por cobrar servicios antes gratuitos, a nombre de la “autogestión” (combatiendo el “paternalismo” estatal), impidiendo que el Estado asumiera su

responsabilidad de atender lo social con una cobertura universal.

Esta “modernización” (con sus “reformas” sectoriales y su “descentralización” correspondiente), aunque negada en un referéndum de la década de los noventa, continuó siendo impulsada. Aquí jugó un papel clave la influencia externa apalancada, básicamente, desde los organismos internacionales de crédito. Dichos organismos prestaban dinero para estos proyectos de “reforma”, sobre todo a través del Consejo Nacional de Modernización (CONAM) y de nuevas asociaciones, como la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), que inicialmente veían a la privatización como la gran panacea. Sin embargo, en el caso de la salud, la cultura participativa logró oponer a la corriente privatizadora del mercado, una tendencia propia de carácter “plural” o interinstitucional. Esta alternativa defendía procesos de amplia participación (que permitieran a los y las ecuatorianas sumar sus propios esfuerzos, no duplicarlos), que garanticen la cobertura universal mediante la coordinación local y nacional. Las instancias señaladas para efectivizar esta coordinación entre distintos niveles eran los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de Salud, que prepararían los respectivos Planes Integrados de Salud a cumplirse mediante redes interinstitucionales de servicios.

El sueño de la reforma: la política y la ley del SNS

En el año 2002, el Congreso por la Salud y la Vida, una expresión de la sociedad civil, adoptó en el mes de mayo la Política Nacional de Salud. A la vez, en el mes de septiembre, el Parlamento Nacional aprobó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (CONASA, MSP, 2004). Tanto esta nueva política como esta nueva ley fueron el resultado de un trabajo interinstitucional, colectivo y participativo, en el cual el CONASA actuó como facilitador y

gestor, principalmente a través de su Comisión Técnica de Reforma. Por medio de estos instrumentos se juntaron los esfuerzos de las instituciones y organizaciones pertenecientes al CONASA y las de las agencias de cooperación externa, particularmente de las Naciones Unidas, en una construcción nacional con identidad, basada en la participación y el consenso, que inició su largo proceso de implementación.

Los antecedentes históricos más recientes de esta reforma nos remiten al año 1998, cuando se aprobó la nueva Constitución y se inició una nueva gestión ministerial. Entre otras acciones, el renovado MSP implementó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, estableció propuestas claras de reforma del sector (CONASA, MSP, 1998) y fomentó las iniciativas locales para la constitución y desarrollo de los Consejos Cantonales de Salud, como por ejemplo el de Cuenca (Consejo Cantonal de Salud de Cuenca, 1998). Para cuando se celebró la Asamblea Constituyente de 1998, ya existían propuestas de las organizaciones sociales que permitieron que la Constitución incluyera una sección específica referida a salud con varios artículos, uno de los cuales incluso exigía la creación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, en abril del 2001, y como consecuencia del seminario nacional sobre financiamiento del Sistema Nacional de Salud (AFEME, 2001) varios miembros del CONASA propusieron al ministro la preparación de las propuestas de la Política Nacional de Salud y el anteproyecto de ley del Sistema Nacional de Salud (tareas que se concluyeron en diciembre del 2001). El mencionado seminario mostró que, más allá del ejemplo colombiano de la Ley 100 (único modelo recomendado hasta entonces), en los sistemas de España, Reino Unido, Canadá, Cuba, Costa Rica y otros países, toda la población tiene aseguramiento de cobertura universal y el sistema de salud no requiere que las personas dispongan de dinero en su bolsillo cuando solicitan un servicio.

A inicios del año 2002, el MSP a través del CONASA y con el apoyo de la OPS/OMS, designó a la comisión organizadora del Congreso por la Salud y la Vida. Realizando talleres y foros previos de consulta, esta comisión nacional aseguró el éxito del Congreso, consiguiéndose definir la Política Nacional de Salud. De igual modo, un Comité Interinstitucional preparó el anteproyecto que luego se transformó en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Estos procesos plantearon una alternativa nacional a la globalización económica, social y cultural en la que se debate el mundo. El CONASA analizó la reforma sectorial, estableció el proceso, lo coordinó, le dio direccionalidad y articulación, y tomó la opción más conveniente para su propia identidad y supervivencia. Desde luego, algunas dificultades se presentaron en este proceso, sobre todo por parte de ciertas autoridades institucionales renuentes a participar o a volver expeditos los procesos. Pero estos hechos no fueron sino sombras que dieron mayor claridad a los perfiles de la propuesta.

En lo que se refiere a los contenidos de la Ley del SNS, ésta plantea que no se diferenciarán pobres (ni “subsidiados” ni “focalizados”, pero sí priorizados) de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin “paquetes” especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales. Por otro lado, para garantizar la equidad como valor fundamental de la Política y del SNS, se propone activar los Consejos Cantonales y Provinciales y el CONASA, basados en un esfuerzo colectivo de participación y complementariedad, no de competencia. Los Consejos permitirán la participación y veeduría de la sociedad civil, y abrirán una alternativa diferente tanto para

el modelo de gestión como para el de los servicios.

La opción ecuatoriana actual se encuentra, por una parte, entre los paradigmas nuevos de la salud y los antiguos de la enfermedad, y por otra, entre los intereses del mercado que propicia diversas líneas de privatización y el fortalecimiento del Estado como defensor de lo público. Desde luego, en la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva (OPS/OMS, 2002). Pero sí resulta crucial diferenciar los niveles del Estado en los que se puede realizar esta coordinación. Por ejemplo, en la formación de los recursos humanos en salud, el mercado profesional no puede responder a una planificación central, como tampoco puede quedar sujeto sólo al libre juego de oferta y demanda: debe, más bien, ser el fruto de una gestión interinstitucional coordinada, negociada y consensuada, a partir de los niveles locales del Estado hacia el nivel central.

En el proceso de construcción de la ley del SNS, se retomaron los desafíos que presenta la desigualdad —de diverso origen, naturaleza y alcance— en el país, y se trató de sistematizar la heterogeneidad nacional. Actualmente, las diferencias nacionales se dan sobre todo entre los sectores urbanos y rurales, siendo tradicionalmente los últimos los excluidos de las atenciones y los servicios. Entre las provincias, cantones y parroquias rurales, las poblaciones indígenas de la sierra central aparecen como las más perjudicadas. Y por otro lado, también persiste una diferenciación entre géneros: muchas mujeres sufren de problemas de violencia intrafamiliar y otras hasta mueren con problemas de su embarazo y parto porque no tienen servicios asequibles cuando los requieren.

Como lo establece la Política Nacional de Salud, la equidad es “el principio rector y la prioridad fundamental de la política nacional de desarrollo

y, por lo tanto, de la política del sector salud. [...] Sin equidad no es posible lograr el desarrollo y tampoco la ‘salud para todos’. La equidad no es alcanzable sólo desde el sector salud, por lo tanto es imperativo establecer un Acuerdo Nacional por la salud y la vida en el marco de uno integral por el desarrollo” (CONASA, 2002). Desde la perspectiva de algunos organismos internacionales, compatible en varios puntos con la nueva política nacional, la función esencial de la salud pública de “evaluación del acceso equitativo” (OPS,OMS, 2001) parte de un enfoque multisectorial y pluricultural que permite el trabajo mancomunado de diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios de salud. Para lograr este objetivo, se debe fortalecer a la autoridad sanitaria en diversos procesos que van desde los niveles centrales hasta los locales de las prestaciones. La equidad se garantiza mediante el acceso universal financiado por todas las instituciones, con el concepto integral de salud servido por las redes, dentro de un sistema descentralizado pero con la rectoría del Estado mediante el Consejo Nacional y los Consejos Locales.

Se espera que estos procesos de salud contribuyan a la estabilidad política, económica y social del país, fortaleciendo las instituciones sectoriales, legitimando la más importante disposición jurídica requerida por la Constitución y propiciando un esfuerzo mancomunado por una nueva construcción nacional que parta de análisis ponderados y de consensos. Se espera que este esfuerzo termine con los conflictos que detienen el trabajo y la producción de los servicios y permita una mejor gobernabilidad al existir una política de Estado, dando continuidad al proceso iniciado.

La Política Nacional de Salud constituye una sistematización, establecida desde el Estado

ecuatoriano, de postulados filosóficos y teóricos a partir de los cuales se propone, de manera concreta, una estructura nacional de base jurídica que es el Sistema y una serie de acciones ordenadas y prioritarias que constituyen el Plan Nacional de Salud. Esta Política fue definida por la sociedad civil en su primer Congreso por la Salud y la Vida, mientras el Sistema Nacional fue aprobado con una ley orgánica por el Congreso Nacional de la República (Hermida, 2004). Los postulados o principios de la nueva Política y la nueva Ley en el campo de la salud, constan en la Constitución y pueden resumirse en la necesidad de atender el derecho a la salud de manera equitativa y universal, con servicios que la aborden integralmente, es decir que la promuevan, que prevengan las enfermedades y que las curen con la mejor calidad disponible en el país. El SNS parece ser la única posibilidad que tiene el país de garantizar esa cobertura y ese acceso universal, articulando funcionalmente a las instituciones que prestan servicios en el Ecuador, operando con redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia.

En una sociedad como la ecuatoriana, que se regula por una economía de mercado, y en la que existen brechas enormes producto de la desigual distribución de la riqueza, el SNS es la posibilidad de garantizar la anhelada equidad. En el marco del mandato constitucional, es necesario emprender procesos ordenados de descentralización que no impliquen el mayor fraccionamiento del sector y den respuestas efectivas a la realidad y necesidades locales y nacionales. Para que ello sea posible, contamos con el SNS, es decir con una instancia de coordinación de todos los actores, que de manera participativa e integrada deben buscar colectivamente el objetivo común que propone la ley orgánica y en cuya construcción todos nos hallamos empeñados.

Bibliografía:

AFEME 1998 *Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Financiamiento con aseguramiento universal* (Quito: AFEME, CONASA, MODERSA (BM), OPS/OMS).

CONASA, MSP 1998 *Rol del Estado, políticas nacionales de salud y reforma constitucional. Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos*. 2ª. Ed. (Quito: CONASA, MSP).

CONASA 2002 “Política Nacional de Salud”. Congreso por la Salud y la Vida, Quito, mayo 2002.

CONASA, MSP 2004 Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador (Quito: CONASA, MSP).

Consejo Cantonal de Salud de Cuenca 1998 *La salud en Cuenca* (Cuenca: Editorial Monsalve Moreno).

Hermida, César 2004 *Gestión social para el Sistema Nacional de Salud. La equidad es posible* (Quito: JCG).

OPS, OMS 2001 *La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública* (Washington DC: OPS/OMS, CDC, CLAISS).

OPS, OMS 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).

El rol del CONASA en la reforma*

El Consejo Nacional de Salud (CONASA) fue creado originalmente por el presidente Jaime Roldós Aguilera en 1980 (Decreto ejecutivo No. 56, Registro Oficial No. 124, 8 de febrero de 1980). Su papel como organismo de coordinación de las instituciones del sector de la salud atravesó por un cambio significativo desde hace seis años. De ser una instancia asesora del despacho del ministro de Salud, pasó a convertirse en la instancia que generó el marco fundamental para el impulso y creación del Sistema Nacional de Salud: en el año 2002, desde el CONASA se creó la primera ley orgánica del sector salud.

¿Qué implicó este cambio de rol?

Marco Guerrero, ex director del CONASA, señala que el cambio implicó la superación de décadas de fragmentación del sector salud. Ya en octubre de 1948 el Congreso Nacional había creado el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, cuyo principal objetivo se orientaba a corregir la atomización del sector y proponer políticas en materia de salud. Sin embargo, este Ministerio no llegó a fundarse, principalmente, porque intereses económico-políticos regionales impidieron su creación. El conflicto configurado alrededor de la disputa por el liderazgo entre fracciones de la costa y la sierra, se resolvió parcialmente con la creación del Ministerio de Salud en 1967. El nuevo Ministerio incluía una subsecretaría para el litoral con sede en Guayaquil.

Desde finales de los años sesenta, el Ministerio de Salud Pública (MSP) nunca consiguió superar la dispersión de acciones sanitarias generadas por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas. Frente a ello, en el año 2000 la tarea fundamental del CONASA fue, precisamente, construir (con las 17 instituciones del sector salud que hasta hoy perduran) un espacio de concertación que permita crear políticas únicas y consensuadas, emitidas por la autoridad sanitaria nacional reconocida en el MSP. El antecedente para esta construcción fue la creación, en 1996, de una Comisión Técnica de Reforma del Sector Salud apoyada por el Comité Interagencial para la Reforma del Sector Salud (CIAR). A través de esta comisión, el CONASA pasó a liderar la reforma que antes había estado en manos del Consejo Nacional de Modernización (CONAM) y de la Comisión de Reforma Biministerial (conformada por el MSP y el Ministerio de Bienestar Social -MBS-).

Dentro de este proceso, el primer logro fue incluir en la Constitución de la República de 1998, un capítulo sobre salud. Uno de los artículos de este capítulo señala la necesidad de organizar un Sistema Nacional de Salud. La integración de este sistema, como lo indica la ley, se debe realizar con todas las entidades del sector y su funcionamiento debe ser descentralizado, desconcentrado y participativo.

Después de varios años, apenas hoy el CONASA es, en realidad, un espacio democrático y autónomo, donde se conocen, debaten y

* Elaboración a cargo de Margarita Velasco Abad, a partir de entrevistas personales realizadas a Jorge Albán (Quito, 16 de octubre, 2006) y Marco Guerrero (Quito, 26 de septiembre, 2006).

acuerdan los temas sanitarios más trascendentales. Ello permite orientar la organización de los servicios de salud a partir del criterio de calidad privilegiando la demanda, o bien, fomentando la accesibilidad técnica, geográfica, económica y cultural de los usuarios. Sin duda, este avance constituye un logro fundamental para la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Los principales elementos constitutivos de la reforma impulsada desde el CONASA se fundamentan en los siguientes aspectos.

El *modelo organizativo* propone la formación de un Sistema Nacional de Salud mediante la articulación funcional de las instituciones que conforman el sector, creando un eje para la definición de los nuevos roles y funciones institucionales en tres niveles: a) dirección, regulación y control; b) financiamiento y aseguramiento; y, c) prestación y provisión de servicios.

El *modelo de atención*, por otro lado, incluye dos elementos, el de la salud pública y el de la atención personal, cuya separación conduce a considerar una gestión y financiamiento diferenciados en dos niveles. a) Por un lado, en la salud pública se plantean como líneas de acción el fortalecimiento técnico y financiero de los programas (especialmente de los de mayor impacto epidemiológico), la territorialización de los programas, la asignación de recursos per cápita según índices demográficos y de riesgo epidemiológico, la realización de acciones de salud pública con otros sectores partícipes del

desarrollo social y económico del país, y el fomento de medidas de promoción y prevención. b) Por otro lado, en los servicios personales se plantea un modelo de aseguramiento a través del cual toda la población pueda disponer de un seguro de salud que cubra sus riesgos de enfermedad y también medidas de prevención y promoción.

Los dos Congresos por la Salud y la Vida, organizados en los años 2002 y 2003, constituyeron mecanismos para legitimar y fortalecer el apoyo social a la ley orgánica del sistema de salud.

Un proceso difícil

La vida institucional del CONASA, como ya lo señalamos, ha tenido dos etapas históricas. La primera va de 1980 hasta el año 2002. Durante este periodo, el CONASA simplemente funcionaba como organismo asesor del ministro de Salud Pública de turno. Pero a partir de septiembre del 2002, de acuerdo a la ley, el CONASA es un organismo con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera.

Para Jorge Albán, director ejecutivo encargado del CONASA, uno de los avances más importantes conseguidos por esta instancia es que, 22 años después de su creación, finalmente ha logrado delimitar su acción, contar con financiamiento propio y con autonomía frente al MSP. Estos tres elementos garantizan su rol

como entidad de consenso y discusión de todo el sector salud. Albán señala, adicionalmente, que hoy existe una clara voluntad de aprendizaje por parte de las 17 organizaciones que, con el apoyo de un marco jurídico fuerte, articulan voluntades y necesidades de la sociedad civil y del Estado a través del CONASA.

El CONASA es un colectivo público-privado, y sus instituciones miembro cuentan con un alto grado de representación y empoderamiento. Al respecto, la noción de complementariedad entre lo público y lo privado constituye uno de los aprendizajes más importantes del período. Como señala Albán, esto es funcional a la economía de libre mercado y es fundamental a la hora de preservar los objetivos de equidad y accesibilidad universal a la salud como derechos de la población. A través de la crisis de 1999 y la respuesta de los servicios de salud a la atención de los más pobres, se comprobó una vez más, a criterio de Albán, que la eliminación del MSP como instancia prestadora de servicios no es viable. Los modelos privatizadores que apuntan a eliminar esta función del sector estatal, tendrían consecuencias nefastas sobre la vida de los más pobres.

La difícil tarea de construir el Sistema Nacional de Salud debe basarse en acciones concretas, o bien, debe mantener como horizonte una ‘utopía fáctica’. En esta línea, se ha planteado la construcción de tres políticas nacionales: de investigación en salud; de medicamentos; y, de derechos sexuales y reproductivos. Estas políticas deben concretarse en planes colectivos,

en acciones y también en sistemas de monitoreo y evaluación. Por ello, el diseño organizacional del actual CONASA considera como fundamentales a los procesos de promoción de la salud, de planificación, de financiación, de recursos humanos y de investigación.

Los riesgos

La autonomía del CONASA otorgada mediante ley aún no ha sido lo suficientemente aprovechada para la construcción del Sistema Nacional de Salud. Muchos intereses personales someten a la institución a juegos políticos peligrosos que lo único que han hecho es debilitarla frente a sus propios miembros, ante todo el sector salud y ante la ciudadanía.

Los desafíos

Entre los desafíos del CONASA se cuenta la aplicación, desde la realidad concreta del país, de la Ley del Sistema de Salud. Las relaciones interinstitucionales, fundamentales para el éxito de este sistema, tienen en la regularización uno de sus más importantes elementos. Con la regularización es posible crear los consensos esperados entre las instituciones del sector. Para ello, es necesario desarrollar en estas instituciones, y con ellas, una voluntad de seguimiento, evaluación, acreditación y calidad.

En la opinión de su director encargado, los tres desafíos más importantes del CONASA son,

en primer lugar, consolidar esta instancia como entidad técnico-administrativa y financiera, fiel representante del Sistema de Salud. En segundo lugar, implementar en la realidad las leyes y políticas ya establecidas. Y, finalmente, lograr que las directrices de las políticas elaboradas con la autoridad sanitaria sean fruto del proceso de trabajo de todas las instituciones del sistema y se constituyan como referentes para la acción del Estado. Es decir, se debe lograr que las políticas

de salud sean el resultado de una construcción colectiva y que sean orientadoras y mandatarias para cualquier gobierno.

Queda mucho camino por recorrer para que las 17 instituciones de salud y el MSP lleguen, realmente, a ser socios en el fortalecimiento de la rectoría efectiva del Estado a favor de todas y todos los ecuatorianos.

La promoción de la salud en el Ecuador

Carmen Laspina*

La promoción de la salud como concepto define objetivos y estrategias esbozadas en las recomendaciones de la Conferencia Mundial celebrada en Alma Ata en 1978. Sin embargo, es solamente a partir de 1986, en el marco de la reunión mundial sobre promoción de la salud celebrada en Canadá, cuando se estableció claramente su alta implicación para lograr salud para todos. Esta meta se explicita en la Carta de Ottawa que, acogiendo los objetivos planteados en Alma Ata, buscaba dar una respuesta a las nuevas y crecientes demandas de la nueva situación de la salud, tanto en los países desarrollados como en los llamados países en vías de desarrollo.

La promoción de la salud está relacionada con los procesos que favorecen el control de los individuos sobre el conjunto de factores que determinan su propia salud, así como la salud colectiva y ambiental. Por lo tanto, la promoción de la salud da respuesta a la necesidad de optimizar el nivel de salud y enfatiza en la calidad de vida, fortaleciendo o protegiendo los factores que la condicionan y reduciendo los determinantes de la enfermedad. En la práctica, la promoción de la salud debe partir del análisis del perfil de salud-enfermedad de la población, del comportamiento sociodemográfico, y de las inequidades en los diferentes contextos económicos o estructurales, políticos y ambientales en que ésta se desarrolla. Por lo tanto, el concepto de salud que se maneja desde esta perspectiva, está asociado a una visión integral del bienestar. De esta manera, se supera

ampliamente el punto de vista medicalista propio del modelo clínico, destacando la importancia de las opciones personales, grupales o comunitarias. Consecuentemente, desde este modo de entender a la salud, se deja de lado la visión paternalista heredada del pasado y se admite la importancia y determinación de la acción sistémica de otros sectores, además del sector específicamente sanitario.

Desde esta mirada, el nuevo objetivo de estudio de la salud pública es, precisamente, identificar, no tanto las causas de la enfermedad, sino las condiciones que posibilitan la salud. Ello en la medida en que es mucho más beneficioso exhortar o estimular la adopción de prácticas saludables, que impedir hábitos nocivos para la salud. De esta manera, se pone en el orden del día la responsabilidad individual en el cuidado y autocuidado de la salud, así como la responsabilidad social y política en el bienestar general de la población.

En este sentido, durante las últimas décadas se han propuesto diferentes opciones tendientes a la reformulación del quehacer del Estado en el campo de la salud. Estas nuevas perspectivas incluyen la reasignación de roles y la elaboración de un nuevo esquema que permita que las intervenciones públicas sean resultado de consensos sociales. Esto ha obligado a los diseñadores y ejecutores de las políticas sanitarias a difundir y promover el concepto de salud y generar condiciones de salud conformes a lo

* Directora, Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública – Ministerio de Salud Pública (MSP)

consensuado. El Estado, consecuentemente, se transforma en un garante de la política alentando a la sociedad civil en su propia gestión y generando condiciones para que los ciudadanos puedan autodeterminar las condiciones y factores de su salud propiciando un manejo adecuado de los recursos.

Desde la década de los ochenta, son constantes las movilizaciones y marchas ciudadanas en favor de la salud. Tómese como ejemplo el creciente movimiento de las mujeres, no tanto exigiendo creación de hospitales y centros de salud, sino demandando mejores condiciones sanitarias, como son la dotación de agua potable, alcantarillado, viviendas y espacios adecuados. No es una coincidencia que la Constitución aprobada en 1998 responda a esas demandas, y que los artículos 42, 43 de la Salud y 23 de las Garantías y Derechos Ciudadanos señalen de manera explícita el mandato de promover la salud y el acceso a la información (que constituye la base del componente comunicacional de la promoción de la salud).

Paralelamente a estos procesos, durante la última década del siglo pasado, en el país se desarrollaron otros marcos jurídicos modernos que contextualizan y ponen en práctica las principales experiencias que surgen a partir del concepto de promoción de la salud. Citemos, por ejemplo, la Ley de Descentralización y Participación Ciudadana; la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna; la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; la Ley 103 Contra la Violencia a la Mujer y la Familia; la Ley de Protección al Ambiente; la Ley de Seguridad Alimentaria; la Ley de la Sexualidad y el Amor; el Código de la Niñez y Adolescencia. Finalmente, también cabe mencionar la promulgación de ordenanzas desde los gobiernos seccionales.

Cambios institucionales

En este contexto y siguiendo las pautas del proceso antes descrito, al interior del Ministerio de Salud Pública (MSP) se creó la Dirección de Salud Ambiental en 1995. Este cambio institucional se inscribe en el proceso integral de reforma del Estado. Con la mirada puesta en las nuevas demandas de salud relacionadas con el ejercicio de los derechos ciudadanos, se inicia un proceso de reforma que adopta la promoción de la salud como eje político institucional.

Posteriormente, se crearon instancias técnico-administrativas, como la Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud (DPAIS), en operaciones desde 1998. Mediante esta dirección se trató de aglutinar a todos los programas y actividades de fomento y protección de la salud, superando en primera instancia el enfoque preventivo del programa materno-infantil. Este giro se produce en consonancia con los enunciados constitucionales, con las recomendaciones de la Carta de Ottawa de 1986, y con las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994. De este modo, se avanzó hacia un enfoque de promoción de la salud. Ejemplo de ello son las Normas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, que se fundamentan en el ejercicio de los derechos y en los mandatos constitucionales, y que recogen los lineamientos del Plan de Acción de la CIPD de 1994. Igualmente relevante en este sentido es que se haya incluido en una misma gestión administrativa (el DPAIS) a otras instancias del MSP, como las ex Direcciones de Nutrición, Salud Mental y Estomatología. Por último, se debe mencionar que, más recientemente, en el MSP se creó el Subproceso de Promoción de la Salud como parte del Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública; esto último, en línea con la nueva gestión estatal orientada por la lógica de ejecución por procesos.

Por su parte, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha respondido a los nuevos requerimientos creando la Comisión de Promoción de la Salud en el año 2002. Este Consejo articula a instituciones del sector de la salud con otros sectores para así volver más efectivas las acciones de las primeras. Adicionalmente, a través del CONASA, y particularmente del primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida por él promovido, se consiguió la promulgación de nuevas leyes. Me refiero, en primer lugar, a la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Con esta ley, el CONASA adquiere un marco jurídico sólido cuyo carácter articulador del quehacer de la salud posiciona al MSP en la estructura jurídica institucional del Estado ecuatoriano como la máxima instancia político administrativa para la rectoría del proceso. De esta manera, la rectoría del MSP se ratifica y se fortalece al Estado en su calidad de garante del bienestar y de la calidad de vida de los y las ecuatorianas. Asimismo, gracias al CONASA se promulgaron las políticas de salud, que incluyen las de promoción de la salud en el capítulo de la protección integral.

A partir del primer Congreso por la Salud y la Vida, podemos decir con propiedad que la promoción de la salud adquiere carta de ciudadanía. En efecto, desde el 2002 el posicionamiento estatal frente a la promoción de la salud es muy claro. Tal posicionamiento halla su expresión en los principios rectores de la reforma del sector salud como son la equidad, la universalidad, la eficiencia y la calidad de la atención. En este contexto, el nuevo modelo de atención adoptado por el MSP se sustenta en la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud es indisoluble de todo el proceso de transformaciones sociales. En relación a ello, la construcción de ciudadanía en salud es la nueva exigencia de la población. Diferentes sectores actuantes dentro de movimientos ciudadanos, expresan la respuesta progresiva a esa necesidad de construir

ciudadanía desde el ámbito de la salud. El MSP representa la instancia estatal legitimadora de la movilización social en salud y además debe alentar esas expresiones de la voluntad de la población, tal como lo establece la Ley que consagra la coordinación intersectorial con la sociedad civil. En este sentido, el MSP, otros sectores y varias organizaciones no gubernamentales (ONG), han incursionado exitosamente en el campo de la promoción de la salud. Igualmente, la academia se ha involucrado en lo que se refiere a la formación de recursos humanos, en particular los de salud.

El desarrollo de la promoción de la salud en el Ecuador

En concordancia con las áreas estratégicas de acción planteadas en la Carta de Ottawa relacionadas con la construcción de políticas públicas saludables, en nuestro país se ha impulsado la creación de entornos saludables (físicos, sociales, económicos, políticos y culturales), el fortalecimiento de la participación social, y el desarrollo de aptitudes personales o estilos de vida para el auto-cuidado de la salud individual, colectiva y ambiental. Son muchas las experiencias en promoción de la salud, por lo que desde el CONASA y el MSP, está pendiente un esfuerzo de sistematización. Entre las experiencias exitosas cabe resaltar el avance en la construcción de ambientes saludables y protectores de la salud y el ambiente.

Los procesos de democratización de la salud y los procesos de descentralización son logros fundamentales que se han alcanzado mediante la potenciación del rol de los gobiernos locales en la gestión de la salud. Los municipios, en coordinación con el sector salud y otros sectores y con el apoyo de la cooperación internacional, han logrado avances significativos, en particular en la incorporación de la promoción de la salud como política pública. A manera de ejemplos, cabe señalar el desarrollo desde el municipio de

Cotacachi del proyecto Espacios Saludables, y también la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud ejecutada en cinco municipios de la provincia de Loja que dejó planteada una propuesta de intervención clara, en particular en lo referente a la construcción de 13 módulos de capacitación, que fueron validados por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y adoptados por el programa de textos Paltex de OPS/OMS como referente para América Latina. Adicionalmente, el municipio de Loja mereció el primer premio internacional de Municipio Saludable, por el manejo de basura y la construcción de ambientes saludables; el municipio de Pedro Moncayo alcanzó el reconocimiento de la OPS/OMS por su transparencia en al gestión; el trabajo en salud realizado por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y el Municipio de Cuenca, son también dignos de mención. Por otro lado, merecen reconocimiento los catorce cantones de las provincias de Orellana, Bolívar, Chimborazo, El Oro, Zamora, Loja, Guayas y Manabí, en los que se ha logrado una franca participación de los gobiernos seccionales en pro de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación para la sexualidad, población y desarrollo, y la promoción de equidad de género.

Una experiencia importante de promoción de ambientes saludables es la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud, que se desarrolla ampliamente en el país en estrecha coordinación entre el MSP y el MEC, y en algunas provincias con el apoyo de proyectos locales (como en el caso de Loja o Esmeraldas). Las iniciativas institucionales de este tipo, propenden a desarrollar aptitudes y prácticas entre la comunidad.

En el campo educativo, se debe apuntar a que la activación de la participación ciudadana se oriente a preservar y fomentar, con enfoque de ciclo de vida y de género, la salud de niños, niñas y adolescentes, así como la de los y las

maestras, los padres y madres de familia y otras personas de la colectividad. Asimismo, se debe propender a que el respeto y la preservación del ambiente vaya de la mano con la valoración de la diversidad cultural. Por último, la iniciativa a favor de la promoción de la salud debe tener como objetivo primordial apoyar al desarrollo de la actoría de niños, niñas y adolescentes.

Como parte de los esfuerzos en esta dirección, se ha conformado la red nacional de Escuelas Promotoras de la Salud, integrada por el MEC, el MSP y varias ONG. La secretaría técnica de esta red recae en el MEC. Al momento se está trabajando en la consolidación de ámbitos provinciales y locales. Se cuenta con el “Manual de Escuelas Promotoras de la Salud” como un instrumento básico de guía y apoyo para la estructuración de estas escuelas y para la conformación y consolidación de la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de Salud. Esta red es, además, miembro de una red latinoamericana. También es importante rescatar el valioso trabajo que se ha logrado con la participación activa de los estudiantes de los últimos años de secundaria, quienes, en su rol de brigadistas, han contribuido en la región litoral del país al mejoramiento de la salud ambiental y al control de vectores (en especial para la mitigación del dengue y la malaria, en la conformación de eco-clubes que trabajan con el reciclaje de material de desecho y en la educación para la salud en sus comunidades).

La gestión central, provincial, municipal o local, cuenta actualmente con un amplio horizonte para la promoción de la salud. Las oportunidades se abren con el extenso marco jurídico del que hoy disponemos. Entre las varias leyes y ordenanzas municipales cuya aplicabilidad debe ser exigida, cabe mencionar a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Ésta demanda el desarrollo de estilos saludables de vida, en particular de alimentación sana y actividad física. En zonas urbanas, dado los promedios alarmantes de sedentarismo entre los

escolares, estas intervenciones tienen una gran relevancia frente al incremento significativo de enfermedades crónico-degenerativas (como la hipertensión arterial o la diabetes) que son de carácter prioritario en relación al nuevo perfil epidemiológico del Ecuador.

En lo referido a otras iniciativas en curso, actualmente existen tres proyectos de universidades saludables en Quito, Loja y Cuenca, en las que se promueven ambientes libres de humo. En relación a estas experiencias, un acuerdo ministerial recientemente aprobado declara a todas las instalaciones del MSP como espacios libres de humo. También se están desarrollando nuevos modelos curriculares para la formación de recursos humanos, que incluyen tres postgrados en promoción de la salud, y algunas experiencias en pregrado. Estas últimas iniciativas deben ser apoyadas, dada la importancia de la formación de los recursos humanos en salud y otras profesiones afines a este campo.

En cuanto al tema de las inequidades y frente a la demanda de la ciudadanía por mayor seguridad y su lucha contra la violencia, continuar con la promoción del buen trato y la prevención del maltrato, enfatizando el rol del sector salud y su coordinación interinstitucional e intersectorial, merece especial atención. Este tema está siendo afrontado en el contexto de la aplicación del Código de la Niñez y Adolescencia, particularmente a través de su Plan Decenal

que procura salvaguardar el desarrollo integral de este sector de la población promoviendo la preservación o restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes ecuatorianos. En este ámbito, existe ya un franco posicionamiento a nivel de política pública y se ha iniciado un proceso de mediano y largo plazo orientado a la construcción de una cultura a favor del buen trato.

Frente a las innumerables oportunidades y demandas de promoción de la salud, queda abierta la necesidad de continuar con la consolidación de los avances señalados. En particular, es necesario continuar con la difusión del concepto y su alta implicancia en el desarrollo social, además de persistir en la promoción de ambientes saludables (ciudades y municipios saludables y Escuelas Promotoras de la Salud), y en la atención primaria ambiental. Para promover y fortalecer hábitos saludables se deben implementar las estrategias de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), salud sexual y reproductiva, salud mental, lucha antitabáquica, alimentación y actividad física. Todas estas líneas de acción prioritaria, deben preservar el enfoque de ciclo de vida, de género e interculturalidad. Junto a ello, el desarrollo de un sistema de indicadores que permitan identificar el impacto directo e indirecto en el perfil de salud y la calidad de vida de los y las ciudadanas es una necesidad imperiosa.

Bibliografía:

Arroyo, Irma 2004 *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica* (San José: Universidad de Puerto Rico).

OPS/OMS, Fundación Mexicana para la Salud 2002 *Modelos para la implantación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina* (México: OPS/OMS).

Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), UNFPA, Embajada del Reino Unido, Fundación Utopía 2000 *Derechos humanos, género y desarrollo local* (Quito: DMQ).

UNFPA 2003 *Cuerpos, tambores y huellas. Sistematización de los proyectos de salud sexual y reproductiva* (Quito: ONU).

Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud

Diego Victoria*

¿En qué cambió la línea de cooperación de los organismos internacionales en Ecuador, especialmente de la OPS/OMS, cuando apareció el desafío de la reforma y el cambio del rol del Estado del Bienestar? ¿Cómo y por qué apoyó la OPS/OMS a la reforma de salud?

Desde nuestro punto de vista, la reforma en el Ecuador tuvo tres estadios o momentos claramente identificables en los últimos diez años. El primero tiene que ver con los esfuerzos orientados a garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios públicos de salud a las madres y niños menores de 5 años, mediante el financiamiento de un determinado número de prestaciones de salud y la gestión descentralizada para el pago al proveedor. Tal y como se lo contempló en su momento, estos servicios serían financiados a través de impuestos determinados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en su reglamento.

El segundo momento de la reforma de salud en Ecuador fue de carácter organizacional. Mediante la aprobación e implementación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, instrumento legal que creó la figura de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública (MSP) para el ejercicio de la rectoría de esa institución, se creó el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Esta instancia fue concebida para viabilizar la concertación de políticas y planes de salud. El CONASA se organizó mediante un

esquema descentralizado que incluye Consejos Provinciales y Cantorales de Salud, y mecanismos de participación que garanticen la conducción de la salud a través, tanto del gobierno provincial y cantonal, como de la amplia participación de todos los actores que intervienen en el desarrollo de la salud.

Finalmente, el tercer momento de la reforma fue el lanzamiento de la política de Estado de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que plantea un sistema de aseguramiento en el que participan todos los seguros existentes en el país, con su correspondiente modelo de financiamiento, atención y sistema informático de apoyo.

En atención a los tres momentos de la reforma expuestos sucintamente, la OPS/OMS respondió plenamente al trabajo demandado durante cada uno de ellos. Y lo hizo brindando cooperación técnica especializada y apoyo político, movilizador de recursos y de opinión. Trabajamos de manera sostenida durante el periodo 1996-2006, en dos tareas cruciales de la reforma: la elaboración y ejecución de las Leyes de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la del Sistema Nacional de Salud; y la elaboración del modelo conceptual y parte de los instrumentos del aseguramiento universal.

Durante este periodo, insistimos política y estratégicamente en que estos momentos de la reforma no se concibieran como excluyentes el uno del otro, sino por el contrario, como

* Ex representante, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador

complementarios y sinérgicos entre sí. Sostuvimos esta posición a través de nuestra participación en diferentes foros o consejos, tales como los dos Congresos por la Salud y la Vida, el Consejo Político de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-Comité Asesor Técnico (LMGYAI-CAS), el Directorio del CONASA, las discusiones al interior de la Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM), así como a nivel del despacho ministerial, de la presidencia y del Consejo de Ministros.

Actualmente, el proceso de reforma todavía es segmentado: no se registra una clara complementariedad sinérgica entre las partes. El sentido y los contenidos de la reforma deben debatirse a través de una amplia participación social. En el contexto del nuevo gobierno,

se debería aprovechar el mecanismo de participación en salud con el que cuenta el Estado ecuatoriano: el Congreso por la Salud y la Vida, cuya tercera reunión ya se realizó en este año mediante la conducción y organización del CONASA.

La OPS/OMS es respetuosa de la expresión de soberanía que adelantan las conclusiones a las que se arribó en este foro. Por tanto, acoge la agenda social de salud producida a través del consenso en el Congreso, respeta las prioridades en salud establecidas por el nuevo gobierno y los lineamientos de la agenda panamericana y mundial de la salud. Será a partir de todos estos factores que orientaremos y programaremos nuestra cooperación técnica para el periodo 2007-2011.

Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial

Nilhda Villacrés*¹

Marco Guerrero F.*²

Antecedentes

El 30 de septiembre de 1995, en el marco de la Cumbre de las Américas de la OPS/OMS celebrada en Washington DC, se aprobó la resolución concerniente a la reforma del sector salud. A través de esta resolución se solicita “a los gobiernos miembro que otorguen atención prioritaria a los procesos de reforma del sector salud con miras a alcanzar mayor equidad, eficiencia y efectividad en las acciones del sector” (OPS/OMS, 1995). Esta nueva orientación frente a las políticas de salud surgió en base al documento elaborado conjuntamente por organismos multilaterales de crédito y organizaciones de cooperación internacional (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID). En esencia, la resolución plantea el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de las personas a través de las siguientes medidas: combate a la pobreza; reducción de las desigualdades del estado de salud; mejoramiento del acceso a los servicios de salud; fomento de la corresponsabilidad entre los individuos, la comunidad y los servicios; modernización en la organización de los servicios de salud; y, búsqueda de financiamiento sostenible para el logro de los objetivos sanitarios.

A partir de este marco de reforma establecido a nivel internacional, los países de la región han venido ensayando una serie de cambios en sus sistemas de salud que abarcan separación de funciones, organización de sistemas y financiamiento de las operaciones del sector

(ORAS, CONHU, 2004). Desde entonces, la ampliación de la cobertura de los servicios hasta su universalización y la redefinición del modelo de atención, son aspectos centrales de la reforma sectorial.

En el país, ya desde 1994 se venían intentando extender la cobertura, sobre todo hacia la población más vulnerable y desprotegida hasta ese momento constituida por madres y por niños menores de 5 años. Fue entonces que se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, que establece el derecho de acceso a los servicios públicos de salud para la atención del parto y puerperio a toda mujer ecuatoriana. Posteriormente, tras las sucesivas reformas por las que atravesó esta ley, se incorporan otras prestaciones relacionadas con el puerperio y la atención al menor de 5 años. Esta ampliación del derecho al acceso de servicios de salud está financiada por el Estado y se refiere, específicamente, al pago de insumos, medicamentos y exámenes de laboratorio.

A finales del mismo año de 1994, la Comisión Interministerial de Reforma del Sector Salud del Ecuador, presentó una primera propuesta que otorgaba al Ministerio de Salud Pública (MSP) un rol eminentemente rector del sector salud. La propuesta contemplaba también que se delegarían progresivamente los papeles de administrador y proveedor directo de los servicios a las unidades de salud que vayan adquiriendo autonomía administrativa-financiera. Por su parte, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

*1 Ex-asesora técnica, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)

*2 Ex-asesor técnico, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)

le correspondería el rol de asegurador, con funciones de compra de servicios a proveedores plurales. Y el Seguro Campesino se convertiría en un seguro subsidiado. Dentro de la propuesta, las organizaciones autónomas, principalmente la Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), tendrían la función de empresas promotoras de salud. El sector privado podría intervenir en el aseguramiento ofertando sus servicios como alternativa a las mismas unidades del IESS e, inclusive, vendiendo planes adicionales a precios de mercado. En compensación, este sector contribuiría obligatoriamente con el financiamiento de programas de salud para la población más vulnerable (Varios Autores, 2004).

Sin embargo, la propuesta de la Comisión Interministerial no tuvo acogida en el sector. Como alternativa, fue ganando fuerza la idea de que el Consejo Nacional de Salud (CONASA) se constituya en el espacio idóneo para la discusión sobre los temas de reforma sectorial. Así, en el seno de esta instancia se constituyó la Comisión Técnica de Reforma que estableció una agenda centrada en la formulación de la Política Nacional de Salud, la organización del Sistema Nacional de Salud, la formulación de una política de desarrollo de recursos humanos, y la institucionalización de la promoción de la salud.

A partir de este momento, advino lo que se ha conocido como la “reforma silenciosa” (un proceso de cambios en el sector de la salud escasamente mediados por discusiones públicas), hasta que en 1998 se instaló la Asamblea Constituyente. Dentro de la Asamblea, la Comisión Técnica de Reforma del CONASA cumplió un papel preponderante. En efecto, consiguió que los asambleístas incluyan todo un capítulo de salud en el texto constitucional. Este logro abrió el camino para la implementación de la reforma sectorial. En esencia, el capítulo sobre salud de la Constitución establece: una

concepción de la salud como proceso integral y como derecho ciudadano; el deber y responsabilidad del Estado de promover la salud y formular la política nacional de salud; la conformación de un Sistema Nacional de Salud de funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo; y fuentes de financiamiento sectoriales de base pública. Sin embargo, el artículo relacionado con la implementación del Aseguramiento Universal de salud no fue aprobado por los asambleístas.

En el año 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social. En lo relativo a salud, esta Ley establece el seguro general de salud individual y familiar, con separación de funciones entre los procesos de aseguramiento, compra de servicios médicos y entrega de prestaciones de salud a los afiliados. A su vez, la nueva Ley propicia la libertad de elección de los usuarios y la autonomía de gestión entre las unidades del IESS, y abre la posibilidad de participación de entidades privadas en la provisión de servicios. Debe señalarse también que esta Ley mantiene el régimen especial del Seguro Social Campesino, con aportes subsidiados y cobertura familiar de prestaciones de salud y maternidad en similares condiciones a las del seguro general, individual y familiar.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud fue aprobada por el Congreso Nacional en el año 2002. Sin embargo, esto ocurrió como producto de fuertes negociaciones cuyo resultado final impidió que esta Ley se convirtiera en un verdadero instrumento de reforma. A pesar de este límite, cabe rescatar la organización participativa del sistema, la definición del plan integral de salud y del modelo de atención, y la delimitación de las funciones del sistema (coordinación o rectoría, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento).

Con el advenimiento del nuevo gobierno en el 2003, la reforma sectorial y su instrumentalización volvieron a generar

discusión pública. Específicamente, arrancó la propuesta del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), primero desde la Vicepresidencia y luego desde la Presidencia de la República a través de la creación de la Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) (Decreto Ejecutivo No. 962, 16 de diciembre de 2005). Entre otras funciones, la SODEM asumió la responsabilidad de dictar las estrategias y mecanismos operacionales para ejercer la ejecución y administración del Sistema de AUS. La creación de esta Secretaría fue planteada para cumplir dos grandes propósitos: incrementar la cobertura del seguro de salud del 20 al 100% de la población; y, promover la excelencia, el carácter integral y la calidad de atención a la salud. Las entidades aseguradoras y los proveedores de salud serían las instancias que implementarían esta política (Palacio, 2006).

El proyecto Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) buscó asesoría en el consorcio CARE-John Hopkins University para el diseño, implementación de estrategias y formulación de recomendaciones sobre la viabilidad y sostenibilidad del AUS. Entre las recomendaciones más relevantes presentadas por estas instituciones se incluye: incrementar la cobertura de la población, sobre todo de la más pobre (quintiles 1 y 2 de pobreza); garantizar la protección financiera de las prestaciones; subsidiar la demanda; fomentar la prevención y promoción de la salud; y, fortalecer los servicios públicos de salud. (CARE, John Hopkins University, 2005).

Hacia la construcción del Aseguramiento Universal de Salud

Para lograr el AUS en el plazo de diez años, en el 2002 desde la Vicepresidencia de la República se propuso la conformación y operacionalización de un Sistema Nacional de Aseguramiento Universal de Salud (SINAUS). Tal y como ha sido concebido, el SINAUS es de

carácter público y busca la protección financiera equitativa para proporcionar el acceso a la atención de salud con calidad y calidez para toda la población ecuatoriana. La propuesta de este sistema se basa en un enfoque renovado de la atención primaria de salud orientado a garantizar una atención universal, integral e integrada (OPS/OMS, 2005).

Con miras a efectivizar el SINAUS, se ha buscado asegurar la articulación, coherencia y complementariedad entre el conjunto de entidades y leyes relacionadas con esta propuesta. Esto con el fin de, respetando la autonomía de las diversas instituciones involucradas, alcanzar un nivel adecuado de protección financiera. La protección financiera implica disponer físicamente de servicios de salud integral e integrada en el momento en que se necesite de ellos, con mecanismos para financiarlos (principalmente de prepago) para así evitar que los gastos salgan directamente del bolsillo de los hogares.

En función de lo anterior, desde noviembre del 2004 a junio del 2005, se diseñó la propuesta de AUS. En julio del mismo año, se inició la organización e implementación del Programa Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), que prioriza la estructuración de un seguro orientado a servir a la población del primer y segundo quintil, a través del plan de beneficios de salud del AUS. Los costos de este seguro, tal y como fue planificado, se cubrirían mediante subsidios financiados por recursos públicos y, posteriormente, se sumaría la contribución de la población de los quintiles tercero, cuarto y quinto. Este plan de beneficios proporciona acceso a servicios de salud por medio de dos subconjuntos. El primero se refiere a la atención primaria esencial de salud (primer nivel de atención) de carácter universal y obligatorio; y el segundo, a la atención ambulatoria y hospitalaria de segundo y tercer nivel dirigida a la patología de mayor prevalencia en el perfil epidemiológico de la población. El segundo

subconjunto incluye el tratamiento de un grupo selectivo de patologías de alta frecuencia y alto costo para la población, a través de una red plural de proveedores, donde el sistema público es esencial.

El sistema AUS es una intervención que contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud.

Sus definiciones centrales son las siguientes:

- Cobertura: todos los habitantes del territorio ecuatoriano estarán asegurados.
- Financiamiento: se respetarán los actuales recursos públicos de las instituciones, se encontrarán mecanismos de relación, se asignarán recursos fiscales adicionales y se racionalizará y mejorará la calidad del gasto.
- Provisión: se integrará a todos los actores proveedores del sistema de salud del país sobre la base de la red pública en una red de atención coordinada.
- Plan de Beneficios de Salud: el subconjunto de primer nivel será obligatorio y universal para todos los ecuatorianos; y el subconjunto ambulatorio y hospitalario de segundo nivel será subsidiado de forma progresiva de acuerdo al ingreso.
- Costo estándar: el costo estará basado en criterios de calidad y primas para cada quintil de carácter progresivo (a más ingreso, más prima).
- Administración: se conformará una instancia en la SODEM para la administración, compra de servicios y manejo de los recursos del AUS.
- Licenciamiento: el MSP otorgará certificados de licenciamiento a proveedores públicos y privados de acuerdo a su normativa.
- Acreditación: se acreditará a todos los proveedores del sistema AUS.

El AUS se rige por los siguientes principios: derecho ciudadano y equidad; racionalidad

pública y protección social; universalidad y gradualidad; solidaridad social; eficiencia, eficacia y calidad; participación; transparencia y honestidad; competencia y libre elección regulada.

Como señala el Decreto Ejecutivo con el que fue creado, el propósito central del AUS es proporcionar la protección financiera, oportuna e integral, a todos los ecuatorianos y ecuatorianas, para un acceso efectivo a un plan de beneficios de salud basado en la atención primaria de salud. El AUS privilegia la salud de los ciudadanos y ciudadanas más pobres y vulnerables, a través de la articulación de instituciones públicas y privadas del sector salud y con el esfuerzo conjunto de la sociedad ecuatoriana para mejorar el nivel de vida, de salud y el ejercicio real de sus derechos.

A partir de este propósito, los objetivos específicos del AUS podrían ser sintetizados en siete puntos:

- Lograr la cobertura financiera universal efectiva de salud entre la población ecuatoriana más pobre y vulnerable de forma subsidiada hasta el año 2010. Y alcanzar esa cobertura entre el resto de población de forma contributiva y progresiva, para enfrentar los riesgos financieros provocados por problemas de salud, riesgos epidemiológicos y su tratamiento integral, de forma subsidiada y contributiva según el ingreso.
- Asegurar el acceso a un Plan de Beneficios de Salud (que incluye promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), a través de un subconjunto de atención primaria ambulatoria de forma universal, obligatoria y subsidiada a toda la población ecuatoriana, y de otro subconjunto ambulatorio y hospitalario de segundo nivel dirigido a las patologías de mayor prevalencia en coherencia con el perfil de necesidades y problemas de salud a lo largo del ciclo de vida.

- Obtener financiamiento sostenible y establecer mecanismos de manejo transparente para lograr que la población ecuatoriana acceda a un Plan de Beneficios de Salud.
 - Articular las diferentes modalidades de aseguramiento de forma progresiva hasta constituir un sistema nacional obligatorio a través de estrategias y mecanismos operacionales de cooperación y de información en el corto, mediano y largo plazo.
 - Promover la calidad, continuidad y complementariedad de la atención de salud integral e integrada, a través de la organización de redes de provisión de servicios de salud pública y privada sin fines de lucro, en un primera etapa, y con fines de lucro, de acuerdo al desarrollo del PROAUS.
 - Asegurar la eficiencia, oportunidad y calidez en la atención de salud a todos los usuarios del seguro, a través de la orientación permanente, el establecimiento de canales de comunicación continuos, sistemas efectivos de administración y solución de reclamos, y a través de la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios.
 - Contribuir a preservar y mejorar la salud de los ecuatorianos y ecuatorianas y la formación de capital humano, mediante la implementación del AUS, dentro del Sistema Nacional de Salud y bajo la rectoría del MSP.
- fortalecimiento y coordinación de las redes plurales de proveedores.
 - Establecimiento de mecanismos para la convergencia en el corto, mediano y largo plazo, de las diferentes modalidades de aseguramiento en salud que coexisten en el país.
 - Reorientación del modelo de atención de los servicios hacia una atención que propicie el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades, y que responda a sus necesidades fundamentales.
 - Establecimiento de un Plan de Beneficios de Salud con enfoque intercultural, como base obligatoria de cobertura integral universal de servicios de salud, que responda de forma costo-efectiva a los requerimientos demográficos y epidemiológicos de la población en coordinación con el CONASA.
 - Pluralidad en la provisión, constituyendo una red pública con capacidad de respuesta a las necesidades de la población, a la que se incorpore de forma progresiva las organizaciones no gubernamentales (ONG) sin fines de lucro y, posteriormente, los proveedores con fines de lucro.
 - Mecanismos de compra y pago por servicios de salud e incentivos a las redes de proveedores públicos y privados en función del cumplimiento de estándares de calidad y objetivos de salud.
 - Fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos en salud que propicie la excelencia técnica, responsabilidad laboral y compromiso social.
 - Rendición de cuentas y veeduría que aporte a la construcción de la ciudadanía en salud y permita el pleno conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política del Estado ecuatoriano.

Las estrategias contempladas para alcanzar estos objetivos son las siguientes:

- Fortalecimiento del ejercicio del rol rector del MSP que emana a través de instrumentos jurídico-legales de regulación, normatización y estandarización técnica, mandatorios tanto para el sector público como privado de la salud.
- Fortalecimiento de la construcción del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el

Características del sistema de AUS

Población beneficiaria

En el Ecuador, la clasificación de la población por quintiles de ingreso o consumo ha sido un instrumento valioso a efectos de direccionar políticas sociales equitativas. Entre los quintiles de más bajos ingresos se concentra el mayor porcentaje de población del país. Priorizando a este sector de la población, si el AUS se erigiera como una política de Estado, se aseguraría en salud a por lo menos 5,2 millones de habitantes, quienes apenas alcanzan a captar 43,75 dólares per cápita por mes (en el quintil 1) y 81,74 dólares per cápita por mes (en el quintil 2).

Dentro del quintil 1 de la población, apenas se encuentran asegurados alrededor de 12% de las personas. En contraste, en el quintil 5 (de ingresos más altos) el 36% de las personas se encuentran aseguradas. La falta de cobertura de aseguramiento por provincias y quintiles, muestra el enorme déficit que urge superar.

Son estas consideraciones las que han orientado la definición de la población objetivo del AUS para el periodo 2005-2010. Para el efecto, en base a las proyecciones de población total del Ecuador realizada por el INEC y a las estimaciones proyectadas por la investigación realizada por el ya mencionado consorcio CARE-John Hopkins (2005), se realizó la estimación de la población objetivo tal como muestra el cuadro 1.

Los criterios para identificar a los sectores sociales hacia donde se pretende extender la cobertura de protección financiera del sistema AUS (población de muy bajos y de bajos ingresos), parten de la identificación realizada en la base SELBEN.

Afiliación

Se considerará como aseguradas a todas las familias o núcleos familiares que, cumpliendo los requisitos establecidos para el efecto, se hayan afiliado de forma efectiva al sistema de AUS. Los requisitos de afiliación son: constar en la base del SELBEN; presentar cédula de identidad o un documento que acredite su residencia permanente en Ecuador; proporcionar datos fidedignos de todos y cada uno de los miembros de su familia que se requieran; y, en caso de que fuese afiliado a otro sistema de aseguramiento, proporcionar los datos de afiliación, a fin de establecer cruce de cuentas de sistemas.

Si el núcleo familiar consta en la base de datos SELBEN, la afiliación al AUS es un derecho. La afiliación efectiva ocurre cuando el o la jefe de familia se acerca a los puntos de afiliación designadas por el PRO-AUS para el efecto, y se obtiene su huella dactilar a través de un dispositivo biométrico o, en el caso de los niños, una fotografía. Estos puntos operarán en sitios especificados con antelación a través de la promoción y comunicación social de base local. En el proceso de afiliación, podrán participar las municipalidades que hayan firmado convenios de alianza con el AUS. En la operatividad concreta de cada territorio se establecerá la forma operativa más conveniente para realizar la afiliación.

Plan de Beneficios de Salud del AUS

Los beneficiarios tienen derecho a acceder, en cualquiera de las instituciones contratadas como proveedoras del PRO-AUS, al Plan de Beneficios de Salud del AUS. Este plan tomó como punto de partida el diseño del Plan Integral de Salud elaborado por el CONASA en

Cuadro 1

Cobertura de aseguramiento. Ecuador (proyección hasta el año 2015)

Años	Población total años	Total población asegurada	Total población no asegurada	Proyección de demanda				
				Muy bajos ingresos (Q1)	Bajos ingresos (Q2)	Medianos ingresos (Q3)	Altos ingresos (Q4)	Muy altos ingresos (Q5)
2005	13.186.277	3.222.216	9.964.061,0	1.849.329,7	2.256.859,8	2.174.158	2.039.643	1.644.070,1
	%	24,4		18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2006	13.371.110	3.641.115	9.729.995,0	1.805.887,1	2.203.843,9	2.123.085	1.991.730	1.605.449,2
	%	27,2	75,6	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2007	13.555.943	4.152.851	9.403.091,9	1.745.213,9	2.129.800,3	2.051.755	1.924.813	1.551.510,2
	%	30,6	73,8	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2008	13.740.776	4.244.732	9.496.044,1	1.762.465,8	2.150.854,0	2.072.037	1.943.840	1.566.847,3
	%	30,9	71,3	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2009	13.925.609	4.337.294	9.588.315,4	1.779.591,3	2.171.753,4	2.092.170	1.962.728	1.582.072,0
	%	31,15	72,0	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2010	14.110.442	4.431.912	9.678.529,9	1.796.335,1	2.192.187,0	2.111.855	1.981.195	1.596.957,4
	%	31,41	73,4	18,6	22,7	21,8	20,5	16,5
2011 — 2015	15.685.032	4.923.131	10.761.900,8	1.997.408,8	2.437.570,5	2.348.247	2.202.961	1.775.713,6
	%	31,39	81,6	18,56	22,65	21,82	20,47	16,50

Fuente: Producto 1. Consultoría "Diseño del AUS". Consorcio CARE- John Hopkins (2005). INEC, Proyecciones de población (2005)
Elaboración: Equipo AUS-SODEM

el año 2003, que parte de los mandatos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud tanto para implementar el modelo integral de atención de salud como para definir las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

El Plan de Beneficios de Salud del AUS contempla un conjunto de servicios que apuntan a garantizar la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo. Hace énfasis en la promoción de la salud y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las prestaciones se enfocan a responder a los problemas, necesidades o riesgos de salud prioritarios, de forma integral durante todo el ciclo de la vida. Adicionalmente, este plan

considera no sólo el pasado y presente, sino también el futuro proyectado sobre la transición demográfica y epidemiológica de la población.

A partir de este marco, se han establecido dos subconjuntos de prestaciones. El primer subconjunto corresponde a los beneficios de atención primaria esencial de salud, que incluyen: acciones colectivas de promoción de la salud y prevención colectiva de la enfermedad; acciones individuales dirigidas a la prevención individual o a la rehabilitación basada en la comunidad; emergencias prehospitales y recuperación de enfermedades agudas prevalentes de alta frecuencia de manera integral e integrada (esto último con atención ambulatoria de medicina general/familiar, de

1 En el caso de que los proveedores de servicios de salud cuenten con estos recursos médicos especializados.

pediatría, gineco-obstetricia¹ y odontología básica para todos los grupos de edad que incluye diagnóstico y tratamiento completo). Por otro lado, el segundo subconjunto de prestaciones corresponde a los beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patologías prevalentes. Estas prestaciones se realizarán solo con referencia autorizada desde el primer nivel o por emergencias, e incluye: ambulatorio especializado que abarca el diagnóstico, tratamiento y la contrarreferencia hacia el primer nivel; acciones de hospitalización clínica y quirúrgica de mayor prevalencia, referidas por el primer nivel o por emergencia, que incluye una consulta de control post egreso² y la contrarreferencia obligatoria al nivel que lo remitió.

La implementación del subconjunto de atención primaria esencial de salud es intersectorial y sectorial. Su contenido y cobertura se detallan en el cuadro 2.

Por otra parte, la implementación del subconjunto de beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patología es sectorial. Su contenido se detalla en el cuadro 3.

Las estimaciones de los costos de este plan de beneficios, se realizaron tomando como referencia los costos estimados por la OPS/OMS (2004) para el CONASA. El plan definido incluye costos estimados per cápita y costos incrementales por año.³ Además, se estima un costo adicional para incentivos por calidad, desempeño y cumplimiento de objetivos de salud al primer nivel de atención (cuadro 4).

Cuadro 2

Atención primaria esencial de salud. Ecuador (2005)

Promoción de la salud por familia:
- Entre 6 a 10 actividades al año de contacto directo de la población en temas prioritarios por grupo de edad (hábitos saludables, participación ciudadana en salud, entornos saludables, etc). - Promoción de la formación de un Consejo de Salud. - Creación de un 50% de escuelas saludables (mínimo 5 actividades relacionadas por escuela). - Creación de 1 club para adolescentes, madres y tercera edad. - Realización de 1 jornada, como mínimo, sobre discapacidades, violencia intrafamiliar y derechos de salud.
Prevención colectiva por familia:
1 visita anual al menos al 30% de familias en riesgo. 1 vista personalizada a familias con adulto mayor, discapacidad y violencia intrafamiliar. 1 plan de contingencia y evacuación de desastres y 1 simulacro. 1 visita anual de condiciones saludables al 100% de servicios básicos. 1 visita anual de vigilancia de barrios en riesgo de enfermedades transmisibles.

2 En casos quirúrgicos no complicados, incluye retiro de puntos y curación.

3 El costo per cápita por año se refiere al costo estimado por persona-año de un conjunto de prestaciones que incluyen niveles de promoción, prevención secundaria colectiva, curación y rehabilitación, y que se encuentra estimado para toda la población ecuatoriana. El costo incremental se refiere al costo adicional que se estima habrá que reconocer a las instituciones proveedoras del sector público, puesto que el porcentaje restante (en promedio 80%, pero esto debe calcularse para cada institución pública) se encuentra reconocido por otras fuentes de ingresos (sea vía presupuesto del Estado o aportes patronales y personales).

Grupos de edad	Cobertura anual
Consultas preventivas:	
Recién nacido	1 consulta temprana a RN.
Niños menores de 1 año	6 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor, inmunizaciones y complemento alimentario.
Niños de 1 a 2 años	3 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor, inmunizaciones. Dos controles odontológicos (profilaxis y aplicación flúor). Detección del maltrato. Determinación de agudeza visual y auditiva
Niños de 2 a 5 años	2 controles de crecimiento y desarrollo psicomotor e inmunizaciones. Dos controles odontológicos (profilaxis y aplicación flúor). Detección del maltrato. Determinación de agudeza auditiva.
Niños de 5 a 10 años	1 control de crecimiento y desarrollo psicomotor. 1 aplicación de sellantes en premolares definitivos, topicación de flúor y profilaxis dental. Valoración visual y auditiva según riesgo y otros exámenes según riesgo.
Adolescentes	1 consulta de crecimiento y desarrollo, estado nutricional. 1 control odontológico (flúor, profilaxis). 1 valoración visual y auditiva.
Adultos varones de 20-64 años	1 consulta para prevención y detección temprana de enfermedades. Exámenes según riesgo. Valoración visual y auditiva según riesgo.
Adultos/as de 65 años o más	1 consulta para prevención y detección temprana de enfermedades. Exámenes según riesgo. Valoración visual y profilaxis dental. Audiometría.
Mujeres en edad fértil:	
Consulta preventiva MEF	1 consulta de planificación familiar (incluye entrega de anticonceptivos). 1 consulta para <i>pap-test</i> , e inmunización si es necesario.
Control prenatal	3 controles en el embarazo normal y hasta 6 en el embarazo con riesgo. Detección de riesgos en el embarazo por exámenes de laboratorio. 2 profilaxis bucal. Complemento alimentario. Inmunizaciones si es necesario. Vitaminas prescritas.
Control posparto	1 control entre 1 y 6 semanas posparto y hasta 6 en el embarazo con riesgo. Detección de riesgos en el embarazo por exámenes de laboratorio. 2 profilaxis bucales. Complemento alimentario. Inmunizaciones si es necesario. Vitaminas prescritas.
Consulta de morbilidad aguda, crónicos:	
Todos los grupos	Consulta de morbilidad aguda. Exámenes de laboratorio. Radiografías según clínica. Medicamentos del cuadro nacional. Hasta 4 consultas al año.
Consultas a pacientes diabéticos	4 controles específicos para la enfermedad. 2 exámenes de laboratorio según guía clínica. Búsqueda activa de riesgo cardiovascular. 1 electrocardiograma anual. Medicamentos del cuadro nacional. (2 referencias) a consulta de especialidad (una en el debut o por control anual y una de acuerdo con la guía clínica).
Consultas a pacientes con hipertensión	4 controles específicos para la enfermedad. 2 exámenes de laboratorio según guía clínica. 1 electrocardiograma anual. Medicamentos del cuadro nacional. 2 referencias a consulta de especialidad (una en el debut o por control anual y una de acuerdo con la guía clínica).
Consultas de salud dental básica	2 extracciones y 2 restauraciones al año. 1 periodoncia sólo en niños de 5 a 10 años.

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

Financiamiento

El financiamiento del PRO-AUS proviene de recursos del gobierno central. Adicionalmente, se

cuenta con el respaldo de créditos internacionales que apoyan tanto a la SODEM como al MSP en la implementación de los sistemas de soporte necesarios para la operación del AUS.

Cuadro 3

Beneficios ambulatorios y hospitalarios de segundo y tercer nivel por patología. Ecuador (2005)

Grupos de edad	Tope de cobertura anual individual
Todos los grupos	Hasta 2 emergencias en el año, incluyendo atención quirúrgica si se refieren a patologías que se cubren por el AUS.
Todos los grupos	Consulta externa de especialidad. Incluye exámenes de laboratorio, radiografías y medicamentos genéricos, hasta 2 consultas al año y contrarreferencia a primer nivel.
Todos los grupos	Hospitalización para enfermedades más frecuentes. Incluye honorarios profesionales, día cama, insumos, medicamentos, exámenes, control postgreso y contrarreferencia a primer nivel.
Todos los grupos	Atención para 10 cirugías más frecuentes. Incluye honorarios profesionales, día cama, insumos, medicamentos, exámenes, control postgreso y contrarreferencia a primer nivel.
Patologías especiales de cobertura explícita hasta tratamiento:	
Atención a 3 tumores más frecuentes: mama, cerviz y próstata	Referencia de primer o segundo nivel. Consulta de especialidad, cirugía, tratamiento y control.

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

Cuadro 4

Costos per cápita, costos incrementales e incentivos. Ecuador (2005)

Subconjunto	Per cápita	Incentivos según indicadores trazadores
Atención primaria esencial de salud	30	3,2
Atención de segundo nivel ambulatorio y hospitalización	12,88	
Atención de tercer nivel, ambulatorio y hospitalización	2,14	
TOTAL	45,00	3,2

Fuente: Producto 2.1 Plan de Beneficios de Salud Garantizado para el AUS. Consultoría Care- John Hopkins (2005)
Elaboración: Equipo SODEM-AUS

La construcción de una propuesta de esta envergadura, estimada a plasmarse entre el 2005 y el 2015, obligó a establecer dos niveles de implementación gradual. Primero vendría la incorporación de la población y de prestaciones de salud al sistema. Y segundo la definición de los roles a ser cumplidos por las instituciones incluidas en el AUS (incluyendo el aspecto financiero), para evitar duplicaciones y optimizar la calidad del gasto.

Sistemas y mecanismos de pago

El método de pago elegido por el PRO-AUS se ha definido en función de los avances en la cobertura planificada de la población beneficiaria. Mientras mayor población sea cubierta, mayor es la garantía del *pool* para dispersar tanto riesgos epidemiológicos como financieros.

En lo que a los mecanismos de pago se refiere, es importante hacer una distinción entre las

prestaciones colectivas y las individuales de primero, segundo y tercer nivel. Con este criterio, se han establecido las siguientes modalidades de pago en el AUS:

- **Capitación:** para los servicios referentes al subconjunto de atención primaria esencial de salud, el monto de pago se establecerá como un per cápita anual en dólares, que cubrirá las atenciones que se requieran durante el período contratado en el caso de cada individuo.
- **“Caso resuelto”** o “pago por episodio/ evento”⁴: para los servicios referentes a prestaciones individuales de segundo y tercer nivel de atención ambulatoria y hospitalaria, el monto de pago se establecerá de acuerdo a las tarifas convenidas con los proveedores de servicios de salud, relacionadas con las prestaciones (patología y/o procedimiento quirúrgico) en el tarifario referencial del Plan de Beneficios de Salud.
- Los medicamentos para los quintiles 1 y 2 de la población serán subsidiados en un 100%. En los otros quintiles habrá un co-pago que se establecerá de acuerdo a cada categoría (se excluye de este pago a las embarazadas y niños hasta 14 años).

Proveedores y compra de servicios en el PRO-AUS

Dentro de un sistema de aseguramiento, los roles de los proveedores de servicios son muy importantes. En el Ecuador, y especialmente en los servicios de salud (sobre todo públicos), es necesario construir capacidades y generar nuevos roles a ser asumidos por los proveedores. La novedad fundamental que debe ser introducida se refiere a las modalidades de compra de servicios de salud a través de una tercera instancia. Tal instancia, realiza la función de asegurador, afilia, define beneficios, controla la facturación, y

contrata y paga a proveedores. En el caso de PRO-AUS, es la SODEM la instancia que asume estas tareas administrativas.

La función de compra en el PRO-AUS incluye dos componentes: las modalidades de inserción de los proveedores de servicios de salud y la contratación de los proveedores de servicios de salud. PRO-AUS, como comprador de servicios, ha definido que, en el ámbito poblacional y geográfico de una o más jurisdicciones territoriales, políticas, parroquiales, cantonales o provinciales, el tamaño óptimo para los proveedores individuales y/o para las redes de provisión de servicios de salud es de más de 100.000 habitantes. Este número garantiza un *pool* de riesgos epidemiológicos y financieros, el equilibrio técnico que facilita su sostenibilidad futura, y el desarrollo estratégico de las redes de servicios de salud.

En el caso de las unidades operativas del MSP en las que la población asignada por parroquia a una unidad operativa sea inferior a este número de población, se harán consideraciones adicionales que deberán ser definidas en acuerdo mutuo y que estarán establecidas en el convenio marco.

En la primera fase de implementación del PRO-AUS, cuando se incorporan como proveedores principales a los servicios públicos de salud, se establece un proceso de fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en coordinación con este Ministerio.

El proceso de contratación de proveedores de salud tiene que ajustarse, fundamentalmente, a los siguientes pasos: identificación, calificación, registro y pre-selección de proveedores; selección de proveedores; negociación y contratación; firma de contratos; monitoreo y evaluación de proveedores contratados.

⁴ Un caso resuelto se refiere a la atención de hospitalización a un paciente con referencia o emergencia, desde que ingresa hasta su egreso, incluyendo hasta dos consultas de seguimiento establecidas por el mismo diagnóstico de egreso.

Sistemas de soporte para la implementación del AUS

Se han definido y desarrollado los siguientes sistemas que serán de uso obligatorio para los proveedores del PRO-AUS: sistema de información; sistema de auditoría; mejoramiento de la calidad; capacitación de los recursos humanos de los diversos actores del sistema AUS y PRO-AUS como estrategia de cambio-adaptación a la implementación de la función de aseguramiento y mejoramiento de la calidad de la atención.

Tendencias y perspectivas del AUS en el Ecuador

La implementación del AUS en el marco de la reforma sectorial implica un giro en el enfoque que ha orientado a esta reforma en el Ecuador. Este cambio pasa por colocar al ciudadano en el centro de las decisiones referidas tanto a la definición de los beneficios, la contratación y pago a proveedores, como al control del cumplimiento de los resultados cuantitativos y cualitativos contratados. Por otra parte, el enfoque del AUS implica mejorar el acceso de la población, cubriendo de manera prioritaria y desde el inicio a la población con mayores necesidades y con mayor exclusión en salud.

La cobertura de seguros de salud en el Ecuador se incrementaría con el AUS y el gasto directo de los hogares disminuiría. Esto significa que la tendencia de financiamiento de la salud se modificaría tendiendo hacia un menor esfuerzo de los hogares y un incremento de la inversión pública en salud.

En relación a lo expuesto, el AUS requeriría de un reforzamiento del rol de rectoría del MSP, y particularmente del CONASA. La capacidad de reglamentación nacional (tanto para la provisión como para el financiamiento) tendría que incrementarse para que sea válida tanto para el sector público como para el privado, y de igual manera, su capacidad de liderazgo entre las instituciones del sector salud debería consolidarse, para que tenga la capacidad de concertar, aplicar y vigilar sus reglamentaciones y normas. Este punto es clave para regular el mercado de los servicios de salud, preservando el interés y el bien común de la ciudadanía ecuatoriana no sólo en la cantidad de servicios sino en la calidad de los mismos.

Los incentivos de pago a los proveedores de servicios de salud contratados por el AUS se han direccionado al primer nivel. Esto responde a una estrategia orientada a la atención primaria de salud, que no sólo propende a ampliar la puerta de entrada al sistema de servicios de salud, sino también a fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La implementación del AUS requiere de una articulación con otras modalidades de aseguramiento vigentes en el país, de la estandarización de procesos e información, y del trabajo conjunto que aporte a la disminución de la fragmentación, segmentación e inequidad del sistema de salud actual.

Alcanzar el AUS implicaría desarrollar la función de aseguramiento establecida por ley, pero que aún no ha sido tratada bajo reglamentación alguna. Partiendo desde las necesidades, riesgos y derechos de la ciudadanía, es muy importante que el AUS se consolide en los próximos años como un mecanismo para el mejoramiento de la salud.

Bibliografía:

- BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID 1995 "Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: Hacia una agenda regional para la reforma del sector salud". Documento de trabajo para la reunión especial sobre reforma del sector salud. Septiembre de 1995 (Washington DC).
- CARE, John Hopkins 2005 "Proyecciones de población para el AUS". Producto 1.1, 1.2, 1.3, de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Plan de Beneficios de Salud Garantizado". Producto 2.1 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Mecanismos de pagos del AUS". Producto 2.10 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- CARE, John Hopkins 2005 "Documento de síntesis del AUS". Producto 2.3 de consultoría. Vicepresidencia de la República del Ecuador. Julio 2005. No publicado.
- Organismo Andino de Salud (ORAS), Convenio Hipólito Unanue (CONHU) 2004 "Reformas del sector salud en el camino de la integración, aprendizaje y perspectivas". Memorias del seminario internacional. Lima, marzo del 2004.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1995. Informe técnico. Resolución CD38.R14 del 30 de septiembre de 1995.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2005 *Renovación de la Atención Primaria de salud. Serie Informe Técnico OPS. Washington. Septiembre 2005.*
- Palacio, Alfredo 2006 *Salud, el derecho de todos* (Quito: Presidencia de la República del Ecuador / SODEM).
- Secretaría Nacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM) 2005 "Lineamientos y estrategias operacionales del AUS". Resolución No16. Diciembre 2005.
- Varios Autores 2004 *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina* (Lima: OAS).

Parte IV

Los modelos de atención a la salud

Los modelos de atención de salud en Ecuador

Fernando Sacoto*

Introducción

La histórica reunión realizada en Alma Ata en 1978, constituye un referente imprescindible para el análisis de las características más relevantes de la atención de salud en Ecuador durante las últimas décadas. En el marco de esta reunión, países de todo el mundo se comprometieron a impulsar la atención primaria de salud, como estrategia nuclear para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Más allá de que, como sabemos, la meta no se cumplió en muchos países del tercer mundo, la cumbre de Alma Ata es de suma trascendencia, no sólo por la vigencia de sus planteamientos, sino también por la fuerza moral que tiene una convocatoria internacional que insta a superar las profundas desigualdades que se mantienen en el mundo. Por lo demás, el reciente compromiso mundial en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas es una renovada demostración de este tipo de empeños.

Como sabemos, la atención primaria de salud comprende un conjunto integral de acciones intersectoriales. Al respecto, resulta pertinente citar el acápito de la declaración de Alma Ata que se ocupa de este aspecto de la salud pública. Allí se establece que la atención primaria es “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención

de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (UNICEF, OMS, 1978). Como vemos, desde su concepción, la atención de salud en niveles primarios se visualizó como parte de un sistema nacional de salud y de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Para disponer de un contexto referencial, conviene revisar algunos conceptos básicos sobre lo que ha de entenderse como sistema nacional de salud. Para el efecto, he escogido definiciones provenientes de experiencias en las que se materializaron sistemas de salud sólidamente contruidos. En la mayoría de países europeos, por ejemplo, se pueden distinguir dos tipos de componentes en los sistemas de salud: los estructurales y los socio-económicos. El componente estructural comprende tres elementos: la atención primaria, que ha evolucionado del médico de cabecera al centro de salud; la atención hospitalaria, con una evolución desde el hospital general de beneficencia a la atención especializada en diversos niveles; y la salud pública, que ha pasado de la medicina preventiva a la promoción de la salud y la planificación sanitaria. Por su parte, el componente socio-económico del sistema de salud comprende otros tres aspectos: la participación del sector público y del privado en su financiación; el tipo de funcionamiento en su globalidad y en sus diferentes niveles; y la relación que guardan el sistema sanitario (servicios y recursos públicos, garantía de

* Director ejecutivo, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD)

derechos activos, etc.) y la población (usuarios, clientes, copartícipes, etc.) con el Estado.

Por otro lado, manteniendo como referencia a los países europeos, se pueden reconocer dos tipos clásicos de sistemas de salud. Primero, el sistema “Bismarck”, en el que el Estado “garantiza las prestaciones sanitarias a través de cuotas obligatorias, dando libertad para la negociación entre los tres protagonistas: los usuarios, los profesionales y las entidades aseguradoras”. Este sistema corresponde, por tanto, a un seguro obligatorio de enfermedad. Y segundo, el sistema “Beveridge”, que constituye “una estructura pública sanitaria financiada por los presupuestos del Estado, que da cobertura universal, gratuita y completa”, y que funciona junto a una prestación privada suplementaria y opcional a cargo de seguros privados, o canalizada a través de pagos por servicio médico (Campos, Gómez, Sánchez, 1998: 822-824).

Para cerrar esta breve revisión, es importante destacar la inequívoca concepción de los servicios de cuidado primario como parte nuclear de auténticos sistemas nacionales de salud que procuran garantizar la atención de salud por parte del Estado, con atributos reales y no teóricos de universalidad, equidad, calidad y eficiencia. Este es el deber ser de un apropiado modelo de atención de salud. Dentro del marco más amplio de América Latina, a continuación procuraremos analizar los esfuerzos que se han realizado en Ecuador para acercarse a tales propósitos.

La configuración de los sistemas de salud en América Latina y el Ecuador

A diferencia de lo señalado anteriormente, en términos generales, la atención de salud en América Latina ha tendido a ser organizada alrededor de tres subsectores separados. El público u oficial, frecuentemente organizado en unidades de jurisdicción nacional, provincial,

municipal, etc. El de la seguridad social, con jurisdicciones diferentes y capacidad instalada propia. Y el privado, con una amplia gama de provisión, desde consultorios ambulatorios hasta unidades de alta especialización.

A finales de los ochenta, una caracterización de los servicios de salud en la región (OPS/OMS, 1989) registró las debilidades (que, en general, todavía se mantienen) señaladas a continuación. Falta de rectoría por parte de los Ministerios de Salud, con una consecuente falta de coordinación entre subsectores, y una duplicación y dispendio de recursos. Protección insuficiente de la población: notorio déficit de cobertura, calidad y distribución de servicios de salud, sumado a debilidades financieras y de gestión. Concentración de recursos en hospitales y sectores urbanos. Bajo rendimiento de equipos e instalaciones y excesiva inversión tecnológica en equipamiento de alta complejidad. Gasto reducido en salud, menor a cifras mundiales promedio (100 dólares/habitante/año). Y, por último, falta de sistemas permanentes de evaluación.

Los elementos señalados prácticamente corresponden, en su totalidad, a la situación de la atención de salud en Ecuador. Hacia 1990, pero todavía con una clara resonancia actual, se caracterizó al panorama de la salud en nuestro país en los siguientes términos: “En general, el Sistema Institucional (existen también servicios no formales o de medicina tradicional) ha desarrollado, históricamente, un modelo de atención preocupado más por la curación que por la prevención y el fomento de la salud. [Quienes propugnan este modelo] consideran solo los aspectos biológicos de la salud-enfermedad, ignorando la influencia de factores sociales, económicos y políticos. [Las instituciones de salud construidas bajo este modelo] constituyen espacios cerrados a la opinión de usuarios y comunidades. Este modelo propugna el uso de tecnología sofisticada y se centra en la figura del hospital.

En lo administrativo [las diversas instancias de este “sistema”] tienen muy poca coordinación entre sí. Hay frecuente duplicación de tareas, con el consiguiente desperdicio de recursos. La administración está excesivamente centralizada y burocratizada, lo cual sumado a una crónica escasez de recursos financieros, deja un saldo desfavorable para la atención eficaz y equitativa de la salud de la población” (Sacoto, Terán, 1990: 19).

Una década después de lanzada al mundo la estrategia de atención primaria de salud (APS), la evaluación de avances en América Latina era deficitaria. Efectivamente, en 1989, la OPS/OMS señalaba la “necesidad urgente de acelerar los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud, con el fin de favorecer la aplicación de la estrategia de atención primaria y de hacer realidad la meta de salud para todos en el año 2000”. Para el efecto, la OPS/OMS emitió la Resolución XV, referida al “desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud [...] como una táctica operativa para acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria y sus componentes esenciales” (OPS/OMS, 1989: VI).

Algunos de los componentes centrales de esta estrategia de reforma que iba de lo local a lo nacional, son la descentralización y desconcentración del aparato estatal; la identificación de conjuntos poblacionales; la coordinación y articulación de recursos intra e intersectoriales existentes en tales espacios o conjuntos; la definición del nivel de dirección responsable de la administración de las acciones de salud; la creación de redes de atención integral, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad para construir estructuras más sensibles a las necesidades de la población; y, la plena articulación de unidades básicas organizativas con una entidad global que es el Sistema Nacional de Salud.

Aplicación de los SILOS en Ecuador: la salud familiar, integral y comunitaria

Con los antecedentes del Plan Nacional de Medicatura, del Plan de Salud Rural (que, en los albores del Ministerio de Salud Pública (MSP), contribuyó significativamente a expandir la cobertura de servicios primarios (al igual que lo haría años más tarde el Seguro Social Campesino), y del progresivo desarrollo de programas preventivos (especialmente de salud materno-infantil y el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI-), en 1988 se registra en Ecuador un esfuerzo político claramente orientado a fortalecer la atención primaria de salud. Efectivamente, a la propuesta de construcción de un modelo de salud familiar, integral y comunitario (SAFIC), le acompañó un vigoroso desarrollo operativo. Este proceso determinó logros tan significativos como la puesta en funcionamiento de cerca de 500 nuevas unidades de atención primaria y la incorporación de alrededor de 1.500 puestos locales de trabajo para profesionales de salud distribuidos en todo el país. Nunca antes ni después se ha registrado un hecho semejante.

Las principales características del modelo SAFIC fueron las siguientes. Se asignó a cada subcentro de salud un área y población precisas de influencia, estimada en 600 familias. El equipo de salud estuvo compuesto, básicamente, por un médico y una enfermera y/o una auxiliar de enfermería, que posteriormente se complementó con un odontólogo a tiempo parcial. Se propuso la incorporación de colaboradores voluntarios de salud en relación de 1 por cada 50 familias, y con una dedicación promedio de 4 horas semanales. La acción inicial del equipo de salud, después de establecer un croquis de su área de influencia, fue la realización del diagnóstico familiar y comunitario que proporcionaba datos imprescindibles para el trabajo (como el número y composición familiar e identificación de factores de riesgo). Los equipos de salud

realizaban su trabajo en 4 grandes áreas: atención extramural, a nivel familiar y derivada de riesgos familiares diferenciales; atención extramural, a nivel comunitario y derivada de prioridades identificadas en el diagnóstico; atención intramural en actividades programadas de prevención, fomento y recuperación; y, capacitación continua, administración e investigación. Por otro lado, para mejorar la atención odontológica se contempló la dotación de unidades odontológicas móviles (priorizando acciones a nivel escolar), educación, profilaxis y recuperación. El horario de atención de las unidades se ampliaba con jornadas adicionales vespertinas, en acuerdo con usuarios y organizaciones. En términos generales, el modelo SAFIC apuntaba a fortalecer la participación comunitaria en el diseño y ejecución de los planes de salud, en las decisiones sobre su funcionamiento operativo y en la administración de botiquines populares, entre otros aspectos.

Entre los factores que contribuyeron a plasmar en apreciable grado los postulados del modelo SAFIC, se pueden destacar, por los menos, seis. Para empezar, durante la implementación del modelo, ocurrió un hecho único, no registrado anteriormente ni reeditado después desde el retorno a la democracia en Ecuador: la permanencia de un solo ministro de Salud (el Dr. Plutarco Naranjo) durante todo un período de gobierno. Junto a esto, desde el Ministerio, y con el concurso de personal técnico competente y comprometido, se dio una clara dirección política y un decidido apoyo al modelo SAFIC. A este soporte político y financiero, que respaldaba las necesidades de desarrollo del plan, se sumó el entusiasta y comprometido concurso de jóvenes profesionales de salud que encontraron en la salud familiar un adecuado canal para materializar su vocación de servicio comunitario. La adhesión de organizaciones barriales y comunitarias a la propuesta fue otro factor positivo. Y por último, se contó con un sólido liderazgo a nivel continental, desde la OPS/OMS, para impulsar experiencias

nacionales enmarcadas en la línea de desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

Evaluación del modelo SAFIC

Al concluir el período de gobierno 1988-1992, se realizó una reunión internacional auspiciada por la OPS/OMS. Allí se realizó una evaluación sobre el desarrollo de los SILOS en Ecuador, en la que se presentaron las conclusiones de grupos evaluadores que observaron las experiencias de aplicación del modelo (OPS/OMS, MSP, 1992).

Retomando esa evaluación, es destacable que el grado de desarrollo alcanzado en la implementación del modelo SAFIC/SILOS, se debió en gran medida a la conducción y apoyo técnico-administrativo de las autoridades de salud del nivel central, de las provincias y de las jefaturas del área. En general, fue posible constatar una adecuada articulación funcional y administrativa entre las unidades de salud, lo que permitió una efectiva integración técnica del equipo de salud de los subcentros y puestos de salud con las cabeceras del área. Igualmente, se observó un alto grado de identificación y coparticipación de la comunidad y los equipos de salud, fundamentalmente en los aspectos de diagnóstico y priorización de problemas y de promoción de la salud. Se apreció también un importante grado de utilización de los recursos del área que incluyó el trabajo coordinado con organizaciones no gubernamentales (ONG), orientado a la resolución de necesidades de saneamiento básico, así como el trabajo interinstitucional con otras organizaciones (municipios e Iglesia, entre las principales). Lamentablemente, no se desarrolló un sistema de coordinación con el Seguro Social Campesino, a pesar del convenio existente entre el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Cuando fue evaluada, la estrategia se encontraba en etapas tempranas de desarrollo, por lo que

fue imposible apreciar su impacto en la salud de la población. Pero en varios aspectos sí fue posible observar factores positivos, tales como la satisfacción de la población con los servicios y el alto grado de motivación del personal, como resultado del incremento de la cobertura y la ampliación del espectro funcional de las atenciones.

En cuanto a la operación de los servicios, si bien el modelo de salud familiar parecía muy adecuado, faltó algún grado de integración entre las acciones de fomento y protección de la salud y los programas de control de daños. Por su parte, el desarrollo normativo, legal e instrumental orientado a la descentralización de la gestión a nivel de la jefatura del área, se encontraba en una etapa inicial de desarrollo a nivel central. Por ello, la gestión local, especialmente en lo que se refiere a formulación y ejecución de un presupuesto integrado, fue insuficiente.

La aplicación de los instrumentos de diagnóstico y programación (croquis, encuesta familiar, etc.) a nivel de subcentros y puestos de salud, permitió una adecuada organización del trabajo y propició una efectiva participación de la comunidad. Sin embargo, la supervisión realizada por la jefatura del área, si bien era programada y sistematizada, no contaba con el apoyo de guías o manuales que permitieran una mayor eficacia.

En lo que se refiere a recursos humanos, si bien se realizaron actividades de capacitación para el personal del área, no se llegó a implementar el programa de educación continua. Igualmente, no se desarrolló un régimen de incentivos basado en la evaluación del desempeño ni una compensación acorde a las distintas condiciones en que laboraba el personal. Al respecto, la alta movilidad del personal profesional contratado constituyó un motivo de preocupación. Como respuesta, para garantizar la continuidad del modelo, se capacitó nuevamente a este recurso humano.

Por último, el sistema de información dio prioridad a los aspectos de oportunidad y veracidad de la información, desde los niveles locales al superior. Sin embargo, no proporcionó retroalimentación adecuada y oportuna y, sobre todo, no permitió el análisis y uso de los datos para la toma de decisiones en los diferentes niveles de la red. Esta situación se compensó en alguna forma con los nuevos instrumentos de diagnóstico local y de área aplicados por el nuevo modelo.

En función de las conclusiones presentadas por los distintos grupos, se establecieron algunas recomendaciones. Para empezar, se mencionó que sería altamente deseable incrementar la prioridad de la estrategia SAFIC/SILOS como base de la reforma sanitaria, concentrando en ella una creciente proporción de los recursos nacionales y de la cooperación externa. Todo esto con el fin de dinamizar su implementación y resolver las falencias encontradas. Esto debería realizarse dando prioridad a los procesos de descentralización, de capacitación gerencial a nivel del SILOS y de tecnificación de las funciones gerencial y administrativa.

Igualmente, se destacó que resultaba necesario incrementar el incentivo de los equipos de salud, proporcionándoles un mayor grado de estabilidad laboral y de facilidades de promoción y capacitación. La integración de los programas verticales (o bien, de las intervenciones dirigidas a un problema específico de salud, sin articulación con otras) en los servicios generales de salud, resulta de alta prioridad, dada la existencia de daños específicos que afectan a la salud de la población y que son modificables con este tipo de intervención.

Es necesario, se recomendó también, buscar mecanismos que legitimen a nivel local las políticas e instrumentos legales y técnicos que hagan factible la operatividad del SILOS, de la mano con el fortalecimiento de procesos de

descentralización y desconcentración técnica, administrativa y financiera.

Como balance global, hacia 1992 se podía afirmar que con el SILOS existía un proyecto en fase de desarrollo y perfeccionamiento. Era evidente que los elementos constructivos del SILOS, sobre todo sus componentes innovadores, mostraban una dinámica positiva que tenía impacto en la cobertura de los servicios, en la productividad y mejoramiento de la atención, así como en los niveles de satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios.

A pesar de que en términos generales el MSP volvió a su práctica habitual de errática discontinuidad, y a pesar de que la OPS/OMS incomprensiblemente abandonó la idea fuerza de los SILOS como eje de su cooperación, se alcanzaron tres logros trascendentales. La implantación inicial y consolidación futura de las Áreas de Salud, como pilares administrativos y operativos de los servicios de salud del MSP, fortaleció decididamente las capacidades desconcentradas de gestión. También se logró el mantenimiento de un valioso capital humano que, en virtud de un reglamento especial de concursos para personal comunitario, alcanzó estabilidad laboral y permanece sirviendo a sus comunidades. Finalmente, con el SILOS se preparó el terreno para el subsecuente diseño y ejecución de la primera operación crediticia en salud con el Banco Mundial: el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE).

Las Áreas de Salud del MSP

Como se anotó, una de las realizaciones más importantes derivadas del modelo SAFIC fue la definición de las Áreas de Salud, dentro de la estructura administrativa y de prestación de servicios del MSP. El primer “Manual de organización de las Áreas de Salud”, publicado en julio de 1993 y actualizado meses después en

marzo de 1994, describe la regionalización de la atención de salud en tres niveles: Área de Salud, provincial y nacional (MSP, 1994). El nivel de Área de Salud, es definido como la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios, integrado por los subcentros de salud urbanos y rurales, los centros de salud y los hospitales (antiguamente hospitales cantonales de 15-30 camas), siendo estos dos últimos las sedes de las respectivas jefaturas de área. Al nivel provincial le corresponde la dirección provincial de salud y del hospital provincial general. Y finalmente, sobre el nivel nacional recae la dirección a nivel central del MSP y de los hospitales de referencia nacional (especializados y de especialidades).

Uno de los principales avances para procurar ordenar la atención fue la definición de la capacidad resolutive diferencial en los niveles descritos. A las Áreas de Salud (primer nivel) les compete la resolución de los problemas de salud más frecuentes. Es decir, aquellos que requieren atención con tecnología de baja complejidad, la cual se brinda de manera integrada a través de los subcentros de salud (atención básica) y de los centros de salud y centros de salud-hospital (atención básica y complementaria). A nivel administrativo, las unidades de salud organizan, programan, supervisan y evalúan las actividades de atención a la salud de su población asignada. Por último, la jefatura de área de salud desarrolla capacidades administrativas para articular, supervisar y evaluar el funcionamiento de toda la red de servicios.

Por otro lado, a nivel provincial, los hospitales provinciales generales resuelven problemas de salud (referidos por las Áreas de Salud o consultados espontáneamente) que requieran tecnología de mediana complejidad. Su ámbito corresponde a todas las Áreas de Salud de la provincia. En el caso de provincias que poseen varios hospitales generales de más de 70 camas, se ha establecido que se asignará a cada uno de ellos un grupo de Áreas de Salud como zona de jurisdicción. En cuanto a lo

administrativo, la Dirección Provincial de Salud apoya, supervisa y evalúa a los establecimientos hospitalarios provinciales y a las Áreas de Salud de su jurisdicción. En caso de existir hospitales nacionales en su ámbito geográfico, se estipula que la jurisdicción administrativa se extenderá a ellos también.

En lo que respecta al nivel nacional, los hospitales nacionales especializados y de especialidades resuelven problemas de salud que requieran tecnología de alta complejidad. Su ámbito corresponde a todas las regiones de salud del país. A nivel administrativo, la planta central del MSP está facultada para emitir normas técnico-administrativas de aplicación nacional y para evaluar globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios del Ministerio.

La misión de cada Área de Salud es la de contribuir a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, más trascendentes y de mayor demanda que afectan a la población y al ambiente en su jurisdicción, reduciendo significativamente la morbilidad general y la morbilidad prematura (especialmente infantil y materna). Asimismo, la misión de las unidades de salud de cada Área es la de brindar atención integrada de fomento, prevención y protección específica, así como atención de morbilidad a la población asignada y que corresponda a la delimitación geográfica respectiva. Además, cada unidad brinda un seguimiento especial, de conformidad con el modelo definido por el país, a los grupos, familias e individuos de mayor riesgo.

El MSP identificó y delimitó originalmente, de acuerdo a criterios geográfico-poblacionales y socio-económico-culturales, 180 Áreas de Salud que posteriormente se redujeron a 168 en 1999. Actualmente, su número es de 159.

El proyecto FASBASE

Sobre la base del proceso reseñado, a través del cual se dio prioridad a la atención primaria y a una concepción más integral y comunitaria de la salud, se crearon las bases conceptuales, operativas y humanas que determinaron la orientación del proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE), de apreciable influencia sobre la gestión del MSP en años futuros. El proyecto se planteó como objetivo “asegurar la atención de salud para dos millones de ecuatorianos desprovistos de atención, que viven en condiciones de pobreza y por tanto, en riesgo de enfermar y morir por problemas susceptibles de prevención o tratamiento precoz, por un sistema de servicios básicos de salud eficaz, de calidad y bajo costo” (MSP, BIRF, OPS/OMS, 1992).

Originalmente, se diseñaron cuatro componentes: provisión de servicios básicos de salud; mejoramiento nutricional; saneamiento básico; y, fortalecimiento y modernización institucional del MSP y del sector salud. Posteriormente se ampliaron dos componentes más: red de emergencias médicas y una intervención de emergencia frente al fenómeno de El Niño.

Dado que este artículo se centra en los modelos de atención, en el análisis del proyecto FASBASE nos ocuparemos solamente de los componentes de servicios básicos y desarrollo institucional. En su concepción, los servicios básicos de salud, contemplan una prestación de servicios fundamentada en análisis de los problemas de salud de la población, en su contexto biológico, económico y social, y en la formulación de soluciones eficientes y eficaces, con enfoque epidemiológico integral y participación comunitaria activa y deliberante. Un aspecto importante fue la intención del proyecto de incidir en el ámbito crucial de los recursos humanos: se incorporaron o reasignaron

1.300 médicos, 2.000 enfermeras, 700 auxiliares de salud comunitaria, 300 tecnólogos y 600 técnicos administrativos.

La estimación de los recursos humanos requeridos se obtuvo a partir de los siguientes índices definidos para un equipo de atención básica:

Cuadro 1

Equipo de atención básica del proyecto FASBASE (1992)

Tipo de área	Población	Personal
Área urbana	9.000 personas	3 médicos 2 enfermeras 1 odontólogo 3 aux. de salud
Área rural	6.000 personas	2 médicos 1 enfermera 1 aux. de salud (por cada 160 familias)

Fuente: Sacoto, Terán, Andrade (1992)

A su vez, la caracterización de los tipos de áreas, según ubicación, tuvo el siguiente diseño general:

Cuadro 2

Diseño de áreas del proyecto FASBASE (1992)

Tipo de área	Red de unidades	Población total a cubrir
Rural	5 a 6 subcentros 1 hospital cantonal *	30.000 a 50.000 habitantes
Urbana pequeña	2 a 3 subcentros 1 hospital cantonal o provincial *	15.000 a 30.000 habitantes
Urbana intermedia	4 a 5 subcentros 1 centro de salud *	25.000 a 40.000 habitantes
Metropolitana	6 a 7 subcentros 1 centro de salud *	63.000 a 70.000 habitantes

* Jefaturas de área (coordinación técnico-administrativa)
Fuente: Sacoto, Terán, Andrade (1992)

Uno de los pilares definidos para el desarrollo del modelo y la elevación de la calidad de la atención, fue la permanente educación y actualización gerencial y técnico-clínica del personal. Se planificó desarrollar el programa de educación permanente con la participación de las universidades y las escuelas de ciencias de la salud del país. También se previó poner en marcha procesos de reestructuración en la formación de médicos, enfermeras y odontólogos, etc., a fin de alcanzar una mejor adecuación de las capacidades de los profesionales de la salud a las necesidades del país.

En cuanto a los recursos materiales, el proyecto FASBASE planificó la construcción o mejoramiento de 155 subcentros rurales y urbanos, de 22 centros de salud y de 23 hospitales cantonales correspondientes a 40 Áreas de Salud seleccionadas en 16 provincias (World Bank, 1992). De manera progresiva, luego de 7 años, el costo de operación sería asumido por el MSP.

Dentro del componente de fortalecimiento y modernización del MSP y del sector salud, se diseñaron tres líneas de acción principales, debidamente interrelacionadas. La primera apuntaba al desarrollo intensivo y sostenido de recursos humanos, con particular énfasis en la motivación y capacitación del personal para la administración, gestión, trabajo en equipo y liderazgo. La segunda apuntaba al desarrollo y actualización de sistemas automatizados de apoyo a la gestión (programación, información, monitoreo, supervisión y evaluación). Y la tercera línea de acción apuntaba a la adecuación de las estructuras organizacionales, en concordancia con los esquemas descentralizados de manejo administrativo-financiero y en apoyo a la implantación del nuevo modelo de atención.

El costo total del proyecto (World Bank, 1992) fue definido en 102,2 millones de dólares, a invertirse en los cuatro componentes de la siguiente manera. Servicios básicos de salud:

69,8 millones de dólares (68%); nutrición 6,4 millones (6%); saneamiento ambiental 13,2 millones (13%); y, fortalecimiento y desarrollo institucional 12, millones (13%).

El proyecto se planificó para un período de siete años, habiendo iniciado efectivamente en 1993. Las fuentes de financiamiento fueron el Gobierno Nacional, con 31,7 millones y el Banco Mundial con un préstamo de 70 millones de dólares. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) aportó con 0,5 millones.

Evaluación del proyecto FASBASE

A la finalización de los proyectos con su auspicio financiero, el Banco Mundial realiza una evaluación conocida como ICR (*Implementation Completion Report*). Del ICR realizado sobre el proyecto FASBASE (World Bank, 2001), resulta pertinente situar los siguientes elementos. Para empezar, en la evaluación se efectúa un cuestionamiento de orden general sobre el carácter demasiado amplio del proyecto. Este señalamiento es pertinente porque, más allá de la validez conceptual de integrar intervenciones intersectoriales a través de sus seis componentes, los límites evidentes del proyecto (tomando en cuenta la diversidad de sus espacios geopoblacionales de intervención y de sus ejecutores institucionales) dificultaban una gestión balanceada y un desarrollo armónico de sus componentes.

El mayor peso del proyecto recayó sobre el componente de servicios básicos, articulado con el de desarrollo institucional (referido, particularmente, a los arreglos organizativo-estructurales en el MSP). Al respecto, se destaca la importancia de los recursos humanos dentro del proyecto y el insuficiente apoyo financiero que recibió este aspecto crucial. Partiendo del hecho inobjetable de que el insumo más importante para la prestación de servicios de salud es el recurso humano, y más allá de

eventuales discrepancias sobre el número y composición que se requieren para asegurar una provisión universal y de calidad, el hecho concreto es que debido a la debilidad política del MSP, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) no mantuvo los recursos económicos para la creación de partidas estables. Por ello no fue posible garantizar la sostenibilidad de las prestaciones. La falta de cumplimiento gubernamental del acuerdo suscrito con el Banco Mundial respecto a la creación de puestos de trabajo para la atención básica de salud constituye un hecho que, sin duda, limitó considerablemente la consecución de mejores resultados en el componente central del proyecto. Para desvirtuar toda posible justificación sobre restricciones presupuestarias (que obvian las escandalosas transferencias que realizó el Estado en favor de inescrupulosos bancos, por ejemplo), debe simplemente recordarse que, al finalizar el período gubernamental, tan sólo se crearon alrededor de 1.500 posiciones para profesionales de salud en el campo de la atención primaria.

La concepción económica neoliberal antes predominante, no sólo que vetaba cualquier posibilidad de crecimiento, sino que propicia una indiscriminada disminución del empleo público, afectando seriamente (como en el caso analizado) a la población más pobre del país, a la que se margina de la atención básica de salud.

Por otro lado, la evaluación destaca la implementación nacional de la estructuración de Áreas de Salud como un logro de alta significación y trascendencia. Este logro es atribuible, en gran medida, a los resultados de la anterior experiencia del modelo SAFIC y a una interacción armónica entre el desarrollo de Áreas y el componente de desarrollo institucional. En el ICR también se resalta la cobertura de estas Áreas. Pero se debe reconocer la heterogeneidad de resultados debida, especialmente, a limitaciones de continuidad de recursos humanos y a debilidades de gestión (hubo frecuentes recambios en

el personal directivo). Así, algunas Áreas, especialmente urbanas, registraron importantes avances y en cambio otras, como Guamote por ejemplo, no lograron éxitos significativos a pesar del elevado compromiso de trabajo y de los cuantiosos recursos invertidos allí. En este caso, se puede observar que, desde la perspectiva de quienes implementaron el proyecto, no se logró interpretar adecuadamente las características propias del entorno cultural andino, y por ello no se pudo estructurar un modelo de atención que responda a esa peculiaridad socio-cultural.

Ahora bien, dentro del componente de desarrollo institucional, en el ICR se identificaron cuatro grandes ámbitos, con distinto nivel de desarrollo y resultados. Primero, sobre la estructuración de Áreas de Salud (tema ya abordado), deben anotarse, adicionalmente, los considerables esfuerzos técnico-políticos desarrollados para alcanzar, primero, su creación oficial como unidades de gestión presupuestaria y de recursos humanos, y posteriormente, su desarrollo y consolidación. En cuanto al ámbito de la educación permanente, en general, las actividades planificadas fueron concebidas y ejecutadas adecuadamente. Como un tercer punto, dentro de los esfuerzos de desarrollo institucional, se realizaron discusiones iniciales sobre políticas de Estado en salud, reforma sectorial y modernización institucional, que abrieron el camino para el desarrollo posterior del proyecto Modernización de Servicios de Salud en el Ecuador (MODERSA). Por último, en cuanto al desarrollo de un sistema de información gerencial, a pesar de la magnitud de esfuerzos, tiempo y recursos empleados, no se consiguió consolidar productos en línea tal y como se esperaba.

Para cerrar, si bien esta cuestión desborda el tema de este trabajo, es pertinente anotar que la evaluación ICR destaca los logros obtenidos en los componentes de nutrición

y saneamiento básico. En el primer caso, el resultado más importante seguramente consistió en el establecimiento de una política de Estado de fortificación de la harina con hierro a nivel nacional, y la suplementación con hierro y otros micronutrientes a mujeres embarazadas y niños. En cuanto al saneamiento básico, además de la ampliación de coberturas, se alcanzó un importante desarrollo de métodos alternativos de diseño, construcción y mantenimiento de sistemas de saneamiento básico en zonas rurales con activa participación comunitaria.

La evaluación destaca también los logros de la Red de Emergencias Médicas. Luego de un meritorio trabajo de diseño y preparación, esta Red se ha posicionado definitivamente como un servicio de capacidades probadas, especialmente en Quito y Cuenca, constituyéndose además en un referente para similares iniciativas en otras ciudades.

La intervención frente al fenómeno de El Niño tuvo también un saldo evaluatorio positivo, destacándose tanto el método de intervención como la celeridad en la movilización de recursos.

Como conclusión general, es posible afirmar que el proyecto FASBASE alcanzó logros significativos para el Ecuador en su difícil trayectoria hacia la estructuración de un verdadero sistema de salud, que asegure la protección en salud para sus ciudadanos, especialmente los de menores posibilidades. Sin embargo, se debieron alcanzar más y mejores logros. El factor fundamental que limitó su consecución, fue el débil peso político que la salud tiene en el concierto nacional. Esto determina la inexistencia, hasta ahora, y pese a los esfuerzos desplegados, de un proyecto nacional de salud que oriente las acciones del sector y aproveche de mejor forma recursos como los de éste u otros proyectos.

“Modelos” hospitalarios en instituciones de salud del Ecuador

En correspondencia con la conocida fragmentación del sector de la salud en el país, a través del tiempo las principales instituciones han desarrollado estructuras de servicios en las que los niveles hospitalarios constituyen escenarios privilegiados, con limitado desarrollo de niveles ambulatorios y muy discreta articulación entre unos y otros. Tal caracterización es ampliamente aplicable a instituciones como Sanidad de Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y, en menor grado, al IESS y al MSP. En estas dos últimas instituciones, si bien existe una dotación de servicios ambulatorios (mayor en el MSP), existe un claro predominio del hospital en la atención, hecho que se evidencia en la concentración de recursos humanos y financieros.

El IESS ha desarrollado una red de dispensarios ambulatorios de diversa capacidad resolutive –incluidos los llamados dispensarios anexos de instituciones, fábricas y empresas– potenciada por las unidades del Seguro Social Campesino. Por su parte, el MSP, como se describió, ha logrado estructurar Áreas de Salud, en las que juegan un rol importante los subcentros y centros de salud, conectados en grado variable con hospitales cantonales, en general, de limitada capacidad resolutive.

En lo que sigue, se analizarán los principales elementos, características y atributos de los

“modelos” hospitalarios desarrollados en diversas instituciones del sector. Por motivos expositivos, la revisión ofrecida es necesariamente sintética.

Ministerio de Salud Pública

En comparación con otros países de la región, el MSP fue creado tardíamente en Ecuador (1967). Originalmente, su estructura hospitalaria no fue otra que los antiguos hospitales de beneficencia y asistencia social que le fueron transferidos. Una de las principales tareas acometidas por el naciente Ministerio fue, en consecuencia, la construcción de infraestructura hospitalaria. Esta tarea fue facilitada por la disponibilidad de recursos económicos derivados del *boom* petrolero y la conexas contratación de préstamos externos.

Dentro de la planificación para construir esta nueva infraestructura, se consideraron tres tipos distintos de hospitales: de especialidades básicas (pediatría, obstetricia, medicina interna y cirugía), con una dotación de 15 camas, y de ubicación e influencia cantonal; de otras especialidades adicionales, con una dotación de alrededor de 100 camas, y de ubicación e influencia provincial; y hospitales especializados, con dotación mayor a 300 camas, ubicados en Quito, Guayaquil o Cuenca, y de influencia regional o nacional.

Hacia 1980, los establecimientos públicos de salud constituían una amplia mayoría en relación al total (87,7%), con un claro predominio del

Cuadro 3

Establecimientos de salud por instituciones. Ecuador (1980-2000)*

Año	MSP	IESS*	FF.AA. P.N.	Otras	Privados lucrativos	Privados no lucrativos	Total país
1980	961	359	144	86	122	94	1.766
1991	1.514	585	124	94	235	129	2.681
2000	1.685	662	101	188	384	171	3.191

* No se incluyen dispensarios anexos en 1991 y 2000
Fuente: INEC (1980, 2000)

MSP (54,4%). Veinte años más tarde, el peso de lo público y del MSP disminuyó (82,6% y 52,8%, respectivamente). Es preciso señalar, no obstante, el evidente subregistro previo de consultorios médicos privados (BID, RAND, 1995) que sin duda afecta al registro del incremento porcentual del subsector privado en la atención de salud.

En cuanto al tipo de establecimientos, el crecimiento de unidades con internación fue sostenido en las dos últimas décadas, particularmente a expensas del sector privado lucrativo (como se aprecia en los cuadros 4 y 5).

Cuadro 4

Establecimientos de salud con y sin internación Ecuador (1980-2001)

Año	Con internación	Sin internación	Total
1980			1.766
1991	424	2.888	3.312
2001	623	3.029	3.652

Fuente: INEC (1980, 2000)

En lo que respecta al indicador camas/habitante, se registra una tendencia decreciente en el MSP entre 1974 y 1999. Esto podría interpretarse como una disminución de la capacidad instalada de la institución, pero contradictoriamente también existe una disminución del grado de ocupación de las camas. Ello refleja las limitaciones de acceso de la población a dichos servicios, sus debilidades y el simultáneo crecimiento de establecimientos privados que explotan tales debilidades (cuadro 6).

El número de camas existente confirma la tendencia antes mencionada. Es menester señalar, no obstante, que entre 1980 y 1995, en el MSP se produjeron tanto sustituciones como incremento de camas, con la construcción, ampliación o remodelación de hospitales que reemplazaron antiguas y vetustas estructuras que en muchos casos databan de varias décadas, e incluso centurias atrás.

Efectivamente, con la imprescindible referencia del laborioso trabajo previo (de licitación, contratación, construcción, equipamiento e

Cuadro 5

Número de establecimientos de salud con internación según entidad. Ecuador (1991 y 2001)*

Entidad		1991		2001	
		Número	%	Número	%
n°	T o t a l	417	100,0	634	100,0
1	Ministerio de Salud Pública	120	28,8	122	19,2
2	Ministerio de Defensa	15	3,6	15	2,4
3	Seguro Social	17	4,1	18	2,8
4	Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA y Sociedad Protectora de la Infancia	8	1,9	10	1,6
5	Policia Nacional	4	1,0	4	0,6
6	Municipios	2	0,5	2	0,3
7	Fisco-misionales	6	1,4	5	0,8
8	Instituciones particulares	245	58,8	458	72,2

* Incluye clínicas particulares, entidades privadas con y sin fines de lucro
Fuente: INEC (2000).

instalación), en la década de los noventa se incorporaron o sustituyeron camas tras las intervenciones en algunos hospitales (cuadro 7).

Para 1994, el MSP disponía de 120 hospitales y un total de 8.927 camas. Esta distribución caracteriza, en general, la oferta institucional que se ha mantenido sin mayores modificaciones (cuadro 8).

El mayor número de hospitales del MSP corresponde a los hospitales cantonales tipo, construidos en los primeros años de funcionamiento de esa institución. En general, estos hospitales han adolecido de incapacidad resolutive en especialidades básicas, fundamentalmente por falta de capacidad de retención de profesionales (especialmente en cirugía y anestesia) permanentemente interesados en ubicarse en ciudades más grandes que les ofrecen mejores capacidades de desarrollo profesional y económico. Si a lo anotado se suma la limitada importancia otorgada por el MSP al establecimiento de servicios ambulatorios, se explica la concentración de pacientes en hospitales provinciales y nacionales, frecuentemente con patologías que no corresponden a tales niveles de complejidad.

Causas de egresos hospitalarios

Aunque en la segunda parte de esta publicación se analiza en detalle el perfil epidemiológico del Ecuador y sus modificaciones a lo largo del período de estudio, conviene realizar una revisión sintética de los egresos hospitalarios del país. En gran medida, estos egresos reflejan el tipo de atención brindada en los establecimientos del MSP.

En términos generales, las patologías infecciosas carenciales han disminuido y tanto los problemas crónicos no transmisibles como los problemas derivados de la violencia y de salud mental han aumentado. Es posible plantear entonces que la reducción de problemas infecciosos

Cuadro 6

Camas por habitante y porcentaje de ocupación Ecuador (1974-1999)

	1974	1982	1990	1995	1999
Camas en establecimientos de salud en el MSP (tasa por 10.000 habitantes)	11,0	9,0	7,7	7,7	6,7
Ocupación de camas (%)	71	58	57	53	49

Fuente: INEC (2000)

Cuadro 7

Hospitales intervenidos. Ecuador (1990-2000)

Provincia	Hospital	no. de camas
Guayas	Guasmo	40
	Milagro	100
Imbabura	Ibarra	166
Bolívar	Guaranda	77
Chimborazo	Policlínico Riobamba	205
Manabí	Chone	120
	Manta	220
Pichincha	Eugenio Espejo	446
	Baca Ortiz	300
El Oro	Pasaje	50
Loja	Cariamanga	20
Azuay	Vicente Corral Moscoso	273

Fuente: MSP. Documento de preparación de proyecto MODERSA (1996)

Cuadro 8

Hospitales del MSP según número de camas Ecuador (1994)

Hospitales y dotación de camas	no.	%
Menos de 20 camas	64	53,3
21 a 50 camas	17	14,2
51 a 100 camas	14	11,7
101 a 200 camas	10	8,3
201 a 300 camas	10	8,3
Más de 300 camas	5	4,2
Total	120	100,0

Fuente: INEC (1996)

que, en general, podían ser manejados por los hospitales del MSP (especialmente los de menor complejidad), sumado al hecho de su restringida capacidad resolutoria para enfrentar otro tipo de problemas frecuentes (quirúrgicos y complicaciones obstétricas) posiblemente contribuyeron al menor grado de uso de estos

Cuadro 9

Principales causas de egresos hospitalarios
Ecuador (1970-1980)*

Causas de egresos	1970	1980
Enfermedad diarreica aguda	227,4	272,0
Infección respiratoria aguda	209,1	160,9
Complicaciones del embarazo, parto y posparto	117,9	236,2
Tifoidea	81,0	97,4
Tuberculosis	68,3	67,7
Trastornos mentales	53,4	89,8
Desnutrición	25,3	30,6
Enfermedad izquémica del corazón	28,0	49,6

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: Suárez, (1988)

Cuadro 10

Principales causas de egresos hospitalarios
Ecuador (1991)*

Causas de egresos	1991
Afecciones obstétricas directas	553,6
Enfermedades infecciosas intestinales	235,0
Abortos	184,6
Fracturas	153,1
Enfermedades del aparato urinario	118,4
Hernia de la cavidad abdominal	96,2
Enfermedades del sistema osteomuscular	89,7
Trastornos mentales	88,8
Apendicitis	87,2
Neumonía	72,7

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: INEC (1991)

hospitales por parte de la población. Esta tendencia debería conducir a una revisión profunda de las necesidades cualitativas y cuantitativas de dotación de los hospitales del MSP, tomando en consideración su incidencia de costos en la atención. También se debe considerar, tanto la mayor existencia de establecimientos privados con y sin fines de lucro y de otras instituciones, como la imprescindible necesidad de fortalecer los servicios ambulatorios que, apropiadamente dotados, disminuirían la concentración de pacientes en hospitales, especialmente provinciales, regionales y nacionales (cuadros 9, 10 y 11).

Visión poblacional y de producción de los hospitales del MSP

Un análisis pormenorizado de la dotación de hospitales del Ministerio realizado en 1996 a propósito de la preparación del futuro proyecto MODERSA (MSP, BIRF, 1996), identificó y documentó la debilidad de planificación en la implementación, dotación, asignación de

Cuadro 11

Principales causas de egresos hospitalarios.
Ecuador (2003) *

Causas de egresos	2003
Embarazo, parto y posparto	210
Enfermedades del aparato digestivo	55,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	48,2
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	42,5
Enfermedades del sistema genitourinario	35,9
Enfermedades del sistema respiratorio	32,9
Tumores	23,1
Enfermedades del sistema circulatorio	22,8
Ciertas afecciones perinatales	17,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,2

*Tasas X 100.000 habitantes
Fuente: MSP, INEC, OPS (2003)

recursos y operación de los hospitales en el país. El análisis de camas por población arrojaba considerables diferencias entre provincias que, en general, ignoraban la existencia de establecimientos de otras instituciones. Esto reforzaba la conocida fragmentación sectorial, característica dominante e inmodificable en materia de salud en Ecuador (cuadro 12).

Esta información se complementa con el análisis de los egresos registrados en el MSP en relación al número total de egresos en cada provincia. Como se puede apreciar en el cuadro 13, en 1996 en algunas provincias las dependencias del MSP constituían prácticamente el único

recurso hospitalario disponible, a diferencia de otras, especialmente las de mayor desarrollo (Pichincha, Guayas y Azuay), donde el peso de la asistencia institucional es significativamente menor.

Las diferencias en cuanto a porcentaje de ocupación hospitalaria eran, asimismo, bastante marcadas entre provincias (con situaciones extremas de 16% en Galápagos y 103,1% en Sucumbíos). Esto confirma el limitado grado de uso de los hospitales, seguramente atribuible a factores dependientes de la oferta (limitaciones en su capacidad resolutive, por ejemplo) o de la demanda (barreras para el uso, grado de

Cuadro 12

Relación de camas/población de los hospitales del MSP. Ecuador (1996)

Provincia	Relación cama/habitantes
Galápagos	1 x 490
Napo	1 x 609
Pastaza	1 x 807
Pichincha	1 x 839
Carchi	1 x 993
Cañar	1 x 1.061
Chimborazo	1 x 1.064
Zamora	1 x 1.084
Cotopaxi	1 x 1.112
Loja	1 x 1.114
Imbabura	1 x 1.148
El Oro	1 x 1.162
Tungurahua	1 x 1.259
Morona Santiago	1 x 1.305
Esmeraldas	1 x 1.375
Manabí	1 x 1.510
Azuay	1 x 1.628
Bolívar	1 x 1.654
Los Ríos	1 x 2.227
Guayas	1 x 2.259
Sucumbíos	1 x 8.567

Fuente: MSP (1996)

Cuadro 13

Egresos de hospitales del MSP en relación con los egresos totales por provincia. Ecuador (1996)

Provincia	Egresos MSP/Egresos totales (%)
Azuay	31,9
Bolívar	95,1
Cañar	88,5
Carchi	94,0
Cotopaxi	81,0
Chimborazo	86,9
El Oro	71,6
Esmeraldas	67,4
Galápagos	98,4
Guayas	21,8
Imbabura	72,8
Loja	59,9
Los Ríos	77,3
Manabí	77,5
Morona Santiago	93,1
Napo	78,3
Pastaza	52,2
Pichincha	39,3
Tungurahua	66,8
Zamora	99,9
Sucumbíos	99,9

Fuente: MSP (1996)

confianza, etc.) que configuran un cuadro de insuficiente acceso a la atención (cuadro 14).

La asignación económica por cama hospitalaria también registraba variaciones poco justificadas entre hospitales. Esto refleja la inexistencia de criterios técnicos para la asignación de recursos y el mantenimiento de bajos presupuestos, inequidades o ineficiencias, todos de base histórica (cuadro 15).

Cuadro 14

Grado de uso de hospitales seleccionados del MSP Ecuador (1996)

Provincia	Porcentaje de ocupación
Pichincha	69,7%
Bolívar	64,5%
Tungurahua	61,7%
Chimborazo	59,4%
Loja	46,9%
Los Ríos	44,6%
Napo	39,6%
Esmeraldas	39,5%

Fuente: MSP (1996)

Cuadro 15.

Asignaciones económicas por cama en hospitales seleccionados del MSP. Ecuador (1996)

Hospital	no. de camas	Provincia	Asignación/cama (miles de sucres)
Luis G. Dávila	120	Carchi	14.084
Zumbahua	15	Cotopaxi	20.603
Píllaro	20	Tungurahua	29.587
Alfredo Noboa	77	Bolívar	32.694
San Vicente de Paúl	65	Imbabura	39.296
Calceta	32	Manabí	42.950
Naranjal	15	Guayas	52.519
Guayaquil	254	Guayas	58.035
Alamor	15	Loja	68.144
Sangolquí	15	Pichincha	110.063

Fuente: MSP (1996)

Finalmente, más allá de lo genérico del indicador utilizado, la asignación económica por egresos confirma la notable dispersión de la productividad de los establecimientos analizados (cuadro 16).

Como tendencia dominante, la situación presentada no ha cambiado durante la última década. Durante los primeros años va del nuevo milenio, la inestabilidad en la administración del Estado central fue la tónica, y dentro de esta tendencia la administración en el MSP no ha sido la excepción. Sin embargo, se han registrado algunas experiencias exitosas aisladas. Éstas han sido fruto de valiosas iniciativas derivadas de esforzados liderazgos, impulsados y mantenidos a contracorriente de una administración inercial y rutinaria.

Cuadro 16

Asignaciones económicas por egreso en hospitales seleccionados del MSP. Ecuador (1996)

Hospital	no. de camas	no. de egresos	Asignación/egreso (miles de sucres)
Ángela de Ollague	29	1.691	291
Chone	60	2.895	383
Limones	22	878	532
Tenguel	15	594	788
Píllaro	20	600	986
Rafael Ruíz	15	647	1.270
Machachi	15	786	1.431
Yantzaza	15	747	1.670
Sangolquí	15	969	1.704
Amaluza	15	407	1.879
San Miguel Bolívar	15	686	2.203
Eugenio Espejo	446	7.175	2.299
Asdrúbal de la Torre	16	402	2.321
Yeroví Makuart	15	471	2.345
Colta	24	438	2.723
Guayaquil	254	5.513	2.674
Baca Ortiz	170	4.761	3.022

Fuente: MSP (1996)

Recursos humanos

En el contexto general de un marcado crecimiento del personal de salud en el sector privado (determinado por las políticas neoliberales de achicamiento del Estado), en la última década se registró un claro incremento de recursos humanos en unidades con internación, en relación con las unidades ambulatorias (cuadro 17).

En lo que se refiere a médicos y enfermeras, existió un crecimiento semejante (entre 50 y 60%), con un destino mayor de médicos al sector privado. Sin embargo, una importante proporción de estos profesionales también trabaja, parte de su tiempo, en el sector público (cuadros 18 y 19).

La desagregación de profesiones según lugar de trabajo evidencia, por un lado, el predominio absoluto (74%) de empleo de médicos en unidades con internación en relación al total de médicos en el país; y por otro lado, también se evidencia la presencia mayoritaria (7.317 profesionales, equivalente al 53,9%) en unidades con internación del sector privado en relación a sus pares del sector público (6.263 profesionales, equivalente al 46,1%).

Cuadro 17

Personal de salud según pertenencia pública o privada y destino en unidades de internación y ambulatorias Ecuador (1991-2000)

	1991	2000	Crecimiento porcentual
Sector público	43.811	48.704	11,2%
Sector privado	9.446	18.039	91,0%
Total	53.257	66.743	25,3%
Con internación	40.094	50.145	25,1%
Sin internación	13.163	16.598	26,1%

Fuente: INEC (2000)

En cuanto a la enfermería, la situación varía en relación al sitio de trabajo, destacándose un predominio del sector público: efectivamente, de un total nacional de 6.320 enfermeras o enfermeros, 4.998 (79.1%) ejercían en unidades hospitalarias y 86% lo hacía en el sector público.

Un breve pero imprescindible análisis apunta a reiterar, entonces, que existe una concentración de recursos hospitalario en los niveles urbanos. Esto se aplica al sector de la salud ecuatoriano en general y al del MSP en particular.

Por su clara influencia en el funcionamiento hospitalario, también conviene observar críticamente la inadecuada relación médico-enfermera (3 a 1). Esta tendencia contraviene claramente parámetros internacionales (1 a 3) y afecta notablemente la calidad de las prestaciones de salud. Esta observación cobra mayor importancia cuando se repara en la limitada dotación de enfermeras profesionales a nivel privado, seguramente en relación directa con las poco estimulantes condiciones de trabajo que en tal ámbito (menos que en entidades públicas) se registra.

Cuadro 18

Dotación de médicos y enfermeras Ecuador (1991-2000)

	1991	2000	Crecimiento porcentual
Médicos	12.205	18.335	50,2%
Enfermeras	3.905	6.320	61,8%

Fuente: INEC (2000)

Conflictividad

Para finalizar esta sucinta revisión del tema de recursos humanos, es preciso referirse a la alta conflictividad en las relaciones entre el MSP por un lado, y por otro, los trabajadores amparados en el código del trabajo y, en menor grado, los profesionales y el personal administrativo. El nivel de conflictividad laboral ha afectado negativamente el funcionamiento de los servicios hospitalarios del MSP.

Como anotábamos en un estudio reciente (Sacoto, 2002), los conflictos laborales que finalmente desembocan en paralizaciones arbitrarias de los servicios de salud, se producen, principalmente, por las siguientes causas. Reclamos derivados de incumplimientos de compromisos económicos adquiridos en los contratos por parte del Estado. Frecuentes interpretaciones interesadas de no imputabilidad de beneficios determinados por el gobierno de modo general u obtenidos por otros grupos de trabajadores. Falta de suscripción oportuna de contratos colectivos. Disputas internas mantenidas por años y resueltas solamente hace poco tiempo, con el cumplimiento de la disposición legal de existencia de un solo sindicato por institución. Demostraciones de “solidaridad” con movimientos reivindicativos y de protesta general. Con tan amplia gama de “justificativos” de reclamos y “plataformas de lucha”, no resulta extraño que varias paralizaciones se sucedan periódicamente, en ocasiones por prolongados periodos de tiempo.

Desde el otro espectro del problema, las limitadas capacidades de anticipación a los conflictos por parte de los gobiernos, el incumplimiento de compromisos por parte de las administraciones de Economía y Finanzas, la reducida capacidad regulatoria de las administraciones de Trabajo, y la debilidad jurídico-institucional general del MSP para impulsar procesos legales que desestimen las paralizaciones, han contribuido

a mantener inalterables los problemas y los conflictos.

Los conflictos en los servicios de salud también se generan, aunque en menor medida, por “iniciativa” de los gremios de profesionales. Estos casos prácticamente siempre están relacionados con demandas salariales.

En definitiva, un elevado número de conflictos han dado lugar a paralizaciones que, invariablemente, han afectado a los usuarios de los servicios de salud del MSP, quienes han debido soportar en forma impotente sus consecuencias.

Conclusiones: la gestión hospitalaria en el MSP

Determinada por la inercia del sector de la salud en el país, sin horizontes claros sobre los objetivos comunes de sus instituciones, la gestión de los hospitales del MSP ha permanecido funcionando bajo la misma tónica. Dado que no se trata de realizar un análisis exhaustivo de sus características, a continuación, nos limitaremos a señalar aquellas que consideramos más relevantes.

En la gestión hospitalaria del MSP, persiste la inexistencia de una “orientación hacia el cliente”. Esto ha determinado el mantenimiento de prácticas inaceptables (como la entrega cotidiana de turnos de atención desde tempranas horas de la madrugada), así como el injustificado proceso de fragmentación de la atención con innecesarias barreras de acceso a los procesos de diagnóstico y de recuperación. Persisten, en definitiva, culturas organizacionales centradas en procedimientos rutinarios y no en resultados generadores de valor para los usuarios.

El creciente clientelismo y politización en la designación de posiciones directivas, ha redundado en improvisación e incompetencia

en la gestión, tendencia agravada por frecuentes recambios derivados de la generalizada inestabilidad gubernamental e institucional. Bajo tales condiciones, resulta impensable el desarrollo de procesos de modernización gerencial y la adopción de prácticas de planificación y ejecución ordenada. Manteniéndose este estatus quo, los reiterados esfuerzos de inversión en capacitación gerencial y la dotación de sistemas de información gerencial, por ejemplo, terminan constituyendo sólo costosos dispendios.

Por otro lado, se registra una paradójica simultaneidad de escasez y despilfarro de recursos indispensables para la atención (como medicamentos e insumos). Además, no se visualizan parámetros que normen y protocolicen procedimientos. Este problema da lugar a frecuentes ineficiencias propias de entornos operativos no planificados.

También se puede notar una clara ausencia de políticas de desarrollo de recursos humanos. Los procesos de selección de personal, inexistentes y/o inconvenientes, son alejados de las necesidades de las instituciones. Y en cuanto a los recursos humanos en funciones, es lamentable la inexistencia de evaluaciones de desempeño y de estímulos conexos. Junto a estas falencias, no se puede olvidar la alta conflictividad laboral analizada anteriormente.

Por último, en el nivel operativo, uno de los problemas sin resolución a lo largo del tiempo ha sido la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipamiento hospitalario.

Sociedad de Lucha de Contra el Cáncer (SOLCA)

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) es producto de la visionaria iniciativa del Dr. Juan Tanca Marengo, prestigioso médico guayaquileño que fundó oficialmente

la institución el 7 de diciembre de 1951. SOLCA es una “Sociedad de Derecho Privado y de Servicio Público” regida por un estatuto legal que data de 1953 en el que se le asigna “la conducción de la campaña anticancerosa en todo el país bajo la dirección y vigilancia del Ministerio de Previsión Social” (OPS/OMS, 2002).

En el año 1980, mediante decreto ejecutivo, se crea una renta estable para SOLCA financiada por un impuesto sobre las operaciones de préstamo y descuento efectuadas en instituciones financieras. Este mecanismo de financiamiento posibilitó un significativo y sostenido flujo de recursos económicos, constituyéndose en una sólida fortaleza institucional.

A partir de la conformación del núcleo central de SOLCA con sede en Guayaquil, se constituyeron los núcleos de Quito, en 1954 y de Cuenca, en 1958. Posteriormente, en 1962 y 1970, se crearon los Comités de Amigos de SOLCA de Loja y Portoviejo, respectivamente, elevados a la condición de Núcleos en febrero de 1994. Otras instancias provinciales se han conformado en las provincias de El Oro, Chimborazo, Tungurahua, Bolívar, y en el cantón Santa Elena de la provincia del Guayas.

En general, el énfasis predominante de SOLCA se ha orientado a la recuperación de pacientes a través de estructuras asistenciales con alto grado de autonomía y limitada vinculación de conjunto. Por su apreciable capacidad resolutive, se destacan los Hospitales de Guayaquil, Quito y Cuenca. Un denominador común para su creación y posterior funcionamiento ha sido la presencia de liderazgos comprometidos con la institución y mantenidos con la continuidad necesaria para el éxito en su empresa.

SOLCA también impulsa algunas actividades educativas y preventivo-promocionales, dentro de las que se destaca su activa participación en el programa nacional de control de cáncer cérvico-

uterino, a través del diagnóstico de citología cervical en sus laboratorios. En este ámbito, existe una apreciable coordinación de acciones entre SOLCA y el MSP.

Finalmente, y gracias a la vigorosa iniciativa generada en SOLCA Quito, a partir de 1984 se desarrolla el Registro Nacional de Tumores. Hasta ahora, esta instancia ha producido 12 volúmenes en los que, progresivamente, se ha incorporado información de los diferentes núcleos de SOLCA, constituyéndose en la fuente más confiable de registros de cáncer en el país.

Es importante anotar que, aún hasta la fecha presente, SOLCA es beneficiaria automática de impuestos derivados de transacciones financiero-bancarias, lo que proporciona a sus diferentes núcleos una sólida base de financiamiento. Esta fuente de ingresos se complementa con recursos provenientes de pagos efectuados por sus usuarios y de actividades institucionales autogestionarias.

Toda vez que un análisis pormenorizado de la organización y funcionamiento de los hospitales

de SOLCA trasciende el objeto de este artículo, presentaremos, a manera de estudio de caso, la evolución del Hospital Oncológico Solón Espinosa de Quito, a través de indicadores hospitalarios relevantes.

El antecedente inmediato previo del hospital lo constituye una unidad de internación que funcionó en una edificación adaptada para dichos fines que operó entre 1980 y el 2000. Antes, SOLCA Quito operaba en el antiguo y recordado Hospital San Juan de Dios. Un dato estadístico señala que sus ingresos entre 1958 y 1994 ascendieron a 41.932 pacientes, con un promedio mensual de 1.165 pacientes (SOLCA, 1998).

La primera unidad de internación disponía de 29 camas, ofertaba servicios de pocas especialidades y disponía de apoyo diagnóstico convencional en las áreas de rayos X y laboratorio. La realización de exámenes de Pap Test se destaca como una importante actividad de diagnóstico preventivo y apropiada coordinación con otras instituciones, especialmente el MSP. Hacia 1984, estos exámenes representaron cerca de 45.000 pruebas, con una significativa

Cuadro 20

SOLCA Quito: capacidad resolutive hospitalaria (1994-2002)

Capacidad resolutive	1994	2002
Especialidades médicas disponibles	Oncología clínica, ginecología, neumología, neurología, medicina interna, psiquiatría, cirugía oncológica	+ Gastroenterología traumatología, pediatría oncológica, neurocirugía, cardiología, terapia del dolor, nutrición
Diagnóstico de laboratorio	Laboratorio clínico-bacteriológico, citología, histopatología	+ Marcadores tumorales, pruebas hormonales, exámenes especiales
Diagnóstico por imágenes	Rayos X convencional, ultrasonido	+ Mamografías, tomografía axial computarizada, ecografía 3D y 4D

Fuente: SOLCA (2003)

Cuadro 21

SOLCA Quito:
evolución de prestaciones seleccionadas (1994-2002)

Prestaciones	1994	2002	Variación
Biopsias	4.153	7.286	75,4%
Citologías	44.935	82.455	83,5%
Cirugías	1.037	1.673	61,3%

Fuente: SOLCA (2003)

proporción de muestras enviadas desde otras instituciones y provincias de la sierra central, para las cuales SOLCA Quito constituía una unidad de referencia interinstitucional.

Una perspectiva general del incremento de la capacidad resolutoria de SOLCA Quito, coincidente con el inicio de actividades del Hospital Oncológico Solón Espinosa (inaugurado en el año 2000) puede apreciarse en el cuadro 20.

Para efectos de visualizar la posibilidad de que SOLCA constituya un centro oficial especializado en la atención de cáncer en el país y que se inserte dentro del Sistema Nacional de Salud (aprovechando fortalezas existentes para evitar innecesarias duplicaciones y el consiguiente dispendio de recursos), resulta de interés registrar que SOLCA Quito ha mantenido la siguiente proporción de atención de referencias: 55,4% de biopsias solicitadas por particulares en 1994, y 8% de solicitudes de exámenes de provincias en el 2002. En lo relativo a citologías, en 1994, un elevado porcentaje (83,8%) correspondía a pruebas solicitadas por particulares, y más de un 5% de muestras fueron remitidas desde las provincias de Imbabura, Carchi, Cotopaxi, Tungurahua, Napo, Sucumbíos, Pastaza y Esmeraldas. En el 2002, de 82.455 pruebas realizadas, el 47,5 % fueron remitidas por el MSP. Un dato interesante es que más de un tercio de pruebas fueron voluntarias (lo que refleja un creciente interés en las mujeres por prevenir el cáncer cérvico uterino).

Cuadro 22

SOLCA Quito:
evolución de indicadores hospitalarios (1994-2002)

Indicadores	1994	2002	2004
no. de camas	29	112	123
Egresos	1.858	3.826	3.776
% de ocupación	94,0	57,0	45,2
Días de estancia	5,3	4,9	5,0
Índice mortalidad	16,5	3,5	2,2
no. de consultas	17.452	63.869	
Citologías vaginales	44.935	82.455	

Fuente: SOLCA (2003)

Para finalizar esta revisión, se presenta un cuadro de resumen general de la evolución de los principales indicadores hospitalarios de SOLCA Quito en la última década (cuadro 22).

Se debe resaltar el valioso ejemplo de referencias interinstitucionales bidireccionales de muestras de citología, biopsias y casos oncológicos. Este trabajo cooperativo constituye un ejemplo en las circunstancias actuales, cuando se debate la conformación de un Sistema Nacional de Salud, sin opciones claras de articulación entre las diversas instituciones que operan de manera fragmentada en el sector. En el futuro cercano, este antecedente de coordinación interinstitucional podría ampliarse a la oferta-demanda de prestaciones especializadas en oncología, para las que la red hospitalaria de SOLCA en el país podría constituirse en un eslabón de referencia regional y nacional.

SedeberecordarqueSOLCA dispone de hospitales en Guayaquil, Quito, Cuenca, Portoviejo, Loja y que están en etapa de planificación unidades en Machala, Riobamba y Tungurahua, con una capacidad actual de alrededor de 400 camas y un potencial de 600 en el corto plazo. Esta capacidad instalada podría optimizarse con la atención regionalizada de problemas oncológicos detectados en otras instituciones del sector que, a su vez, se beneficiarían de evitar la duplicación

de esfuerzos y las inversiones costosas (equipos de radio y cobaltoterapia, por ejemplo) generalmente subutilizadas. El financiamiento de dichas prestaciones provendría de aportes conjuntos de SOLCA y de las instituciones del sector con las que se establecerían los acuerdos que podrían evolucionar desde pagos por prestaciones hasta pagos prospectivos en sistemas de aseguramiento.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil

La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) es una institución privada, sin fines de lucro, creada por el Concejo Cantonal de Guayaquil en 1888. Posteriormente, la JBG adquirió un carácter autónomo y actualmente regenta una serie de servicios sociales, entre los que se destacan cuatro hospitales –Luis Vernaza (de especialidades), Enrique Sotomayor (gineco-obstétrico), Roberto Gilbert Elizalde (pediátrico) y Lorenzo Ponce (psiquiátrico)–, que atienden a usuarios de Guayaquil, de la provincia del Guayas y de provincias y zonas adyacentes.

Las bases filosóficas y de acción de la Junta se aprecian en la definición de su misión y visión: “Misión: Somos una Institución de servicios asistenciales para las personas de escasos recursos económicos en Guayaquil y sus zonas de influencia, prioritariamente en: salud (general, maternidad, infantil y mental), educación

y ancianidad, cementerio y afines. Nos distinguimos por el buen nivel de servicio y por nuestra contribución a la comunidad médica.

Visión: La Junta de Beneficencia de Guayaquil será una Institución liderada por las personas más representativas e idóneas de la ciudad; un modelo en la prestación de servicios asistenciales para la población más necesitada con gestión moderna, autónoma y auto sustentable” (JBG, 2006).

En 1994, el presupuesto total de la JBG fue de, aproximadamente, 40 millones de dólares, de los cuales más del 50% provenía de la Lotería Nacional. El 80% de su presupuesto se destinaba a servicios de salud, con un aporte estimado de usuarios de un 5% (BID, RAND, 1995). Informes oficiales recientes de la propia JBG sitúan en un 25% tales aportes.

Entre 1993 y 2003, la producción de los hospitales de la JBG se incrementó (cuadro 23).

Hospital General Luis Vernaza

Este hospital es uno de los más antiguos del Ecuador. Sus inicios datan de 1564, año en que se lo conoció con el nombre de Santa Catalina Virgen y Mártir. El Hospital General Luis Vernaza es un hospital nacional y docente, que provee atención especializada en áreas como: cirugía, ginecología, medicina interna, cardiología, dermatología, gastroenterología, neumología, endocrinología, enfermedades metabólicas, nefrología, oncología, cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, urología, cirugía ortopédica, traumatología, cirugía cardiovascular y torácica, orectología, entre otras. Adicionalmente, el Hospital dispone de modernas facilidades diagnósticas de laboratorio e imagen (cuadro 24).

Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor

Conocido generalmente como Maternidad Enrique C. Sotomayor, en sus inicios este

Cuadro 23

Junta de Beneficencia de Guayaquil: evolución de indicadores hospitalarios (1993-2003)

	1993	2003
no. de camas	2.388	2.634
Atención en consulta externa	293.000	482.254
no. de internaciones	63.000	95.305
% de ocupación	70,5%	
Promedio días estancia	7,4	

Fuente: JBG (2006)

Cuadro 24

Estadísticas del Hospital General Luis Vernaza
(enero-diciembre 2004)

Consulta externa	149.044
Hospitalizados	16.017
Atendidos en emergencias	88.738
Intervenciones quirúrgicas	13.636
Análisis varios	977.904
Número de camas	766
% de ocupación	77%
Días de estancia	17

Fuente: JBG (2006)

hospital prestaba sus servicios dependiendo del Hospital de Niños Alejandro Mann. Actualmente, el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, ha expandido su espacio físico acorde al incremento de la demanda de atención. Además, ha establecido vinculaciones con centros ambulatorios del Centro y Norte de la ciudad. Dispone de modernos recursos diagnósticos y terapéuticos, entre los que se destacan: cirugía laparoscópica, tomografía axial computarizada, ecografía, laboratorio clínico, rayos X, mamografía y equipo de densitometría ósea, entre otros. Por último, este hospital también cuenta con un banco de sangre y una farmacia (cuadro 25).

Cuadro 25

Estadísticas del Hospital Gineco-Obstétrico
Enrique C. Sotomayor (enero-diciembre 2004)

Hospitalizados	43.380
Consulta externa (mujeres)	123.793
Consulta externa (niños)	10.220
Nacimientos	33.476
Cirugías	45.693
Análisis varios	789.778
% de ocupación	78 %
Días estancia	2,7

Fuente: JBG (2006)

Hospital Roberto Gilbert Elizalde

El antecedente del moderno Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde lo constituye el antiguo Asilo Alejandro Mann cuya demanda de atención rebasó su capacidad constructiva y operativa, determinándose la necesidad de construir el nuevo hospital, con capacidad para 440 camas, edificado en tres plantas, distribuidas en 26.690 m² de construcción. En la primera planta, se ubican las áreas de quemados, recuperación, cuidados intensivos, neonatal y emergencia, con un total de 100 camas. En la segunda, se cuenta con 8 pabellones de hospitalización para un total de 280 camas. Y en la tercera planta hay 18 habitaciones semi-privadas y 24 habitaciones privadas, con un total de 60 camas (por equipar) (cuadro 26).

Cuadro 26

Estadísticas del Hospital de Niños Roberto Gilbert
Elizalde (enero-diciembre 2004)

Consulta externa	348.873
Hospitalizados	18.000
Cirugías	8.426
Emergencias	100.131
Análisis varios	335.414

Fuente: JBG (2006)

Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce

Este es el hospital psiquiátrico más grande del Ecuador. Dispone de 1.028 camas y una población interna de 515 hombres y 394 mujeres (cuadro 27).

Cuadro 27.

Estadísticas del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce
(enero-diciembre 2004)

Consulta externa	50.395
Hospitalizados	11.193
Diagnósticos	40.988
Emergencia	2.570

Fuente: JBG (2006)

El somero análisis presentado sobre la producción de los hospitales dependientes de la JBG, permite valorar su importancia. Este conjunto de instituciones representan cerca del 20% del total de camas disponibles en el país y, evidentemente, aportan significativamente a la dotación de camas por habitante en la provincia del Guayas. La articulación de los establecimientos de la JBG al Sistema Nacional de Salud es un reto todavía pendiente.

Hospitales de las Fuerzas Armadas

Como sucede en otras instituciones de salud, en las Fuerzas Armadas se ha desarrollado una red de servicios de salud que tiene su expresión más acabada en la estructura asistencial del Ejército. Esta red está conformada por las siguientes unidades, listadas de menor a mayor complejidad: 1) dispensarios médicos, con dotación de médico y odontólogo; 2) policlínicos, con dotación de especialidades básicas, apoyo diagnóstico de laboratorio e imagen, camas para observación y tratamientos simples; 3) hospitales de brigada, con especialidades básicas, incluida cirugía

y auxiliares de diagnóstico y tratamiento; 4) hospitales de división, con dotación de algunas sub-especialidades, como neurología y cardiología; 5) Hospital General de las Fuerzas Armadas, de especialidades y subespecialidades.

Por su parte, la Fuerza Naval cuenta con dispensarios médicos y dos hospitales con especialidades básicas y algunas subespecialidades, localizados en Guayaquil y Esmeraldas. Finalmente, la Fuerza Aérea también tiene dispensarios médicos y clínicas, con hospitalización y cirugía, en las ciudades de Latacunga, Salinas, Manta y Taura.

Considerando el mayor desarrollo de los servicios del Ejército (o Fuerza Terrestre), se procederá a un somero análisis de la capacidad instalada y principales indicadores de sus hospitales.

Para empezar, los hospitales del Ejército se distribuyen de la siguiente forma. Los hospitales de brigada se ubican en las ciudades de Pasaje, Loja, Riobamba, Coca y Patuca; y los hospitales de distrito, en Guayaquil, Cuenca y Puyo (cuadros 28 y 29).

Cuadro 28

Hospitales del Ejército: principales indicadores hospitalarios (2003)

Hospital	no. de camas	Días cama disponibles	Días cama ocupadas	% de ocupación	Egresos	Promedio días estancia
HB 1 Pasaje	40	14.816	3.494	23,50%	923	3,56
HB 7 Loja	40	14.446	5.867	40,60%	1.216	3,43
HB 11 Riobamba	40	14.640	3.890	26,50%	968	2,67
HB 19 Coca	24	8.824	2.555	28,95%	504	3,02
HB 21 Patuca					553	
HD II Guayaquil	66	24.156	11.557	47,84%	1.958	4,90
HD III Cuenca	47	17.324	6.976	40,26%	1.525	3,50
HD IV Puyo	30	10.980	3.153	28,70%	923	2,42
Promedio	291	106.426	38.420	36,10%	8.573	3,52

Fuente: DSE (2005)

Cuadro 29

Hospitales del Ejército:
atención a civiles por atenciones totales (2003)

	Civiles/total
HB 1 Pasaje	22,4
HB 7 Loja	16,6
HB 11 Riobamba	10,8
HB 19 Coca	52,5
HB 21 Patuca	30,3
HD II Guayaquil	20,9
HD III Cuenca	53,0
HD IV Puyo	37,3
Promedio	29,2

Fuente: DSE (2005)

A partir de los dos cuadros precedentes, es posible concluir, en primer lugar, que en los hospitales del Ejército se extiende una característica común a los hospitales en el país: su bajo grado de utilización. En estos hospitales hay un promedio de 36,1% de ocupación. Por otro lado, es evidente que una apreciable proporción de pacientes atendidos corresponde a población civil. Si el gran reto del sector

salud de Ecuador es efectivizar el mandato constitucional de implantar un Sistema Nacional de Salud que rompa la nociva fragmentación que se ha mantenido inalterable hasta ahora, la información recogida permite sustentar la amplia factibilidad, en términos de capacidad instalada, de tal proyecto. En este sentido, se daría un importante paso hacia adelante si los hospitales militares oficializaran una política de apertura de sus instalaciones a través de acuerdos en el marco del Sistema Nacional que permitan ampliar sosteniblemente las coberturas de atención y, así, contribuir al desafío ético nacional de universalizar la atención de salud con calidad y calidez.

El cuadro 30 permite visualizar la capacidad de producción de actividades, tales como consultas y cirugías, en los hospitales de la Fuerza Terrestre. Asimismo, se observa la necesidad de establecer protocolos que procuren el mantenimiento de índices convencionalmente aceptados (como por ejemplo, el 20% de cesáreas en relación al total de partos).

Cuadro 30

Hospitales del Ejército: productividad de actividades seleccionadas (2003)

Hospital	Cirugías mayores	Cirugías medianas y menores	Consultas de morbilidad (primeras)	Consultas de morbilidad (subsecuentes)	% de cesáreas
HB 1 Pasaje	14.816	3.494	6.895	6.213	50,6
HB 7 Loja	14.446	5.867	9.159	4.859	40,7
HB 11 Riobamba	14.640	3.890	6.244	2.867	34,3
HB 19 Coca	8.824	2.555	2.672	209	51,7
HB 21 Patuca			401	261	18,9
HD II Guayaquil	24.156	11.557	21.002	20.145	68,7
HD III Cuenca	17.324	6.976	16.112	9.982	50,6
HD IV Puyo	10.980	3.153	3.765	3.207	55,0
Promedio	106.426	38.420	66.250	47.473	49,7

Fuente: DSE (2005)

Hospitales de la Policía Nacional

A partir del año 2003, los servicios de salud de la Policía Nacional adoptaron una organización regional, según distritos geográficos, coincidente con su organización general de servicios. Estos servicios incluyen, básicamente, servicios ambulatorios, conocidos como subcentros, y dos hospitales de especialidades en Quito y Guayaquil. Los subcentros se hallan distribuidos en cuatro distritos. Distrito I: provincias de Pichincha, Carchi, Esmeraldas, Quinindé, Imbabura, Napo, Sucumbíos y Orellana. Distrito II: provincias de Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua. Distrito III: provincias de Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y Zamora. Y, Distrito IV: provincias de El Oro, Galápagos, Guayas, Manabí y Los Ríos (cuadros 31 y 32).

Cuadro 31

Pacientes atendidos en las unidades de salud de la Policía Nacional por distritos y tipos de usuarios (2004)

	Activos	Pasivos	Familiar	Particular	Total
D I	28.596	1.398	6.892	3.575	40.461
D II	4.079	335	1.134	529	6.077
D III	4.899	653	944	290	6.786
D IV	7.004	400	1.334	1.019	9.703
Total	44.578	2.786	10.304	5.413	63.027

Fuente: DGSP (2005)

Cuadro 32

Consultas de morbilidad y fomento en las unidades de salud de la Policía Nacional por distritos (2004)

	Morbilidad	Fomento	Total
DI	36.044	4.632	40.676
DII	4.844	695	5.543
DIII	5.065	1.225	6.288
DIV	9.057	2.281	11.320

Fuente: DGSP (2005)

Esta información reitera para el caso de la Policía lo anotado con respecto a los hospitales del Ejército: las unidades de la Policía podrían ser ampliamente utilizadas por particulares. De nuevo, esto señala la factibilidad de regularizar y oficializar esta opción en el marco del Sistema Nacional de Salud. Por lo demás, en el análisis de la producción hospitalaria por distritos, se deben considerar los diversos recursos asignados a cada uno de ellos.

Para cerrar, la preeminencia de consultas de recuperación en estos hospitales, confirma la vocación mayoritariamente curativa de los servicios de la Policía que es común a prácticamente la totalidad de instituciones de salud del Ecuador.

El Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)

Con el antecedente del proyecto FASBASE antes analizado, este proyecto se concibió como una segunda intervención con crédito del Banco Mundial. Su objetivo era “contribuir a expandir el acceso y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos en la organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud” (MSP, 1988).

La estrategia principal consistía en apoyar el desarrollo de modelos demostrativos y descentralizados, integrados por proveedores públicos y privados dentro de una red de cuidados de salud, que opere bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de servicios. Adicionalmente, se preveía asistencia para integrar las redes locales con los hospitales provinciales o nacionales como centros de referencia con mayor autonomía de gestión. Se planteaba también el apoyo al MSP en procesos de fortalecimiento institucional para que asuma su papel regulador y generador de políticas. Particularmente, se apuntaba al fortalecimiento

del Consejo Nacional de Salud (CONASA) y al desarrollo de recursos humanos.

El proyecto MODERSA consideró, originalmente, tres componentes: organización de Sistemas Descentralizados de Cobertura Universal de Servicios de Salud (SIDCUSS); modernización hospitalaria; y, política sectorial (desarrollo de recursos humanos).

Su costo estimado fue de alrededor de 65 millones de dólares, de los cuales 45 correspondían a un préstamo del Banco Mundial, 8 a la contraparte nacional y 12 a la contraparte local. Su duración estaba prevista para 5 años, iniciando el segundo semestre de 1998.

Como ámbitos de intervención se establecieron espacios geográficos específicos. Por ejemplo, se seleccionaron provincias y municipios para el desarrollo de experiencias demostrativas de organización y funcionamiento de Sistemas Descentralizados de Salud. También se escogieron hospitales específicos para desarrollar experiencias de modernización hospitalaria. Finalmente, le correspondió al ámbito nacional el desarrollo de políticas, leyes y regulaciones conexas al sector, así como actividades de construcción de consensos en torno a la reforma del sector salud.

La población beneficiaria se estimó en dos millones de personas (WB, 1998), es decir, aproximadamente el 20% de la población total del país. El proyecto apoyaría el desarrollo de 10 Sistemas Descentralizados de Salud y 8 procesos de modernización hospitalaria, seleccionados según criterios específicos.

Las líneas cardinales del proyecto fueron las seis siguientes:

- 1) Reforzar el papel del MSP en la elaboración de políticas, regulación y redefinición de prioridades sectoriales.
- 2) Descentralizar la responsabilidad para la toma de decisiones de la atención de salud en el

sector público a corporaciones locales de concertación ciudadana y de actores públicos y privados relacionados con la salud.

- 3) Transformar los hospitales públicos y centros ambulatorios en organizaciones semiautónomas que operen como redes integradas de atención de salud.
- 4) Establecer convenios o contratos con instituciones públicas y privadas para la provisión de servicios de salud, incentivando la competencia y libre elección de los usuarios.
- 5) Adoptar mecanismos regulatorios y promover la estandarización de planes de beneficio para asegurar una calidad homogénea de prestaciones de los proveedores plurales.
- 6) Desarrollar mecanismos de aseguramiento de calidad, incluyendo un sistema de acreditación de servicios de salud.

A continuación se ofrece una descripción somera de cada uno de los componentes del proyecto.

Los Sistemas Descentralizados de Salud (componente al que se le asignaron 40,6 millones de dólares, es decir, 62,5% del costo total del proyecto) se orientarían a promover la participación de la ciudadanía, de gobiernos sectoriales y de instancias desconcentradas del sector, en el cuidado de la salud. Esto se alcanzaría a través del establecimiento de entidades locales de gestión de salud (ELEGES): juntas o consejos de salud provinciales y municipales, o entidades autónomas de salud.

Estas ELEGES serían responsables del desarrollo de un plan local de salud. Y a su vez, tendrían a su cargo el impulso a la construcción de sistemas descentralizados de cobertura universal de servicios de salud (SIDCUS). Se estableció que estos sistemas tendrían las siguientes características principales:

- 1) Integración de proveedores públicos y privados dentro de una red de salud operando bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de un programa de servicios

- esenciales de salud para grupos de población beneficiaria.
- 2) Categorización y afiliación de usuarios a los SIDCUSS acorde a su nivel de ingreso, para definir familias o personas sujetas de exoneración total, parcial o no elegibles para subsidio.
 - 3) Desarrollo de nuevos mecanismos de financiamiento de la atención de salud (por ejemplo, un fondo de salud local) y sistema de pagos por usuarios con capacidad de aporte económico para sistematizar subsidios para los pobres y para servicios seleccionados.
 - 4) Apoyo a la modernización de las estructuras administrativas de las ELEGES y de los proveedores de la red de salud, incluyendo el establecimiento de los sistemas de información administrativa, mecanismos de aseguramiento de calidad y desarrollo de recursos humanos.

Por otro lado, la “modernización hospitalaria” (componente al que se le asignaron 18,3 millones de dólares, o bien, 28,% del costo total del proyecto) planteaba establecer modelos demostrativos de gestión con mayor autonomía en hospitales seleccionados de acuerdo a criterios específicos, para una eventual réplica futura a lo largo y ancho del país.

En la fase inicial de implementación del proyecto, el objetivo previsto era fortalecer la gestión hospitalaria para mejorar la eficiencia técnica y la calidad del cuidado. Para ello, el componente de modernización hospitalaria asistiría a hospitales seleccionados para modernizar su organización y estructura de gobierno y sus prácticas administrativas, y para mejorar la calidad de los cuidados de salud. Para alcanzar estos objetivos, se apuntaba, primero, a establecer marcos legales que constituyan la base para una organización administrativa semiautónoma del hospital, que encause el cuidado del paciente y la eficiente gestión del hospital en el contexto del funcionamiento de la red en su conjunto. También se procuraba fortalecer la capacidad de

planeación estratégica, mejorar la administración y contratación de recursos humanos, y desarrollar presupuestos operacionales y de capital, que otorguen espacios de participación a los usuarios, a través de representantes de actores sociales clave (por ejemplo, autoridades ciudadanas, representantes de la comunidad, organización de mujeres, etc.).

Otros aspectos de este componente eran el diseño e implementación de sistemas de gestión. Esto incluía la administración de calidad total, mejoramiento del desempeño, y medición y reporte de los sistemas. El desarrollo de recursos humanos a través de un entrenamiento selectivo y educación continua, incentivos al desempeño y desarrollo de carrera. El desarrollo de nuevos mecanismos de asignación de recursos e implementación de sistemas de gestión financiera y de información gerencial. Y el financiamiento de obras civiles, equipamiento, mantenimiento y suministro para renovación/mejoramiento de los servicios existentes.

Para la selección de hospitales se debían aplicar criterios referidos a capacidad de dirección, voluntad colectiva de cambio y de modernización institucional y de interacción con la comunidad y otros prestadores de servicios, entre otros.

En lo que se refiere al “desarrollo de política, gestión de recursos humanos y construcción de consensos” (componente al que se le asignó un 3,4% del costo total del proyecto), se planteaba abordar tres procesos interrelacionados:

- 1) Formulación de políticas, para disponer de un conjunto de lineamientos claros para la acción, ordenando el quehacer y señalando la dirección de los procesos.
- 2) Implementación, que involucre acciones de instrumentación técnica a través de la formulación del plan de salud acorde con las políticas enunciadas y su formalización legal.

- 3) Seguimiento y evaluación de la ejecución de las políticas, sobre la base de un sistema de información pertinente, para detectar desvíos de los procesos y tomar las medidas correctivas necesarias para su reordenación, en función de los objetivos y metas trazados.

Este componente orientaba sus acciones a fortalecer al MSP y al CONASA, en tanto que organismos generadores de consenso para la formulación de políticas nacionales de salud. Se apuntaba a clarificar sus roles, misiones y responsabilidades, y a fortalecer la capacidad institucional del MSP para tomar decisiones, asignar recursos, gerenciar y evaluar resultados. Junto a todo esto, en este componente también se preveía el desarrollo de un marco legal que asegure la implementación de los cambios que se requieren para la reforma del sector salud y de sus instituciones. El componente desarrollaría, además, actividades de información, educación y comunicación que faciliten los procesos de concertación y de movilización social alrededor de la salud.

Considerando su gran importancia, en tanto condicionante directo de cualquier tentativa de cambio institucional, el proyecto otorgaba especial atención al tema de “recursos humanos en salud”. Dentro de este subcomponente, se definieron las siguientes líneas prioritarias de acción:

- 1) Descentralización y desconcentración de procesos, a efectos de transferir atribuciones de gestión de recursos humanos desde niveles centrales a instancias provinciales y de gobierno local, así como hacia los establecimientos de la red.
- 2) Implantación de mecanismos flexibles de contratación de recursos humanos basados en la evaluación del desempeño.
- 3) Establecimiento de incentivos en función del cumplimiento de estándares de calidad y de productividad.

- 4) Formación y educación permanente de recursos humanos en los siguientes ámbitos prioritarios: a) Diseño e implementación de programas de formación y educación permanente relacionados con la gestión/operación del sistema, en ámbitos de prestación y gerencia de servicios y en garantía de calidad y acreditación. b) Consecución de una “masa crítica” de grupos multidisciplinarios que impulsen los procesos de diseño e implantación de políticas de salud de Estado, con el concurso de instituciones de formación y educación nacionales e internacionales.

El proyecto contribuiría a desarrollar políticas para reformar la oferta y distribución de médicos y enfermeras, a mejorar la gestión del desempeño de los recursos humanos, y a institucionalizar la acreditación y entrenamiento administrativo para lograr las reformas propuestas. Además, promovería el desarrollo de leyes y regulaciones para modificar tanto las políticas de recursos humanos, como las leyes de servicio civil y carrera administrativa y el código laboral vigentes. Apoyaría, asimismo, actividades de información, educación y comunicación para lograr los consensos sobre las reformas de salud.

Evaluación del proyecto MODERSA

Partiendo de la solidez conceptual y técnica del proyecto (claramente orientado al desarrollo de cambios organizativos y de operación en el MSP y en el sector salud), de la competencia y compromiso del equipo de trabajo, así como del respaldo político de autoridades gubernamentales de nivel superior, la fase inicial de ejecución, entre 1998 y 1999, registró logros significativos (Rodas, 1999). Entre éstos pueden destacarse la elaboración y ejecución inicial de Plan Nacional de Salud, concebido y diseñado participativamente desde espacios locales. También fue significativa la desconcentración

de capacidades de gestión financiera y de recursos humanos a niveles administrativos y operativos de provincias y Áreas de Salud. Se debe resaltar, asimismo, el diseño, sustentación jurídica e implementación inicial de una gestión participativa y autónoma de establecimientos de salud, a través de la constitución de comités de participación social y control de la gestión de salud, y de comités de modernización en hospitales y Áreas de Salud. La implementación inicial de experiencias demostrativas de sistemas descentralizados de salud y modernización hospitalaria alcanzó buenos resultados. Y, finalmente, otros logros importantes fueron la elaboración participativa de la Política Nacional de Recursos Humanos y las actividades iniciales de reingeniería institucional del MSP.

En años posteriores, la inestabilidad ministerial (con 4 gobiernos y 8 ministros de salud) y los consiguientes recambios de personal directivo y técnico del proyecto determinaron, como lógica consecuencia, un avance errático y limitado de acciones. En medio de este desfavorable contexto, posiblemente se podría destacar como un logro de la trunca ejecución del MODERSA, la preparación tanto para la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en el año 2002, como la realización de dos Congresos Nacionales por la Salud y la Vida, en el 2002 y el 2004.

La Ley del Sistema tiene el mérito de constituir una primera aproximación jurídica al mandato constitucional de construcción del Sistema Nacional de Salud (esto con independencia de sus debilidades prescriptivas que obligarán en el futuro cercano a reformarla incluyendo disposiciones explícitas que permitan dar forma operativa al Sistema). La propuesta gubernamental de Aseguramiento Universal de Salud (AUS), que podría haber encontrado sustentación política con el acceso al poder de

su mentalizador (el ex vicepresidente y después presidente de la República Alfredo Palacio), deberá crear o adaptar instrumentos jurídicos para su sostenibilidad y adecuada operación.

El proyecto MODERSA proporcionó, además, el financiamiento para la realización de estudios ejecutados con participación de CARE y la Universidad Johns Hopkins. Desde estas instituciones se han elaborado propuestas operacionales sobre el funcionamiento del AUS que, al parecer, corresponden con bastante precisión a las características originalmente concebidas, y reseñadas en párrafos anteriores, del proyecto. Concretamente, tales propuestas operacionales, señalan cuatro tareas:

- 1) Integrar a proveedores públicos y privados dentro de una red de salud operando bajo acuerdos de desempeño o contratos para la entrega de un programa de servicios esenciales de salud, para grupos de población beneficiaria.
- 2) Categorizar y afiliar a los usuarios del AUS (concebidos en el proyecto como Sistemas Descentralizados de Cobertura Universal de Salud -SIDCUSS-) acorde a su nivel de ingreso, para definir familias o personas sujetas de exoneración total, parcial o no elegibles para subsidio.
- 3) Desarrollar nuevos mecanismos de financiamiento de la atención de salud (por ejemplo, un fondo de salud local) y de un sistema de pagos por usuarios con capacidad de aporte económico, para sistematizar subsidios para los pobres y para servicios seleccionados.
- 4) Apoyar la modernización de las estructuras administrativas de la Corporación de Aseguramiento Universal de Salud (definidas como entidades locales de gestión de salud en el proyecto) y de los proveedores de la red de salud, incluyendo el establecimiento de sistemas de información administrativa,

mecanismos de aseguramiento de la calidad y desarrollo de los recursos humanos.

Toda vez que al momento de elaborar este artículo el proyecto se encuentra en sus tramos finales de ejecución, su evaluación todavía no se realiza, por lo que no es posible registrar sus resultados finales. No obstante, es posible plantear que lo errático de su conducción, cuestión agravada durante la incompetente y mediocre gestión del desgobierno precedente, determinó un muy limitado cumplimiento de objetivos y actividades que, por lo conocido a través de las convocatorias públicas a concursos y licitaciones, no representaron sino un conjunto desdibujado y dispar de intervenciones sin Norte definido (como rehabilitaciones de unidades de salud de diversa complejidad y localización geográfica, adquisiciones de equipos hospitalarios, y consultorías técnicas de variados y heterogéneos temas). Tal parece ser que, con la complacencia del financista, el Banco Mundial, el propósito era ejecutar la mayor cantidad de recursos al margen de su real utilidad en términos de garantizar el derecho universal a la salud. Al respecto, conviene recordar que el principal indicador de logros de los proyectos impulsados por el Banco Mundial es, precisamente, su ejecución presupuestaria.

Conclusiones

Como se destacó al inicio de esta revisión, el modelo de atención constituye un componente esencial en la conceptualización, organización y funcionamiento de un sistema de salud.

Los países que han logrado consolidar sistemas exitosos de salud, a través de coberturas universales, apropiados estándares de calidad y valoración por parte de la población, adoptaron, sin excepción, modelos de atención de salud

basados en servicios ambulatorios (ubicados en los denominados primeros niveles de atención), inequívocamente articulados con niveles hospitalarios (secundarios y terciarios), en acción de mutua sinergia. En una dimensión más amplia, los países que optaron por la salud como concepción integral, concedieron prioridad a procesos de atención primaria de salud, apegados a los principios (plenamente actuales) establecidos en Alma Ata hace casi 30 años.

Vale la pena recalcar, en todo caso, que aquellos países lograron cohesionar en sus sistemas nacionales de salud lo preventivo y lo curativo, lo ambulatorio y lo hospitalario, y lo asistencial y docente, como armónicas unidades de conjunto.

Así, realidades diversas, unas lejanas (como Inglaterra, Canadá, Suecia, España o Israel) y otras más cercanas (como Cuba, Costa Rica y recientemente Brasil), muestran las bondades de sistemas nacionales basados en modelos de atención centrados en la familia y la comunidad. Estos modelos contienen elementos de mucho interés para el desarrollo de nuestro propio sistema de salud, con independencia de sus diferentes esquemas organizativos y de financiamiento (financiamiento público y prestación privada, como en Canadá; financiamiento y prestación pública a través de instituciones de gobierno central, como en Cuba; o gestión a través de instancias descentralizadas como en España o Brasil).

En el caso ecuatoriano, la importancia fundamental de la atención en el primer nivel es evidente. Dotada de atributos de excelencia en calidad, calidez, capacidad resolutive e integralidad, la atención primaria debe ser la piedra angular del edificio de la atención de salud. Efectivamente, un alto porcentaje de problemas o enfermedades que se presentan

frecuentemente en la población ecuatoriana, pueden tratarse, y lo que es más importante, prevenirse, con una acción local sistemática y programada y un abordaje colectivo, familiar, comunitario e intersectorial.

Lamentablemente, por lo revisado y contrariando todas las recomendaciones internacionales, Ecuador ha privilegiado un modelo de atención de salud asistencialista centrado en la figura del hospital, hacia donde se han dirigido mayoritariamente sus recursos (cuadro 33).

Cuadro 33

Composición del gasto del gobierno central en salud (1995-1998)

Funciones	1995		1996		1997		1998	
	Millones USD	%	Millones USD	%	Millones USD	%	Millones USD	%
Salud pública	25,50	13,4%	20,80	10,5%	17,30	9,4%	17,10	9,6%
Serv. atención primaria	61,40	32,1%	54,30	27,4%	55,10	30,0%	52,60	29,5%
Serv. atención hospital	79,70	41,8%	80,70	40,8%	80,20	43,6%	78,80	44,1%
Gastos administrativos	24,30	12,7%	42,10	21,3%	31,30	17,0%	30,00	16,8%

Fuente: Badillo (2000)

El sector de la salud en Ecuador tiene dos retos fundamentales. Primero, superar la fragmentación que lo ha caracterizado históricamente. Y segundo, reelaborar su modelo de atención, fortaleciendo con vigor su base que no puede estar constituida por otro elemento que no sea

un servicio ambulatorio de excelencia y con probada potencialidad. El sistema de salud, más allá de la mera atención de la enfermedad, debe contribuir al logro de objetivos de salud, desarrollo humano, equidad y democracia.

Bibliografía:

- Badillo, Daniel 2000 *La relación costo-efectividad del gasto del gobierno central en salud: una aproximación provincial* (Quito: UNICEF).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), RAND 1995 *Adelantando la reforma del sector salud en Ecuador: análisis de las opciones vigentes* (Quito: BID/RAND).
- Dirección de Sanidad del Ejército (DSE) 2005. Registros institucionales (Quito). Mimeo.
- Dirección General de Salud de la Policía (DGSP) 2005. Registros institucionales (Quito). Mimeo.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1980 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1991 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1996 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2000 *Anuario de recursos y actividades de salud* (Quito: INEC).
- Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) 2006 <www.jbg.org>
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2000 *Situación de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/OPS).
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2003 *Indicadores básicos de salud en el Ecuador* (Quito: INEC).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1988 *Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA)* (Quito: MSP).
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1992 *Proyecto Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE): atención de calidad para población de prioridad* (Quito: MSP/BIRF/OPS/OMS).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1993 *Manual de organización de las Áreas de Salud* (Quito: Ceronte Productores Gráficos Asociados).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1994 *Manual de organización de las Áreas de Salud* (Quito: MSP).
- Ministerio de Salud Pública (MSP) 1996 *Anteproyecto Modernización de Servicios de Salud* (Quito). Mimeo.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) 1996 *Proyecto de modernización de la gestión hospitalaria y reforma del sector salud en el Ecuador* (Washington: Banco Mundial).
- Martínez Navarro, F., et. al. 1998 *Salud pública* (México: McGraw-Hill-Interamericana de España).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1989 *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud* (Washington: OPS/OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP) 1992 *Informe final evaluación del desarrollo de los SILOS en el Ecuador* (Quito: MSP).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).
- Rodas Andrade, Edgar 1999 Informe anual de actividades del ministro de Salud Pública (Quito: Publicorp).
- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) 2003 *Registros institucionales 1994-2003* (Quito). Mimeo.
- Sacoto, Fernando y Carlos Terán 1991 *Manual del equipo de salud rural* (Quito: Namur Editores).
- Varios Autores 1988 *La situación de salud en el Ecuador. 1962-1985* (Quito: MSP).
- World Bank (WB) 1992 Report No. 10486-EC. Staff Appraisal Report Ecuador Second Social Development Project Health and Nutrition. June 29, 1992.
- World Bank (WB) 1998 Report No. 17326 EC. Project Appraisal Document on a proposed loan of US 45 million to the Republic of Ecuador for a Health Services Modernization Project. May 20, 1998.
- World Bank (WB) 2001 *ICR FASBASE* (Washington-Quito: WB).
- UNICEF, OMS 1978 *Declaración de Alma Ata* (Ginebra: OMS).

Municipio saludable

Paco Moncayo Gallegos*

La municipalidad de Quito ha emprendido un serio esfuerzo para asumir las competencias que corresponden a un gobierno local. El sistema centralizado de gestión del Estado presenta graves deficiencias que impiden que la acción política promueva un desarrollo humano sostenido. La práctica política, por su parte, dificulta la aplicación del sano principio de subsidiaridad que asigna competencias y recursos sobre la base de las mejores capacidades de servicio a la comunidad. A pesar de las graves resistencias que le presenta la organización actual, la única respuesta para la ciudad de Quito es continuar trabajando para que la comunidad mejore su calidad de vida.

Cuando hablamos de una ciudad saludable, bien podemos referirnos a la totalidad de la acción del gobierno. En mi concepto, la ciudadanía saludable es aquella que goza de autoestima, de sentido de pertenencia, que tiene una identidad bien definida, y que con estos atributos ha creado un capital humano y social que le permite, bajo la guía de un pacto social de mediano y largo plazo, caminar en la historia con la certeza de que puede construir un presente y un futuro mejor para todos y todas.

Una ciudad, para ser saludable, requiere también defender su medio ambiente (proteger el aire, el agua, los suelos), contar con servicios básicos (como el agua potable, el alcantarillado y las vías de ingreso a los barrios), organizar el transporte, manejar adecuadamente el problema de los desechos que produce, y disponer de áreas dignas para la recreación, el esparcimiento y los deportes.

En una ciudad saludable, las personas deben tener acceso a un trabajo digno que les asegure los recursos, aunque sean modestos, para la subsistencia de su familia; deben tener acceso a un sistema de salud de calidad y a precios asequibles; deben poder elegir la mejor educación para sus hijos y participar en los procesos educativos como los principales responsables de la formación de sus dependientes; y, también deben tener acceso a una vivienda confortable, aunque no necesariamente sean dueños de ella.

Para que todo esto no sea un sueño irrealizable, deben trabajar juntos el sector público en todos los niveles, y el sector privado, en el que tienen un papel preponderante las empresas, la academia, las organizaciones no gubernamentales, y la propia sociedad organizada, sea territorialmente o por áreas de interés.

* Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito

En la presente administración estamos trabajando con esta orientación. Por esa razón, con un plan socialmente acordado, con un enfoque de desarrollo humano sustentable y desde una óptica sistémica, avanzamos en el afán de construir con la participación de todos y todas una ciudad saludable, con gente optimista, comprometida con su ciudad y en ejercicio activo

de la ciudadanía. Escuelas saludables, mercados saludables, parques saludables, agua potable de calidad, ríos protegidos y rescatados, mejores sistemas de manejo de los desechos sólidos, nuevas formas de transporte, infraestructura para la cultura, la recreación y los deportes; todos estos elementos, configuran nuestro compromiso de hacer de Quito un distrito saludable.

La provincia saludable: un nuevo desafío

Ramiro González*

En su programa político, el gobierno de Pichincha definió a la salud como un eje fundamental del desarrollo humano. De este modo, asumió un nuevo rol en su gestión y, en consecuencia, viene ejecutando acciones de promoción de la salud insertadas en el marco del Plan de Desarrollo Provincial que permitan mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Pichincha.

Reconociendo que el territorio es un factor determinante de la epidemiología prevalente, el gobierno provincial ha incorporado a la promoción de la salud como una estrategia más del desarrollo local. Por lo tanto, propicia espacios de encuentro, donde la ciudadanía en acción mancomunada con las instituciones

del sector salud, decide de manera informada sobre la puesta en marcha de planes, programas y proyectos, orientados a reducir las barreras económicas, geográficas y culturales que impiden el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Como procesos de articulación ciudadana e interinstitucional, se elaboraron planes de desarrollo para intervenir sobre los condicionantes de la salud. Se asumió el liderazgo necesario para fortalecer los consejos cantonales y al consejo provincial de salud. Y, finalmente, se han firmado convenios con gobiernos municipales, juntas parroquiales, organizaciones comunitarias y con la representación de la Organización Panamericana de Salud en Ecuador.

* Ex prefecto de Pichincha

Cotacachi: una experiencia de descentralización en salud

Auki Tituaña*

Breve contextualización del cantón

El cantón multiétnico de Cotacachi está situado al Norte de Quito. Tiene una población de 39.094 habitantes, compuesta de pueblos kichwas, negros y mestizos. Es uno de los cantones más grandes de la provincia de Imbabura. Cotacachi se encuentra dividido en tres zonas: zona urbana, donde mayoritariamente vive el pueblo mestizo; zona andina, donde viven los kichwas; y zona subtropical (conocida como Intag), en la que viven colonos mestizos, negros y algunos kichwas.

Las bases políticas de la gestión del gobierno local de Cotacachi

Hasta 1996, Cotacachi era uno de los tantos cantones rurales del país que poco o nada incidían en los temas nacionales. En consecuencia, para poder realizar ciertas obras de importancia, su alcalde debía ser lo suficientemente relacionado con autoridades del nivel central. Esta situación, a nivel general, no ha cambiado mucho durante todo el periodo democrático iniciado en 1979. Además, es desalentador mirar las estadísticas de los sectores denominados “claves para el desarrollo”, como son la salud, la educación y la producción, por mencionar algunos.

En 1996, se inició una nueva forma de gestión política, bajo la dirección del primer alcalde indígena. La tesis central de esta reforma

era viabilizar desde lo local, la construcción del Estado plurinacional y multiétnico. Esta apuesta supone el fomento de un proceso social y político en el que se conjuguen y se tornen viables las grandes aspiraciones de todos los pueblos (no sólo de los indígenas). Se trata entonces de gestar, desde el gobierno local en conjunto con la sociedad civil, el modelo de desarrollo sobre la base de un sistema jurídico-político que reconozca y valide diversas expresiones de organización política, social, económica productiva y cultural. Este proyecto supone el impulso a una verdadera convivencia intercultural, que potencie la identidad cultural y la lengua. Los tres principios milenarios sobre los que se asienta este tipo de gobierno son: *ama killa*, *ama llulla*, *ama shua* (no ser perezoso, no ser mentiroso, no ser ladrón).

La construcción del Sistema Cantonal de Salud

Un aspecto característico en la gestión municipal de Cotacachi es la participación ciudadana y su contribución en ámbitos estratégicos como salud, educación, turismo, producción, entre otros. Precisamente, a través del proceso participativo se ha introducido en los ciudadanos la necesidad de viabilizar estrategias para ejercer sus derechos. Fue en este marco que se analizó y debatió la temática de la descentralización en salud, arribándose a la conclusión de que era imperativo avanzar en este proceso si

* Alcalde de Cotacachi

queríamos hacer realidad la accesibilidad de todas las personas (sin importar su condición social, étnica, económica o religiosa) a servicios integrales de salud. La descentralización de los servicios de salud ha sido entonces el resultado de un largo camino de reflexión y de análisis. Este proceso requirió de planificación y de la realización de varios estudios que develaran las condiciones reales de viabilidad técnica, política y económica de la descentralización.

Descentralizar los servicios de salud no hubiera sido posible sin el apoyo de la sociedad civil. Las comunidades indígenas, los barrios urbanos de Cotacachi, las organizaciones de mujeres y de jóvenes, respaldaron este proceso, especialmente frente al Sindicato Nacional de la Salud, que intentó deslegitimar estos esfuerzos. La confianza de la ciudadanía en la autoridad local fue crucial, y esto sólo fue posible porque, con un currículo de transparencia y honestidad, la Alcaldía generó credibilidad y legitimidad.

El proceso de descentralización, particularmente del Área de Salud No.3, fue largo, complejo, difícil, lleno de tensiones pero también lleno de permanente creatividad. La oposición a este nuevo proceso por parte de los sindicatos y gremios de la salud fue enorme. Hasta el momento actual, todavía no se logra entender que la descentralización planteada en Cotacachi apunta a que se cumpla el derecho universal a la salud.

Después de transcurridos tres años de haber descentralizado los servicios de salud, se ha creado el Sistema Cantonal de Salud. El objetivo es aportar significativamente al mejoramiento de

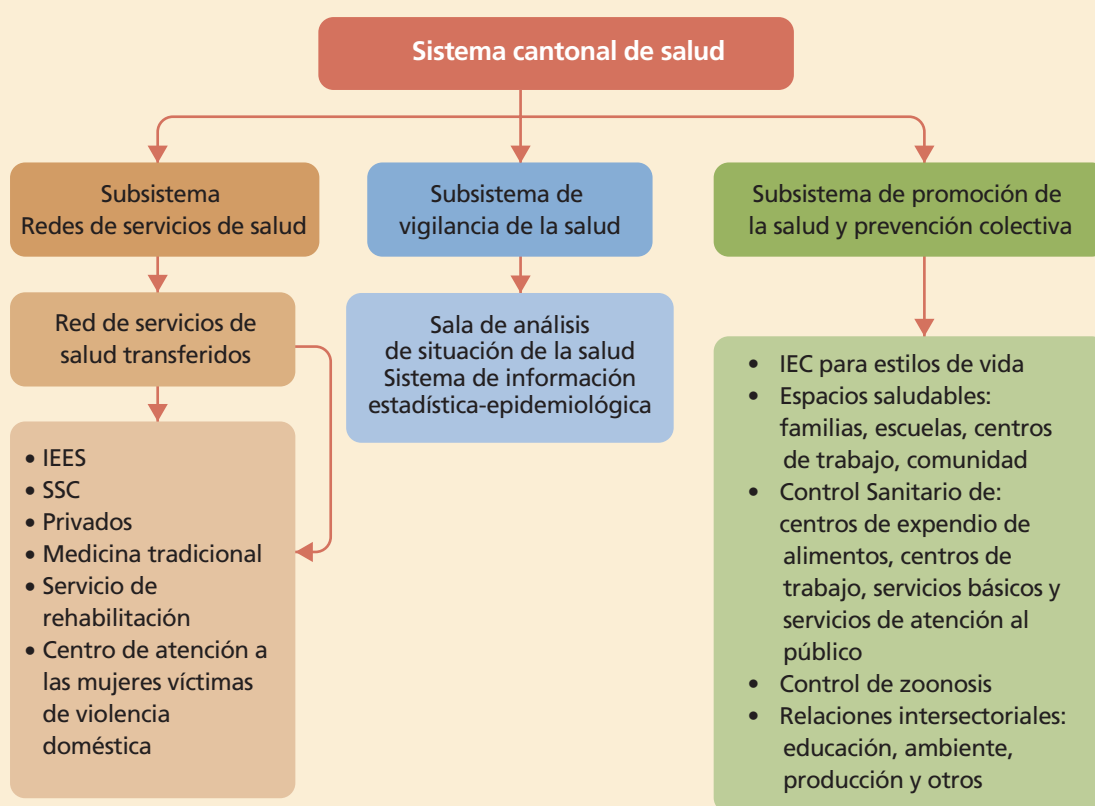
la calidad de vida y bienestar de la población de Cotacachi, garantizando y haciendo efectivo el derecho a servicios universales de salud, con la participación de proveedores públicos, privados sin fines de lucro y de prestadores de la medicina tradicional. Además, el Sistema Cantonal trabaja con énfasis en la protección de las personas, de los riesgos y daños para la salud. Para el efecto, coordina con los otros sectores (educación, ambiente, turismo, producción y otros), promueve estilos de vida saludables, y proporciona información real y oportuna sobre la situación del cantón, a partir de la cual se planifican y priorizan sus intervenciones.

El Sistema Cantonal de Salud actualmente está estructurado como indica el gráfico 1.

Con respecto al financiamiento del Sistema Cantonal de Salud, de acuerdo a lo establecido en el convenio de descentralización sobre el que se funda este sistema, el gobierno central (a través del Ministerio de Salud Pública - MSP-) debe transferir los recursos económicos al Municipio de Cotacachi, e incrementar el presupuesto en función de los principios establecidas en la Ley Orgánica del Sistema Cantonal de Salud. Sin embargo, hasta la fecha en que se produce este artículo, todavía no se ha concretado la transferencia en virtud del convenio de descentralización. Por otro lado, el mismo convenio establece la obligación del gobierno local de asignar recursos económicos (por lo menos un 10% de su presupuesto), y le faculta para realizar las gestiones necesarias en pro de lograr un financiamiento que responda a la realidad local. Los recursos fiscales del Municipio son asignados mediante

Gráfico 1

Estructura del sistema cantonal de salud



las definiciones del presupuesto participativo, a partir de los recursos del patronato municipal y de los recursos financieros de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI). El Municipio de Cotacachi, asigna el 12% de su presupuesto total a servicios de salud y otro

porcentaje importante se destina a inversiones determinadas en el Plan Cantonal de Salud.

Por el lado de las fuentes privadas de financiamiento, que también participan en el Sistema Cantonal de Salud, se cuenta con el apoyo

(monetario o en especies) de organizaciones no gubernamentales (ONG). También se cuenta con asistencia técnica de agencias de cooperación internacional, y con recursos financieros atados a proyectos específicos que se definen en función de las prioridades establecidas por la Asamblea de Unidad Cantonal y el Consejo Cantonal Intersectorial de Salud. Adicionalmente, una última fuente de financiamiento es el aporte de los hogares a través del co-pago de los servicios de salud, con la excepción de aquellos hogares sin capacidad de pago. En cuanto a este último punto, los aportes de los hogares sin capacidad de pago se puede realizar en especies que se colocan en un mercado comunitario, cuyo recurso es una moneda alternativa creada por la propia comunidad. Ya que la red de servicios de salud es parte de este sistema, los usuarios pueden “comprar” servicios de salud con moneda alternativa o en especie, o también puede hacer aportes en jardinería, pintura o reparaciones, sólo requieren inscribirse y ser parte del sistema.

Los recursos económicos son administrados por el Fondo Local de Salud. Este Fondo administra las aportaciones tanto económicas como de otros recursos en especies. Los recursos financieros se invierten de acuerdo a las acciones definidas en el Plan Estratégico de Salud, y la instancia que faculta el gasto es la Dirección Cantonal de Salud bajo las directrices del Consejo Cantonal Intersectorial de Salud.

El aseguramiento universal en salud sigue siendo una aspiración. Sin embargo, con el cumplimiento irrestricto de la LMGYAI se está generando una experiencia interesante en Cotacachi. En su diseño, el Sistema Cantonal de

Salud, garantiza el acceso a cualquier ciudadano, con o sin capacidad de pago, con o sin seguro. De este modo, se apunta a cumplir con los principios de accesibilidad y universalidad. Un aspecto interesante del Sistema Cantonal es que asegura a las parteras, a las voluntarias de salud y a sus familiares. El acceso gratuito a todas las prestaciones de salud que oferta el Sistema Cantonal para estas trabajadoras de la salud constituye un reconocimiento de su trabajo tesonero, desinteresado y permanente.

Estrategias implementadas en el modelo de atención del Sistema Cantonal de Salud

A partir de su enfoque familiar, comunitario e intercultural, este modelo de atención de la salud ha requerido la implementación de algunas estrategias. Entre ellas, cabe anotar las siguientes:

- Reorganización administrativa y gerencial de la red de servicios.
- Mejoría de la capacidad resolutive de la red interna de salud. Ahora el Hospital Cantonal tiene mayor capacidad resolutive y se tiene como perspectiva, en el corto plazo, convertir el subcentro de Apuela en un centro de referencia para que se puedan resolver *in situ* las necesidades materno-infantiles.
- Articulación de su propia red interna de servicios de salud.
- Articulación de la medicina ancestral de los pueblos kichwas de Cotacachi
- Articulación con otros proveedores de servicios de salud.

- Creación de un sistema de información oportuno y real, que permita la toma de decisiones de manera planificada y de acuerdo a las necesidades de la población.
- Institucionalización de una mayor autonomía de gestión y desconcentración en la toma de decisiones.
- Fortalecimiento y profundización de las relaciones intersectoriales, promovidas por el Consejo Cantonal de Salud, en base a las estrategias de atención primaria de salud y promoción de la salud.

La rectoría del MSP en los Sistemas Cantonales de Salud

Una vez que la descentralización ha sido consagrada en la ley, la gran interrogante del MSP es cómo ejercer una función de rectoría en los Sistemas Cantonales de Salud. Este es un tema frente al que falta establecer un diálogo a profundidad para llegar a acuerdos. Sin embargo, el Sistema Cantonal de Salud de Cotacachi parte de la premisa de que es el Estado quien tiene la responsabilidad ineludible tanto de promover la salud en su concepción más integral, como de coadyuvar a su protección y recuperación en los estratos poblacionales más vulnerables y con menores oportunidades de accesibilidad. Por lo tanto, el MSP debe trazar las políticas, estrategias, programas, protocolos, etc., que constituyen la directriz de un sistema de salud. Junto a este papel, con el apoyo de los gobiernos locales, también debe proveer el financiamiento necesario. Sin embargo, la ejecución de

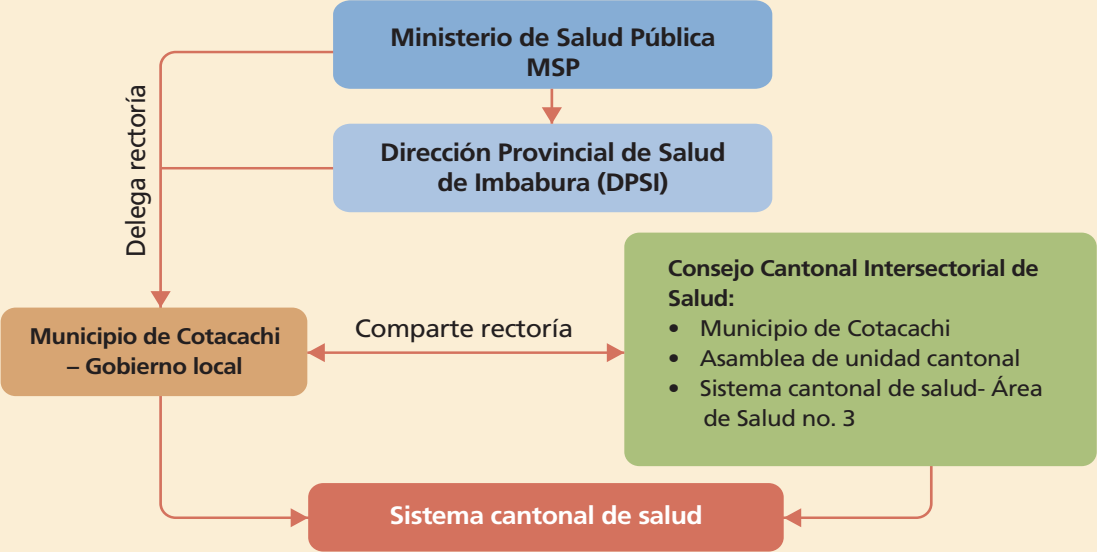
estrategias y programas debe estar cerca de los ciudadanos que reciben el servicio y, por tanto, tales servicios deben ser proporcionados por sus representantes legítimos y democráticos con el apoyo de la comunidad. Para Cotacachi, el rol rector del MSP en los Sistemas Cantonales de Salud, se visualiza como indica el gráfico 2.

Síntesis de algunos resultados alcanzados por el Sistema Cantonal de Salud

En lo referido a la promoción de la salud, este nuevo modelo de atención ha conseguido institucionalizar: políticas saludables y ordenanzas de políticas públicas en salud (Cantón Saludable y Cantón Ecológico); programa de Escuelas Saludables; programa de Espacios Saludables y promoción de la equidad en saneamiento básico; programa de Información, Educación y Comunicación en Salud; programa de Acción Comunitaria para la Salud; programa de Seguridad Alimentaria; Plan de Seguridad Familiar y Ciudadana; y, fortalecimiento de la medicina ancestral.

Por otro lado, en cuanto a la articulación con las parteras ancestrales, el Sistema Cantonal habilitó a estas trabajadoras de la salud mediante un proceso de licenciamiento avalizado por la Dirección Provincial de Salud de Imbabura en el año 2004. El siguiente cuadro, permite vislumbrar la importancia del papel de las parteras dentro del Sistema Cantonal (cuadro 1).

Gráfico 2
Papel del MSP en el sistema cantonal de salud



Cuadro 1
Número de atenciones brindadas por parteras tradicionales. Cotacachi (2004)

Número de parteras	Número de controles prenatales	Número de partos	Número de controles de pospartos	Controles de recién nacidos	Referencia hospital
17	135	93	127	113	21

Fuente: Jambí Mascarié

El Sistema Cantonal también ha conseguido institucionalizar una articulación con el Centro de Atención a la Mujer. Como consecuencia de ello, se ha logrado incidir en el problema de la violencia intra familiar. El siguiente cuadro ilustra la magnitud de este problema (cuadro 2).

El Sistema Cantonal de Salud, está aplicando la Ficha Única de Registro de Violencia Intrafamiliar y de Género, lo que permitirá contar son información cuantitativa confiable. Esa información será la base para la toma decisiones destinadas a superar la problemática de la violencia intra familiar en el cantón.

A manera de ilustración, a continuación se incluyen facsímiles del carné entregado a las parteras habilitadas en el proceso de licenciamiento.

Gráfico 3

Carné de parteras. Cotacachi (2005)



Cuadro 2

Casos atendidos por el Centro de Atención de la Mujer. Cotacachi (10 de noviembre de 2005 - 3 de enero de 2005)

Mes	Etnia	Edad	no. hijos	Estado civil	Agresor	Tipo de violencia	Diagnóstico	Casos
1	Mestiza	20	1	U. libre	Hermano	Física-psicolsexual	Depresión	6
2	Indígena	26	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Depresión	3
3	Mestiza	28	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad	4
4	Indígena	23	2	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad	2
5	Mestiza	43	5	Casada	Esposo	Física-psicol.	Depresión, intento suicidio	1
6	Indígena	17	Emb.	Casada	Esposo	Física-psicol.-sexual	Depresión, intento suicidio	2
7	Mestiza	45	3	Divorciada	Hermano	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	2
8	Indígena	37	6	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	1
9	Negra	26	4	Casada	Esposo	Física-psicol.	Ansiedad y depresión	1
10	Indígena	26	4	Casada	Esposo	Psicológica	Conflictos de pareja	1

Fuente: Proyecto de Desarrollo Integral de la Mujer del Cantón Cotacachi (2005)

Por último, el Sistema Cantonal ha permitido mejorar la cobertura de atención hospitalaria. A manera de ejemplo, los índices de ocupación y de

producción de servicios en el Hospital Asdrúbal de la Torre, un hospital básico cantonal, son alentadores (cuadros 3 y 4).

Cuadro 3

Indicadores de ocupación del Hospital Asdrúbal de la Torre (2000-2004)

Índice	2000	2003	2004
Ocupación general	37,2%	70,4%	82.7%
Ocupación pediatría	22,8%	62,1%	59.7%
Ocupación gineco-obstetricia	51,0%	105,6%	111.6%
Ocupación medicina general	---	56,1%	77.3%

Fuente: estadísticas hospitalarias Hospital Asdrúbal de la Torre

Cuadro 4

Producción de servicios de salud en el Hospital Asdrúbal de la Torre (2000-2004)

Hospital Asdrúbal de La Torre - Cotacachi						
no.	Prestación de servicios	Total producción SDS				
		2000	2001	2002	2003	2004
Mujeres						
1	Atención del parto	263	279	230	335	455
2	Control prenatal (1. ^{as})	1.005	1.049	958	1.021	1.216
3	Atención posparto	156	246	228	197	202
4	Atención odontológica gestantes (1. ^{as})	273	315	464	311	151
5	Reg. de la fecundidad	603	1.493	1.601	2.038	3.764
6	Doc. (nuevas)	576	559	642	160	782
Menores de 1 año						
7	Fomento (1. ^{as})	1.139	1.491	1.473	1.198	1.541
De 1 a 4 años						
8	Fomentos (1. ^{as})	1.063	1.338	1.418	1.457	1.765
9	Atención odontológica prescolares (1. ^{as})	274	139	472	433	385
no.	Concentraciones	2000	2001	2002	2003	2004
10	Prenatal	2	2	2	3	3
11	Menores de 1 año	3	2	2	3	3
12	De 1 a 4 años	2	2	2	3	2

Fuente: estadísticas hospitalarias Hospital Asdrúbal de la Torre

Lecciones aprendidas

Desde el proceso de desarrollo del Sistema Cantonal de Salud en Cotacachi, podemos reconocer algunos elementos clave que fortalecen este tipo de iniciativas.

Para empezar, la voluntad política del gobierno local es muy importante para conducir con claridad el proceso de descentralización. La gestión de esta instancia del Estado debe apoyarse en la participación ciudadana, piedra angular de la sostenibilidad de este tipo de procesos. Al respecto, hay que destacar que ejercer liderazgo significa compartir el poder: esta lección aprendida es una de las más importantes que tienen los actores del proceso de Cotacachi. Se debe fomentar la cogestión pública entre el Municipio y la sociedad civil organizada, cuyo aporte voluntario es inestimable.

Junto a este punto, es fundamental inducir la participación y la organización de la ciudadanía. La organización y la participación ciudadana no surgen ni se hacen por sí solas: es necesario apoyarlas y orientarlas a través de mecanismos de sustento logístico, técnico, financiero y de fortalecimiento continuo, y articularlas con poder de decisión real a la gestión del gobierno local.

A la vez, es necesario crear las condiciones para hacer exitoso el proceso de descentralización. En el caso de Cotacachi, se realizó la Planificación en Salud, y estudios de sostenibilidad económica, política y social. También se potenciaron las

capacidades locales a través de la transferencia de conocimientos y capacidades técnicas. Sin esta capacitación fácilmente se crea una dependencia frente a organismos de asesoramiento externo.

Por último, a partir de nuestra experiencia, se puede afirmar que la descentralización es la herramienta que posibilita el ejercicio de los derechos ciudadanos. La descentralización logra generar mejores condiciones de gobernabilidad de los distintos sectores, así como concienciar a la ciudadanía respecto de sus derechos y responsabilidades.

Dificultades

A manera de cierre, cabe listar los principales retos que afronta el Sistema Cantonal de Salud.

- 1) Dado que esta iniciativa no forma parte de un proceso nacional, causa tensiones permanentes entre el gobierno local y el Ministerio sectorial. Estas tensiones revelan la poca apertura a los cambios propuestos desde el Sistema Cantonal de Salud. En relación a este problema, existen algunas competencias duplicadas que, pese a ser transferidas, continúan siendo ejecutadas por el MSP.
- 2) No se ha concretado la transferencia de recursos financieros del Área de Salud al Municipio de Cotacachi, como se establece en el convenio firmado entre las partes. Por este motivo, la administración de los

recursos es inflexible y no logra acoplarse a las necesidades locales.

- 3) Existe una insuficiente articulación con los proveedores privados de salud, así como con otros prestadores de salud como son el IESS y el Seguro Campesino. Si bien en la práctica se desarrollan acciones coordinadas de prestaciones de servicios de salud, estas iniciativas sueltas son insuficientes.
- 4) En relación a todos los puntos listados, la

mayor dificultad del Sistema Cantonal de Salud de Cotacachi radica en la distancia existente entre su gran avance conceptual y operativo, y el comparativamente escaso nivel de cambio a nivel provincial y nacional. Este contraste impide que el proceso en Cotacachi (o en cualquier otro cantón del país) sea apoyado y avance más rápidamente.

Control comunitario de tuberculosis en la amazonía ecuatoriana*

En el marco del Proyecto de Salud Integral que ejecuta la Federación de Organizaciones Indígenas de Sucumbíos (FOISE), con el apoyo de la Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS) y el financiamiento de la Cruz Roja Suiza, se viene desarrollando una experiencia de control comunitario de la tuberculosis en la amazonía ecuatoriana.

El proyecto cubre a 87 comunidades de los 6 cantones de la provincia de Sucumbíos. Se estima en alrededor de 10.000 el número de beneficiarios. La mayoría de ellos son kichwas, pero también se incluye a miembros de las nacionalidades shuar, siona, secoya y en menor proporción, a colonos.

El programa de control de tuberculosis se sustenta en las brigadas de salud que brindan atención a las comunidades. Las brigadas están conformadas por profesionales médicos y odontólogos (del propio proyecto y de Salud Rural), apoyados por promotores de salud. Las comunidades apoyan la movilización del personal, el transporte de equipos y materiales, y proporcionan la alimentación.

A través de las brigadas integrales, se brinda atención médica, odontológica, controles preventivos de crecimiento y desarrollo infantil, e inmunizaciones. Se provee de medicación esencial gratuita a madres y niños menores de 12 años, y a costos reducidos a otras personas.

Finalmente, también se incluyen actividades de capacitación.

Proyecto de control de tuberculosis

El proyecto de control de la tuberculosis en comunidades indígenas de la FOISE surgió del trabajo de las brigadas de salud que comenzaron a detectar un creciente número de casos de esta enfermedad. Para enfrentar el problema se plantearon estrategias que se apartaban del restrictivo abordaje normativo con el que, en general, se ha intentado controlar (sin éxito) la tuberculosis.

Las estrategias adoptadas fueron: búsqueda activa de casos a través de las brigadas de salud; notificación de sospechosos por voluntarios y promotores de salud; creación de un laboratorio de campo para diagnóstico con baciloscopias en las propias comunidades; incorporación del componente cultural indígena de la tuberculosis (el putupuma) en la comprensión del problema y elaboración de material gráfico educativo, sustentado en tal concepción; adopción de estrategia DOTS (tratamiento observado directamente supervisado); y, seguimiento personalizado de casos a través de visitas domiciliarias.

A través de una búsqueda activa, se detectó una tasa de incidencia alarmante (casi 10 veces

* Elaboración a cargo de Fernando Sacoto.

más alta que el índice nacional). A partir de este diagnóstico, las acciones del programa alcanzaron resultados espectaculares. La tasa de detección superó el 70% planificado, alcanzando un 73,7%. Los índices de curación alcanzaron el 90%. La tasa de abandono fue de apenas 3,4%, menor a lo planeado (10%) y a mucha distancia del promedio nacional (40%). Por último, la totalidad de casos tuvieron un manejo con la estrategia DOTS. La sistematización del programa, de excelente contenido y presentación, fue publicada y difundida.

A futuro, se proyecta la difusión de la experiencia en la Dirección Provincial de Salud, para que este exitoso abordaje se adopte y replique en otras comunidades. La posibilidad de ampliación del programa, inicialmente a provincias de la amazonía Norte e incluso con posibilidades de una mayor expansión a futuro, quedó confirmada cuando la alianza FOISE-RIOS fue calificada como subreceptora del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Nanegalito: una experiencia de atención primaria*

Nanegalito es una localidad ubicada en el sector Noroccidental de la provincia de Pichincha. Desde hace ocho años, allí funciona un Área de Salud modelo cuyo eje fundamental es el desarrollo humano. En esta experiencia se imbrican el enfoque de derechos, la atención primaria y la promoción de la salud. A criterio de su coordinador, Jorge Cueva, esto es lo que debe entenderse como “atención integral”.

Cueva afirma que los ejes conceptuales de su trabajo son la propia normativa legal del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Constitución y la Ley del Sistema de Salud. Nanegalito es, por tanto, una prueba concreta de que las leyes y reglamentos del país son más avanzados que la práctica de salud que observamos en los servicios. A su vez, los avances en salud en Nanegalito son un testimonio de cómo podría funcionar el Sistema Nacional de Salud.

Los logros más grandes conseguidos radican en el nivel de organización y participación social alcanzado. Un ejemplo de ello es la creación del Comité Interinstitucional Cambio por la Salud y la Vida, creado para enfrentar el peligro potencial de erupción del Guagua Pichincha. El Comité, en tanto que espacio de coordinación, ha permitido efectivizar la articulación entre el liderazgo del MSP y la atención en el Hospital de Nanegalito. Las áreas de trabajo de este comité son desarrollo productivo (agricultura, artesanía, ganadería), turismo y medio ambiente, salud, seguridad, educación y cultura, y organización y participación.

En Nanegalito se trabaja en red con aliados de organizaciones no gubernamentales (ONG) y del propio municipio, en coordinación con el Ministerio de Educación y de Cultura (MEC). En el campo educativo, se operativiza el concepto de escuelas saludables, integrándose la calidad educativa, el ejercicio de derechos y la protección frente al maltrato y la violencia.

Los equipos de salud del hospital son verdaderos líderes dentro de las parroquias. El trabajo de los auxiliares de enfermería y los inspectores sanitarios, así como el de las enfermeras y médicos, se articula entre sí. La enfermera jefe del hospital es, a su vez, coordinadora del Área de Salud.

Luego de ocho años de trabajo, en Nanegalito se han logrado institucionalizar formas de pensamiento, líneas de trabajo y programas estables. Los niños que comenzaron a involucrarse escuchando sobre el proyecto, son ahora los jóvenes que trabajan integradamente en los programas y en el propio Hospital. La desocupación de los jóvenes, que es un problema frecuente en el país, es enfrentado en esta localidad a través del componente de desarrollo productivo. Éste incluye el fomento de huertos, criaderos de tilapias y cuyes, empresas de plantas medicinales, criaderos de gallinas, invernaderos, y el desarrollo de microempresa de mujeres para cultivos de ciclo corto. Hoy en día, la gente de Nanegalito es dueña de este proyecto. Por tanto, cuidarlo es defender su propio trabajo y una mejor calidad de vida para sus familias.

* Elaboración a cargo de Margarita Velasco Abad, a partir de una entrevista personal realizada a Jorge Cueva (Nanegalito, 25 de junio del 2005).

El Hospital de Machachi: cómo cambiar lo público*

Machachi es una población localizada a 30 kilómetros de la ciudad de Quito. En el año 2001, en el hospital básico con que allí se cuenta, el volumen de ocupación de camas llegaba al 61%, se efectuaban 211 cirugías anuales, se atendían 354 partos y 4.527 emergencias, y egresaban de hospitalización 896 pacientes. ¿Qué ocurrió durante los tres años subsiguientes para que todas estas cifras se duplicaran?

El director del hospital, Carlos Velasco, describe en los siguientes términos el proceso de cambio que trajo como resultado el 100% de ocupación de camas, la realización de 576 cirugías anuales, la atención de 752 partos y de 7.758 emergencias, así como el egreso de 1.720 personas atendidas en esta unidad del Ministerio de Salud Pública:

“La primera acción fue comprender la percepción que la población tenía del hospital, desde afuera. Descubrí que el hospital no respondía a las exigencias de la sociedad civil. En las sucesivas entrevistas a informantes clave que realicé, repitieron que el problema central era la falta de un sentido de servicio a la comunidad. Por otro lado, no existía en el personal una visión integral de la atención. Por ejemplo, cuando se atendía el parto de una mujer embarazada, no se relacionaba su atención de calidad con acciones fundamentales para disminuir la mortalidad materna. Esa visión a corto plazo del personal impedía mirar su propia potencialidad. Entonces,

había que replantearles los desafíos a partir de la “mirada Cochasquí”. Esta es la mirada que tenían nuestros antepasados al subir a las pirámides de Cochasquí, desde donde observaban el cielo, los planetas y el perfil recortado de la ciudad de Quito sobre el inmenso horizonte.

Permitirnos observar todo el escenario y la panorámica de la salud y generar un pensamiento sistémico, era lo que requeríamos. Era necesario que la sociedad civil de Machachi se reflejara en el servicio y se apropiara de él. En una ocasión, una señora me dijo: “quiero dar a luz en mi tierra”. Así descubrí el sentido de pertenencia que el propio hospital debía desarrollar. Era fundamental que el hospital recuperara un protagonismo incluso en la construcción de la identidad del pueblo de Machachi. Como parte de este desafío, otra pregunta debía ser resuelta: ¿cómo articular desde lo local las políticas nacionales de salud? Lo único que hicimos, al interior del hospital, fue un proceso participativo de reflexión y reorganización para satisfacer las expectativas y la demanda. Dado que Machachi es una ciudad dormitorio, los horarios se adaptaron a las características de su población. El objetivo fue lograr el 85% de credibilidad en lo que hacíamos.

Como resultado de nuestro trabajo, pasamos a convertirnos en una institución de salud que es convocada a tomar las decisiones del cantón. El incremento de nuestra productividad se debió a la operatividad del concepto de atención

* Elaboración a cargo de Margarita Velasco Abad, a partir de una entrevista personal realizada a Carlos Velasco (noviembre 2005).

primaria y de atención integral. La referencia y la contrarreferencia, el sistema de ambulancias y el seguimiento de los pacientes, fueron algunas de las claves. La actitud fundamental fue desarrollar la responsabilidad de cada uno de los personeros del hospital sobre el sujeto que demandaba nuestra atención, no sólo en el hospital, sino incluso en la referencia. Asumimos que el cuidado de los ciudadanos de Machachi es nuestra responsabilidad. De allí surgió el lema: ningún parto normal de una mujer del cantón se escapa de nuestra atención.”

Carlos Velasco logró estos cambios porque es un gerente a tiempo completo. Para ello fue formado y a través de su trabajo hace lo que quiere hacer. Sintetizando el sentido que ha guiado la transformación en el Hospital de Machachi, nos dice: “Ponerse en el lugar del otro es fundamental para no perder la direccionalidad de los procesos en salud. Esto permite adecuar la normativa, el servicio e incluso convencer a los sindicatos de la importancia de la atención de calidad con calidez a la población”.

La seguridad social y la reforma de salud

Edison Aguilar Santacruz*

El concepto de seguridad social en el campo de la salud

Históricamente, dentro de las sociedades capitalistas el seguro social se estructuró para proteger a la población ante los riesgos del trabajo. En Europa, particularmente, el seguro social comenzó protegiendo individualmente al trabajador, para luego extenderse al ámbito de protección de su familia y, más adelante, hacia la protección de los ciudadanos en general en lo que se denominó el Estado del Bienestar (Esping-Andersen, 1990). La salud como componente de la seguridad social se refiere, principalmente, a un seguro colectivo ante los riesgos de enfermedad y maternidad.

La seguridad social en el Ecuador se construyó desde finales de la década de 1920, con la creación de un seguro social, con beneficios definidos y universales. En este contexto, se recrearon las instituciones europeas del seguro social estructuradas bajo el modelo Bismark. Así, el seguro social ecuatoriano incorporaba: el ahorro obligatorio y solidario propio de las mutuales de los obreros de Europa de inicios de siglo pasado; el seguro de accidentes de trabajo que, como resultado de la lucha obrera, pagaban los empresarios asumiendo su responsabilidad; y, la asignación estatal para los pobres e indigentes, que tomó la posta a la beneficencia y caridad de la Iglesia en el viejo continente. El riesgo fundamental que este modelo hacía posible enfrentar era la pérdida de ingresos del trabajador

libre por invalidez, vejez, muerte, desempleo, enfermedad o maternidad. El seguro social compensaba estas situaciones con prestaciones definidas y universales, financiadas con el aporte solidario y proporcional de los trabajadores en relación de dependencia.

En Ecuador, la adaptación creativa de la seguridad social europea a una realidad distinta a la de su origen, dio como resultado la gestación de una institución original y distinta a las del resto de Sudamérica: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), fundado en 1928 como Caja de Pensiones. El IESS, funcionando como institución autónoma y unificada desde 1970 hasta el 2001, ha tenido a su cargo la protección individual de la salud de la población trabajadora en relación de dependencia. Este servicio, inicialmente, solamente se extendía a los hijos de los afiliados durante su primer año de edad. Adicionalmente, el IESS proporcionaba los siguientes servicios: entregaba prestaciones de salud universales sin restricciones y pensiones con mínimos y techos máximos; proveía seguros de cesantía bajo un régimen de capitalización individual, pensiones mediante capitalización colectiva, y servicios de salud mediante un régimen de reparto; y, brindaba servicios de crédito social prendario y quirografario, y crédito hipotecario para vivienda. Para llevar a efecto todas estas operaciones, el IESS cumplía simultáneamente las diversas funciones de afiliación, recaudación, administración de fondos, aseguramiento, entrega de prestaciones,

* Director, Instituto de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ex médico salubrista, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

y legislación y control. Para el efecto, manejaba un solo fondo común para todas las prestaciones y seguros.

La cobertura de protección individual se extendía, de manera más o menos homogénea, a toda la proporción de la población económicamente activa y con empleo formal. A partir de esta base, desde 1964 el IESS desarrolló importantes esfuerzos de ampliación de la protección social a nivel urbano, mediante los seguros especiales dirigidos a los artesanos, trabajadores autónomos, profesionales y voluntarios. Por otro lado, se debe destacar la extensión de la protección a la población campesina en el sector rural, que arranca desde 1968 a través de un régimen de afiliación voluntaria, coordinado por organizaciones reconocidas. El Seguro Campesino brinda protección a la familia campesina y se financia con el aporte de afiliados, empresarios y el gobierno, más un aporte simbólico de la familia campesina. Las prestaciones fundamentales de este ámbito de atención del IESS son la atención de salud de primer nivel, por medio de dispensarios rurales, las pensiones de jubilación para el jefe de familia, y la ayuda para funerales.

El IESS es el segundo mayor proveedor de servicios de salud, después del Ministerio de Salud Pública (MSP). Sin embargo, su gasto per cápita es comparativamente mayor al del MSP. Actualmente, abarca dos subsistemas de establecimientos: las unidades médicas, que incluyen hospitales y dispensarios de distinta complejidad, distribuidos en las principales ciudades del país; y los dispensarios rurales, de mínima complejidad, destinados a la atención en el campo. Además, el IESS regula y apoya el funcionamiento de los dispensarios anexos, que son instalados en empresas y dependencias públicas para la atención ambulatoria de sus empleados.

Entre los principales problemas del IESS, se cuentan la concentración de servicios en las

principales ciudades, hecho que afecta a la oportunidad y calidad de la atención, y la sobreoferta de instalaciones en algunas provincias. Tales problemas hallan su origen en el régimen administrativo de la institución. En efecto, la distribución de los establecimientos de salud del IESS en nueve circunscripciones regionales, y la dotación de servicios en las distintas provincias y ciudades del país, va de la mano con el desigual grado de desarrollo económico de las diversas localidades del Ecuador.

Frente a éste y otros problemas, la discusión sobre la reforma de la seguridad social en el Ecuador, que se inició en 1992 (con relativo retraso en comparación con los demás países de América Latina), buscó cambiar la institucionalidad de la seguridad social y sus componentes más importantes: las pensiones y los servicios de salud. Tal reforma, desde su propia concepción, pretendió cambiar las rutinas y símbolos más destacados de la seguridad social. En efecto, con la reforma se pretendió sustituir: el ahorro social por el ahorro individual; la entidad pública por múltiples entidades privadas; el financiamiento colectivo por el financiamiento individual; la concepción del usuario de los servicios de la seguridad social como un derecho-habiente, por una concepción que lo equipara a un comprador de prestaciones; las prestaciones definidas y no selectivas, por prestaciones proporcionales y diferenciadas; la contribución proporcional por la contribución diferenciada; la contribución solidaria por la contribución para los pobres; la entidad corporativa con funciones completas, por organizaciones diferenciadas y especializadas en cada una de las funciones; la institución autónoma por delegación estatal, por una dependencia del gobierno; y, finalmente, se concibió que la seguridad social debía afrontar los riesgos del ingreso económico, y ya no los riesgos del trabajo.

Este conjunto de cambios a su vez implican el giro de una *institución* de protección social autónoma hacia un *sistema* de seguridad social,

lo cual es parte de una nueva forma de entender a la estructura del Estado. Los sistemas de atención no están conformados por estructuras institucionales completas o totales que enfrentan las necesidades sociales. Lejos de ello, los sistemas de atención son, más bien, conglomerados de entidades prestadoras de servicios, que asumen de manera parcial el financiamiento, la prestación, la legislación y el control. En efecto, los cambios en seguridad social incluidos en la Constitución de 1998 apuntan a la conformación de un Sistema Nacional de Seguridad Social.¹ Este sistema incluiría la participación pública y privada, es decir, tendría una estructura mixta, que incluye al Seguro General Obligatorio (SGO) y a los Seguros Complementarios opcionales públicos, privados o mixtos. Otro cambio importante del nuevo marco legal es la inclusión dentro del SGO del régimen especial del Seguro Social Campesino destinado a proteger a la familia campesina y al pescador artesanal (Art. 60). Esos cambios fueron desarrollados en la Ley 2001-55 de Seguridad Social, expedida en noviembre del 2001. En el campo de la salud, esta Ley, además de la separación de los fondos y los seguros, las modificaciones en prestaciones, cobertura, financiamiento y control, planteó dos cambios radicales: la diferenciación (separación) de funciones y la descentralización.

Adicionalmente, este marco legal dispuso la ampliación de la protección en salud a los cónyuges con derecho y a los hijos menores de 6 años. Incorporó el concepto de promoción de la salud a las prestaciones, y especificó como prestaciones a los tratamientos de las enfermedades crónico-degenerativas y a los tratamientos de las enfermedades catastróficas. También se redistribuyó la participación en el

financiamiento de salud: se incrementó de 5,41 a 10 la alícuota del 22% del salario, que es el aporte total para la seguridad social. Por último, el control, según dispuso la Ley, será externo, es decir, será realizado mediante empresas auditoras de salud.

La separación de funciones de la seguridad social diferencia dos actores fundamentales del seguro de salud: la aseguradora, por un lado, y los prestadores de servicios de salud, por el otro. Se trata de una disposición legal que deberá superar obstáculos a la hora de reconfigurar a la aseguradora pública de salud más importante del país, particularmente en lo que se refiere a la constitución de las unidades médicas como empresas del IESS (con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera). Estos cambios plantean aspectos desconocidos al anterior ejercicio de la seguridad social, tales como la contratación en salud, la definición de las formas de pago, la gestión de los recursos humanos, el control de la calidad, la comunicación con los asegurados y la libre elección de éstos.

La reorganización de la atención de salud

Desde la década de 1960 y a través de la década de 1970, en cumplimiento con la política internacional de ampliación de cobertura de la atención por medio de establecimientos, el sistema dual de servicios públicos de salud del Ecuador (conformado por el IESS y el MSP), organizó diversos servicios y programas (Ugalde, 1986). Sin embargo, éstos tendieron a adecuarse a los intereses del poder político, por encima de

1. Según la Constitución Política del Ecuador de 1998, el Sistema de Seguridad Social (Art. 55), con participación pública y privada, está compuesto por el Seguro General Obligatorio (SGO) (Art. 57, 58, 59, 60) y por los Seguros Complementarios (Art. 61). El SGO "será un derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias" y su protección "se extenderá progresivamente a toda la población según condiciones" (Art. 57.). El IESS es el responsable de la prestación del SGO como entidad autónoma (Art. 58.). Esta institución podrá "crear y promover la formación de instituciones administradoras de recursos [...] y mejorar la atención de la salud de los afiliados y sus familias" (Art. 58). La ley también señala que no podrá crearse ninguna prestación, ni mejorar las existentes a cargo del Seguro General Obligatorio, si no se encontraren debidamente financiadas, según estudios actuariales (Art. 59).

la demanda de la población. Por su parte, los servicios privados se organizaron reflejando la desigual distribución de bienes y servicios de la economía. A pesar de estos límites, la relativa extensión de cobertura proporcionó bases de legitimidad a la incipiente institucionalidad, y sirvió de contención frente al reclamo de la ciudadana por más y mejores servicios de salud.

Más adelante, durante las dos últimas décadas del siglo pasado, cuatro fenómenos casi simultáneos han configurado las modificaciones en la organización de la atención de salud en el Ecuador. En esta intersección de cambio institucional, han confluído: los proyectos con financiamiento externo; la separación de funciones orientadas a conformar un Sistema Nacional de Salud moderno; el redescubrimiento de la institución del seguro de salud; y la descentralización como movimiento genérico de cambios en la estructura y funcionamiento del Estado.

Con el antecedente del proyecto Fortalecimiento de las Áreas Básicas de Salud (FASBASE), que arrancó a finales de los setenta, una década más tarde, hacia finales de los ochenta, se preparó el proyecto Modernización de la Red de Servicios de Salud (MODERSA). Ambos proyectos, al ser financiados con préstamos externos, constituyeron un incremento de la deuda externa. Independientemente de sus alcances y evaluaciones, el primero aportó una noción de organización territorial de los servicios de salud orientada a ordenar su distribución. Por su parte, el proyecto MODERSA (todavía en ejecución al momento de elaborar este artículo) ha variado en sus fines y componentes, llegando a incursionar en la formulación de políticas y leyes del sistema, y topando aspectos referidos a la reforma de la salud y al aseguramiento universal. Ambos proyectos, por su gestión externa, han provocado el debilitamiento institucional del MSP, restándole autoridad para que asuma su función de rectoría.

A partir de la experiencia de estos proyectos, los objetivos del movimiento más reciente de cambio institucional en salud, pueden ser delimitados en dos aspectos: organizar los sistemas de salud mediante funciones separadas, y asumir el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Este movimiento para conformar un sistema moderno de salud, con diversos énfasis en la separación de funciones, en especial del financiamiento y del aseguramiento, ha sido impulsado desde distintas organizaciones internacionales, como el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y por sectores ligados al MSP con el apoyo logístico del proyecto MODERSA. Los esfuerzos de este conjunto de actores culminó en la expedición de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el año 2002. Sin embargo, la separación de las cinco funciones (regulación o rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, y control), con la consecuente especialización institucional, ni siquiera se ha definido en la misma redacción de la mencionada Ley.

En medio de la transición institucional de la seguridad social y de los fenómenos concurrentes, en el debate sobre la reforma de salud se ha “redescubierto” la institución del seguro de salud. En efecto, varios analistas plantean hoy que, contando con el suficiente financiamiento, el seguro de salud es una institución que puede regular y organizar eficaz y eficientemente el mercado diferenciado de los servicios de salud. El redescubrimiento del seguro de salud tiene varias expresiones destacadas: la expedición de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; las reformas de salud contempladas en la Ley 2001-55 de Seguridad Social; el desarrollo de los seguros de salud de la Fuerza Pública (ISSFA e ISSPOL); los Consejos Cantonales de Salud; el proyecto de Aseguramiento Universal de la Vicepresidencia de la República; las propuestas de aseguramiento de los municipios de grandes ciudades como Guayaquil y Quito; las distintas

experiencias de seguros comunitarios locales; y, el proyecto de extensión de cobertura en salud PROECOS con la tarjeta gratuita de salud del MSP.

El seguro de salud, en este nuevo contexto, aparece como un intermediario entre las personas que requieren servicios de salud y los proveedores de los mismos. Específicamente, el seguro de salud pasa a establecer o definir el conjunto de prestaciones que deben ser financiadas por el Estado, de acuerdo al ingreso per cápita diferenciado de la población. Esto implica un cambio en la asignación de los recursos: si antes los recursos estatales se destinaban a la oferta (a los servicios), ahora pasarían a ser destinados a la demanda (a la población), de donde el énfasis pasa a ubicarse en la capacidad de los ciudadanos para contratar servicios de salud ofrecidos por prestadores plurales (públicos y privados). Dentro de este modelo, el ingreso de cada persona define la amplitud de las prestaciones que pueda comprar.

Este nuevo modo de concebir al seguro de salud propende, entonces, a la ampliación de la cobertura del aseguramiento (aspecto que actualmente constituye tanto la nueva política de salud, como un importante indicador de equidad y calidad de los sistemas de salud). Se abandona así la ampliación de la cobertura de la oferta de establecimientos de salud. Esto en respuesta a los desafíos que constituyen para los servicios de salud el crecimiento de la economía, la urbanización y concentración poblacional, y las distintas prácticas culturales en salud.

Este retorno a un seguro de salud (modificado) al que nos venimos refiriendo, también viene a ser legitimado por el objetivo de diferenciar las funciones del sistema de salud. Esto en la medida en que el seguro de salud puede, precisamente, diferenciar a la población beneficiaria o asegurada, según la contribución o el aporte individual, por lo que contribuye a la organización de varios

seguros. La función de intermediación entre los afiliados y los prestadores de servicios, permite al seguro de salud modelar el mercado de oferta y demanda de los servicios. Al poder diferenciar los seguros según la capacidad de compra de los segmentos de población, el seguro de salud como intermediario puede ampliar la cobertura del aseguramiento. Esta es la perspectiva de quienes defienden las propuestas que plantean que deben existir tantos seguros como segmentos existan en la población ecuatoriana. Desde esta postura, se apunta a la prestación diferenciada de servicios de salud: para los trabajadores, el IESS; para la fuerza pública, el ISSFA e ISSPOL; para los pobres no protegidos por el IESS, el seguro de pobres (con distintas denominaciones); y para los que pueden pagarlos, los seguros privados. La institución del seguro de salud, así concebida, podría promover la legitimidad de un sistema inequitativo y trasladar la responsabilidad del Estado al individuo, propendiendo a que sea éste quien se procure los medios para comprar los servicios de salud que se “merezca”.

Por otro lado, se argumenta que un seguro de salud está en mejores condiciones que la autoridad sanitaria central para abordar la descentralización (que es otro punto medular en el debate sobre cambio institucional presente en el país). Esto se explica porque, precisamente a consecuencia de su función de intermediación, el seguro de salud no disputa ni concentra poder. Finalmente, se debe señalar que se espera que todos estos cambios en el seguro de salud también auguren una mejoría en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, específicamente, por medio del establecimiento de estándares y protocolos en la contratación, control y pago de las prestaciones entregadas a los afiliados.

Todas estas características y potencialidades del aseguramiento en salud, pueden explicar su redescubrimiento, y la actual eclosión de propuestas de seguros.

Los periodos y las características de la reforma

Se pueden identificar cinco momentos del cambio institucional. Estos periodos pueden constituir la base para establecer una cronología de la reforma, que ayude a caracterizar su ingreso en la agenda pública, las reacciones sociales a la reforma legalizada, y los aspectos ideológico y político-administrativos del cambio institucional (Torre, 1998, March, Olsen, 1997).

Ubicando como punto de partida la crisis mundial de inicios de los ochenta, que marca el fin del Estado del Bienestar en Europa y el arranque de las políticas de desarrollo centradas en la adopción de políticas de ajuste en el resto del mundo no desarrollado (que coincide con el auge de los organismos financieros o bancos internacionales), proponemos la siguiente cronología de la reforma de la seguridad social, en general, y de su componente de salud, en particular.

1979 – 1992: el ingreso de la reforma en la agenda pública

En Ecuador, ante la crisis económica se adoptan medidas macro económicas y sociales, sin que se reformen las instituciones. En este contexto, como se mencionó antes, se desarrollaron los proyectos FASBASE primero y MODERSA después.

La reforma se inicia en 1981 con la construcción de diez hospitales provinciales. Desde 1985 se configuran institucionalmente nueve regiones. Hacia 1990, la crisis de la seguridad social se vuelve uno de los temas recurrentes dentro del discurso neoliberal. Este período culmina cuando el gobierno electo para el periodo 1992-1996, incluye la privatización de la seguridad social en la Agenda para el Desarrollo.

1992 – 1995: de la Agenda para el Desarrollo a la Consulta Popular

En 1994 se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que luego, con las reformas de 1998, se constituirá en un seguro social materno-infantil.

La inserción de la reforma de la seguridad social en la Agenda para el Desarrollo fue una decisión política del Ejecutivo, que luego buscó apoyo en el Legislativo. Sin embargo, se produjo un empate entre las fuerzas políticas interesadas y contrarias a la reforma, por lo que el gobierno planteó una Consulta Popular. Esta decisión fue tomada a las puertas de la nueva campaña electoral. El gobierno fue rechazado en la Consulta Popular y, consecuentemente, también lo fue su propuesta de reforma.

1995 – 1998: de la Consulta Popular a la Asamblea Nacional Constituyente

Después de la negativa a la reforma de la seguridad social en la Consulta Popular, se modificó la táctica, recurriéndose ahora a la reforma constitucional a través de la Asamblea Nacional Constituyente. La nueva Constitución creó el Sistema Nacional de Seguridad Social. Como consecuencia, se separaron los fondos y los seguros (entre ellos los seguros de salud), se intervino al IESS y se dispuso la reforma legal.

1998 – 2001: de la Asamblea Nacional Constituyente a la expedición de la Ley 2001-55 de Seguridad Social

La Comisión Interventora del IESS propuso la nueva ley de seguridad social. Luego de dos años de disputa, el proceso culminó con la expedición, en noviembre de 2001, de la Ley 2001-55 que formula un régimen mixto (público y privado). Así, se da inicio a un período de transición.

2001 – 2004: la transición de la antigua ley a la actual

El régimen mixto fue impugnado ante el Tribunal Constitucional. Esta instancia acepta las impugnaciones y declaró inconstitucional la reforma legal. Sin embargo, esta declaratoria no llegó a publicarse. Como resultado de ello, se genera una ambigüedad jurídica en cuanto a la vigencia del régimen mixto de pensiones y la nueva cuota de financiamiento para el seguro de salud. Desde el 2002, la Presidencia de la República no expide el Reglamento General a la Ley de Seguridad Social.

En el mismo año 2002, se expide la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 12 se refiere al aseguramiento. En el 2003 se expide la Ley Orgánica de Régimen Municipal, relacionada con la descentralización.

En lo que se refiere a la ampliación de cobertura, financiamiento, separación del aseguramiento y entrega de prestaciones, no se ha cumplido con las disposiciones de la Ley 2001-55 de Seguridad Social. Las unidades médicas del IESS todavía no son empresas con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera.

A partir de la observación de este conjunto de cambios (o intentos de cambio) institucional, se pueden destacar algunas características de la reforma de la seguridad social. Primero, sus procesos están inconclusos, sus productos incompletos y sus resultados son inciertos. Segundo, con excepción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, se trata de iniciativas eminentemente institucionales: las propuestas de reforma son promovidas por burocracias institucionales, sean éstas nacionales o internacionales. Tercero, y en relación a lo anterior, el origen de las propuestas de reforma es externo a la institución objeto del cambio. Cuarto, el punto de partida que se toma para las reformas es el atraso frente a otros países;

en otros términos, se registra una persistente comparación con otras realidades, con otras experiencias exitosas (de ahí la urgencia con que se presenta la necesidad del cambio y de aprovechar la experiencia ajena para avanzar más rápidamente). Sin embargo, el elemento que destaca como una regularidad, es la estrategia de cambio de la ley, o de su creación cuando ésta falta. La centralidad del nivel jurídico torna auto evidente que estamos frente a reformas de carácter político, con toda las consecuencias inciertas que ello implica.

En suma, se trata de un proceso de reforma promovido por instituciones (no por movimientos sociales o ciudadanos), que tienen un origen externo a las instituciones que se pretende reformar y que concreta sus resultados en el nivel de lo jurídico. La ambigüedad y límites de los resultados de estas reformas se explicarían por algunos factores. Para empezar, en cuanto al debate acerca del origen del cambio institucional –las necesidades internas (Mesa-Lago, 1993) versus las imposiciones externas (Laurell, 1997)–, resulta pertinente insistir en que la centralidad de la estrategia de cambio de la ley, denota un fuerte sentido de intervención externa. En relación a este punto, se coloca al marco legal como el inicio del proceso de cambio, antes que como una conclusión de un proceso previo que luego se cristaliza en una ley: la estrategia seguida coloca al cambio de la ley como la fuente de poder para las reformas. Este origen externo del cambio, sin organizar ni promover un sujeto interno de la reforma, genera resistencias y, además, implica el riesgo de imponer injertos postizos a la realidad que deforman las instituciones antes que transformarlas. Por lo demás, esta estrategia de reforma “desde afuera” y centrada en el nivel jurídico, ha generado una verdadera competencia legal en varios niveles: entre el IESS y el MSP; entre el IESS y los gremios; y entre el MSP y los municipios.

Ahora bien, otro conjunto de factores que han entrabado la posibilidad de llevar a la práctica una reforma integral de la seguridad social, responden a la debilidad y fragmentación institucional del país. La cultura política patrimonialista predominante en el Ecuador, se expresa en los presupuestos de sus organizaciones estatales: en ausencia de instituciones cabalmente públicas, que constituyan un poder coordinador u organizador, encontramos un conjunto de instituciones que persiguen ser instituciones totales, es decir, cumplir todas las funciones y ser autosuficientes. En el campo de la salud en específico, todas las instituciones pretenden ser rectoras, financiadoras, aseguradoras, prestadoras y controladoras. Cada una se asume como un sistema completo que no reconoce y no requiere de las otras instituciones para funcionar adecuadamente. Todo esto, evidentemente, dificulta la materialización de un proceso de reforma.

Repercusiones en la población

Para establecer las repercusiones del cambio institucional de la salud entre la población, cabe destacar qué aspectos de este cambio podrían repercutir con mayor fuerza en la vida de la gente. A continuación listo estos aspectos. La separación de aseguramiento y prestación de servicios, podría racionalizar el mercado de la oferta y demanda de servicios de salud y, así, quizás ampliar la cobertura. La descentralización podría acercar a las circunscripciones locales de la institución las decisiones y la movilización de recursos en beneficio de la población. La disposición legal de ampliación de la protección en salud al cónyuge y a los hijos menores de 6 años, repercutiría en la calidad de vida de las familias. La autonomía de las unidades médicas del IESS, haría que compitan por la libre elección de usuarios, pacientes, afiliados o derechohabientes; esto resultaría en la

generación de múltiples opciones de seguros públicos a ser comprados según la capacidad financiera de la población. El financiamiento con cargo al presupuesto general del Estado de las prestaciones de salud pública (por ejemplo en los tratamientos de enfermedades catastróficas y crónico degenerativas) ampliaría la cobertura. Y finalmente, el control obligatorio por medio de empresas auditoras externas, aumentaría la calidad.

Sin embargo, muchas de estas posibilidades no se han materializado porque la mayoría de cambios institucionales deseados no se han realizado. Revisemos algunos ejemplos al respecto. Los servicios no se han acercado a la población porque su distribución no ha variado: se mantienen las desigualdades y la inequidad, con las distintas concentraciones poblacionales en las grandes ciudades y en los grandes mercados. No hay cambios en la disponibilidad de la oferta: la jornada laboral del personal médico se organiza alrededor del trabajo en el sector público y el privado. La oferta sigue siendo única: como tendencia dominante (sin contar con algunas excepciones), la medicina oficial es la única opción, hecho que niega la apertura cultural hacia otras prácticas en una sociedad multiétnica y pluricultural. No se han organizado redes de prestadores con base territorial provincial o cantonal, como ya ha ocurrido en las redes de otros servicios públicos (electricidad, teléfonos o agua potable), lo que limita el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. Por último, se mantiene el deterioro de la calidad en la atención por la competencia entre instituciones públicas y privadas, y por la ausencia de incorporación de tecnología.

Desde la perspectiva de los resultados y repercusiones en la población, el análisis de la reforma nos señala una ausencia de resultados positivos y una marcada ambigüedad en los resultados potenciales.

¿Qué hacer?

A pesar de los magros resultados obtenidos hasta el momento por la reforma de salud de la seguridad social, se trata de un movimiento de cambio institucional que avanza. Y se puede esperar que este proceso de cambio siga avanzando: el entorno institucional se está modificando y se puede esperar que la presión social sea cada vez mayor.

La reforma se encuentra en el momento administrativo, es decir en una fase operativa y ejecutiva. Por eso, su mayor desafío es construir legitimidad y aceptación entre los miembros de la burocracia estatal. Acceder a ese sujeto colectivo interno es fundamental para el proceso de reforma. No basta con que los actores externos a la institución hayan conducido la reforma en sus fases ideológica y política, con relativo éxito, desde escenarios exteriores a la institución. En la fase actual, se vuelve una condición necesaria la apropiación de la reforma por parte de la burocracia que fue excluida y se colocó en la resistencia activa o pasiva.

La apropiación de la reforma institucional por parte de los trabajadores públicos de la salud puede posibilitar su conducción, la modificación de su rumbo, la readecuación de sus fines y objetivos, y hasta su rediseño. Un sujeto activo de la reforma podría visualizar las amenazas y obstáculos que producen los movimientos de cambio del entorno institucional, y podría establecer coaliciones y alianzas estratégicas para fortalecer funciones e instituciones. Lo que está en juego es la organización de un sistema de salud menos fragmentado, y la resistencia a la legalización de la inequidad por la vía de segmentar a la población por ingresos o por quintiles de pobreza (organizando un seguro de salud para cada segmento). La salud es un

derecho humano y ciudadano, y no un conjunto de mercancías diferentes a las que se accede según la capacidad de compra y consumo.

Un sujeto institucional interno podría aprender de otras reformas exitosas para atender las necesidades de la población. Podría aprovechar fenómenos como el de la descentralización como oportunidad para el ordenamiento de redes de atención en salud, estableciendo alianzas estratégicas con instituciones no necesariamente de salud o de seguros, como los gobiernos locales (municipios y consejos provinciales). Este actor colectivo también podría superar el simple alineamiento con las políticas internacionales y el cumplimiento irrestricto de dictados y recomendaciones homogeneizadoras, adecuando la reforma a las condiciones de la población y de la realidad sanitaria y política del país.

La capacidad y el derecho a crear y recrear que tiene el sujeto institucional interno, puede replantear el enfoque de la reforma, superando el discurso de la escasez para suplantarlos por la disputa de derechos. Defender derechos ciudadanos, incluyendo el de la salud, implica superar la perspectiva neoliberal (desde la que se afirma que, dado que los recursos son limitados, se deben segmentar los servicios y la atención según los niveles de ingreso) apuntando a garantizar servicios universales para los ciudadanos, y no asistencias particulares para los pobres. Desde esta perspectiva, la sostenibilidad pasa a ser entendida como un medio y ya no como un fin.

Para concluir, una reforma adelantada por un sujeto institucional interno, podrá: viabilizar las posibilidades y restricciones de la realidad y de la historia; fortalecer las instituciones existentes; desarrollar una estrategia propia; encausar la creatividad con sentido de la realidad; sintonizar

con las iniciativas y los sueños de los sectores sociales organizados; posibilitar el ejercicio de los derechos supuestamente “imposibles”, superando la doctrina imperante; y, como corolario, obligarnos a todos a pensar con cabeza propia.

Si perdimos la iniciativa, no perdamos la materialización de la reforma.

Bibliografía:

ATTAC 2002 *Contra la dictadura de los mercados: alternativas a la mundialización neoliberal* (Barcelona: Icaria).

Bedregal, Ramiro 1981 *Tratado general sobre seguridad social* (Quito: Universidad Central del Ecuador).

Constitución Política de la República del Ecuador 1998 (Quito: Gonzalo Arias Barriga editor).

Casilda-Béjar, Ramón y José María Tortosa (editores) 1996 *Pros y contras del Estado de Bienestar* (Madrid: Editorial Tecnos).

Esping-Andersen, G. 1993 *Los tres mundos del Estado de Bienestar* (Valencia: Alfons el Magnánim).

Edwards, Sebastián 1997 *Crisis y reforma en América Latina* (Buenos Aires: Emecé Editores).

Huertas, Rafael 1998 *Neoliberalismo y políticas de salud* (Madrid: El Viejo Topo).

Laurell, Cristina 1997 *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa* (México: Ediciones Era / Fundación Friedrich Ebert).

March, James y Johan Olsen 1997 *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política* (México: Fondo de Cultura Económica).

Mesa-Lago, Carmelo 1977 *Modelos de seguridad social en América Latina* (Buenos Aires: Ediciones Siap-Planteos).

Mesa-Lago, Carmelo (compilador) 1986 *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas* (México: Fondo de Cultura Económica).

Mesa-Lago, Carmelo 1993 *La reforma de la seguridad social y las pensiones en América Latina. Importancia y evaluación de las alternativas de privatización* (Quito: INCAE/USAID).

Mesa-Lago, Carmelo 1993 *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Evaluación económica y opciones para reforma* (Quito: INCAE).

Mesa-Lago, Carmelo 1994 “Los desafíos de la reforma de la seguridad social” en *Documentación de la Seguridad Social. Serie Americana* (Ginebra) No. 17.

North, Douglass 1993 *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico* (México: Fondo de Cultura Económica).

Núñez, Jorge 1992 *Historia del Seguro Social Ecuatoriano* (Quito: IESS).

Thoumi, Francisco y Merilee Grindle 1992 *La política de la economía del ajuste: la actual experiencia ecuatoriana* (Quito: FLACSO).

Torre, Juan Carlos 1998 *El proceso político de las reformas económicas en América Latina* (Buenos Aires: Paidós).

Ugalde, Antonio 1986 “La integración de programas de salud en un sistema nacional de salud” en Mesa-Lago, Carmelo (compilador) *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas* (México: Fondo de Cultura Económica).

El seguro social campesino

Pedro Isaac Barreiro*

Cuando en agosto de 1968 el Instituto Nacional de Previsión aprobó el Plan Piloto de Seguridad Social Campesina e inició la atención a la salud de la población rural ecuatoriana, materializó la vieja aspiración nacional de incorporar a los campesinos a los beneficios de la seguridad social ecuatoriana. Este acontecimiento histórico fue producto de un lento proceso de maduración social y política de todo el Estado ecuatoriano, pues ya desde 1935 existía legislación al respecto. Mediante el Decreto Supremo N°18, expedido el 5 de diciembre de ese año, Federico Páez, encargado del mando supremo de la República, dispuso la creación de un timbre especial de correos denominado “Seguro Social del Campesino”, con un valor de tres centavos de sucre, destinado a crear un fondo para una futura incorporación de los campesinos a la Caja del Seguro.

Si se piensa que entre diciembre de 1935 y agosto de 1968, transcurrieron treinta y tres años, bien podría afirmarse que los beneficios de la seguridad social ecuatoriana llegaron con notable retraso a los trabajadores de las zonas rurales de este país. Tal retraso es todavía mayor si se toma como referencia el año de nacimiento del seguro general de los trabajadores, 1928. Durante la presidencia de Isidro Ayora, en ese año se expidió la Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Cooperativa. La idea de un seguro social para los trabajadores del campo apareció, casi paradójicamente, desde las etapas iniciales del actual sistema de seguridad social, cuando la

tendencia universal era proteger, sobre todo, a la mano de obra asalariada, generalmente urbana, en concordancia con el modelo implantado en la Europa de finales del siglo XIX. Tal vez por eso se comprenda que el seguro para los campesinos no haya sido una realidad sino hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX, durante la presidencia de Otto Arosemena Gómez (dos años después de haber terminado la dictadura de la Junta Militar de Gobierno, y apenas a un año de distancia de la creación del Ministerio de Salud Pública-MSP- en junio de 1967).

Desde la inauguración del primer dispensario rural del Seguro Campesino en la población de El Palmar, provincia del Guayas, hasta el inicio del actual periodo democrático en 1979, se sucedieron los gobiernos de Otto Arosemena Gómez, José María Velasco Ibarra (quinto y último periodo presidencial), Guillermo Rodríguez Lara y de Alfredo Poveda Burbano (este último como presidente del Consejo Supremo de Gobierno). Durante este periodo de apenas 11 años (de 1968 a 1979), se produjeron algunos cambios que bien pueden ser calificados como trascendentales para la salud pública en el Ecuador y en el mundo. En el ámbito nacional, se inauguró el Hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito; desapareció el Instituto Nacional de Previsión y se creó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); se estableció la obligatoriedad del trabajo rural para los egresados de las escuelas de medicina, enfermería, odontología y obstetricia; y se firmó

* Asesor técnico, Dirección General – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

un convenio para la atención conjunta entre el MSP y el IESS. En el ámbito internacional, en 1972 se aprobó en Santiago de Chile el Plan Decenal de Salud para las Américas, y en 1978 se formuló la Declaración de Alma Ata, mediante la cual se universaliza la estrategia de atención primaria de salud como la herramienta idónea para enfrentar los problemas de salud de la población en todo el planeta.

El Seguro Campesino de 1979 al 2004

Cuando se inició el actual período democrático en agosto de 1979, el Seguro Social Campesino ya había incorporado al Sistema Ecuatoriano de Seguridad Social a 14.300 familias, es decir, aproximadamente a 75.800 habitantes de la zona rural del Ecuador. Estos ciudadanos recibían atención de sus problemas de salud en 65 dispensarios comunitarios que funcionaban, en su mayoría, en pequeños locales prestados por las propias comunidades campesinas. En tales dispensarios laboraban un médico itinerante y una auxiliar de enfermería, generalmente procedente de la misma localidad. El año de 1979 también marcó el inicio de la atención odontológica en los dispensarios comunitarios de las provincias de Imbabura, Pichincha, Tungurahua, Chimborazo y Manabí.

Es necesario insistir en que si bien el año de 1935 marcó el arranque “conceptual” de la seguridad social para los trabajadores del campo en el Ecuador, 1968 constituye un hito de gran trascendencia histórica pues en ese año se iniciaron las actividades de atención del Seguro Campesino en cuatro comunidades campesinas (El Palmar, La Pila, Guabug y Yanayacu, en las provincias del Guayas, Manabí, Chimborazo e Imbabura, respectivamente). Asimismo, para muchos 1981 es uno de los años más importantes

para todo el actual sistema de seguridad social: fue en noviembre de ese año que la Cámara Nacional de Representantes expidió la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. Gracias a esta Ley, finalmente se determinaron los recursos necesarios para el financiamiento de la seguridad social de los campesinos y se consolidó, en los hechos, el principio de solidaridad. Concretamente, se estableció la aportación adicional obligatoria del 1% de los salarios de todos los trabajadores con relación de dependencia.

Durante la década de los ochenta, la extensión de cobertura de la seguridad social ecuatoriana experimentó una verdadera explosión que se explica, sin lugar a dudas, por el crecimiento del Seguro Campesino. Esto se demuestra fácilmente al comparar las cifras de las coberturas alcanzadas a inicios y a finales de la década: mientras el año 1980 inició con 20.870 familias incorporadas, 108.000 personas protegidas y 100 dispensarios comunitarios instalados, para diciembre de 1989, el número de familias incorporadas llegó a 101.570, el número de personas protegidas a 550.000, y los dispensarios comunitarios habían crecido hasta alcanzar un total de 464, distribuidos por todo el territorio rural del Ecuador. Para ese entonces, la demanda de personal auxiliar formado para laborar en los servicios de salud del Seguro Campesino y del MSP rebasó la oferta existente. Por ello, fue necesario suscribir numerosos convenios con varias universidades ecuatorianas¹ para formar auxiliares de enfermería rurales que, apenas concluían su entrenamiento, eran incorporadas al Seguro Campesino. Pero las necesidades de capacitación y adiestramiento requerían incluso de mayores recursos, por lo que se buscó apoyo internacional. Fue así que, luego de un largo proceso de discusiones en los ámbitos técnicos, políticos y financieros, en septiembre de 1983, los

1 Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Manabí, Universidad Técnica de Machala, Universidad de Cuenca, Pontificia Universidad Católica de Ibarra, entre otras.

gobiernos del Ecuador y de los Estados Unidos suscribieron, a través de USAID, un convenio de fondos no reembolsables, para la expansión y reforzamiento de los programas de bienestar familiar y detección oportuna de cáncer en el Seguro Social Campesino.

Simultáneamente a la expansión de este Seguro, emergieron nuevos problemas en su ámbito administrativo, derivados, entre otras causas, de la organización gremial de sus trabajadores. En agosto de 1983 se formó la Asociación Nacional de Médicos y Odontólogos del Seguro Social Campesino (ANAMOSSC), y dos años más tarde, en agosto de 1985, el Sindicato Nacional de Auxiliares de Enfermería del Seguro Social Campesino Ecuatoriano (SINAESSCAE). En ambos casos, se trataba de organizaciones laborales que demandaban mejores condiciones de trabajo que el IESS no podía satisfacer en su totalidad. Así, en junio de 1988 llegó la primera huelga de auxiliares de enfermería, y con ella, la suspensión de actividades en todos los dispensarios comunitarios.

Paralelamente, las organizaciones campesinas se fortalecían en gran medida impulsadas por el trabajo de campo que el Seguro Campesino desarrollaba en las comunidades rurales, promocionando el acceso a los servicios de la seguridad social como un derecho.² Tales organizaciones comenzaban a participar activamente, a través de asambleas (primero locales y después regionales y nacionales), ya no solamente en la discusión y enriquecimiento de los temas relacionados con su vida y con su inserción en el acontecer nacional, sino que progresivamente se constituyeron en protagonistas del proceso de toma de decisiones en todos aquellos aspectos que consideraban de su incumbencia. Nació entonces, en agosto de 1988, la Federación Nacional Única

de Afiliados al Seguro Social Campesino (FEUNASSC). Y al finalizar la década, en 1989, surgen, formalmente reconocidas por el Estado ecuatoriano, la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas e Indígenas (FENOCIN) y, pocos meses después, la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).

La siguiente década, de 1990 al 2000, estuvo marcada por la disminución del ritmo de crecimiento de la cobertura de la seguridad social ecuatoriana y por el incremento de las denominadas “demandas sociales”, con la consiguiente irrupción de los campesinos organizados en los escenarios políticos del país. En enero de 1993 se produjo una impresionante concentración de campesinos en la ciudad de Quito, convocados por sus dirigentes ante una inminente amenaza de desaparición del Seguro Campesino acorde con el proceso de “privatización” de la seguridad social promocionado por el Consejo Nacional de Modernización (CONAM). La iniciativa privatizadora debió replegarse frente al abrumador ‘no’ a la privatización de la seguridad social obtenido en la Consulta Popular de noviembre de 1995.

En estos años, en los niveles técnicos de la administración sanitaria, comienzan a surgir serias y bien fundamentadas preocupaciones por el escaso impacto de la estrategia de atención primaria (APS) en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de la población. Para ese entonces, ya se sabe de antemano que la meta de salud para todos en el año 2000 no se alcanzará, y se vuelve a iniciar el proceso de reflexiones nunca terminadas, acerca de la salud, el desarrollo, la participación ciudadana, etc.

A mediados de la década, se organiza la Confederación Única Nacional de Afiliados al

2 El aseguramiento del Seguro Campesino se materializó a través de organizaciones campesinas que, cuando no existían, fueron promovidas y se conformaron con la ayuda de profesionales del área social de este seguro.

Seguro Social Campesino (CONFEUNASSC), cuyos dirigentes se constituyen en protagonistas de permanentes manifestaciones en defensa de la seguridad social. En sus momentos de mayor efervescencia, dos dirigentes de la CONFEUNASSC llegaron a realizar una “crucifixión” frente al palacio de gobierno en la ciudad de Quito.³

Cerca ya de finalizar los años noventa, entró en vigencia la nueva Constitución Política del Ecuador. En el texto de la nueva Carta Magna se consagró a la seguridad social como “deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes”, se ratificó la autonomía del IESS, y se elevó a rango constitucional al Seguro Social Campesino, definiéndolo como un régimen especial del Seguro General Obligatorio, con la particularidad de que conserva su carácter de “familiar” y eminentemente solidario. En cumplimiento del mandato constitucional, el Ejecutivo nombró una comisión interventora que, en medio de grandes resistencias generadas en diversos sectores de la población asegurada y no asegurada, inició de inmediato una profunda transformación dentro del IESS. Este proceso de cambio del sistema de seguridad social se orientó a “racionalizar su estructura, modernizar su gestión, aplicar la descentralización y desconcentración, recuperar su equilibrio financiero, optimizar la recaudación y el cobro de la cartera vencida; complementar la capacidad instalada en salud para la cobertura universal, superar los problemas de organización, de gestión, de financiamiento y de cobertura” (Constitución Política de la República del Ecuador, 1998). Durante el período de la intervención señalada, el Seguro Campesino asentó las bases para su futura sostenibilidad: se mejoraron sus ingresos, se racionalizaron los gastos, se puso al día su contabilidad, se redujo el exceso de personal administrativo y se controló

la ingerencia política característica de las décadas precedentes.

Al finalizar el decenio, la cobertura del Seguro Campesino llegaba a 200.000 familias rurales, protegiendo así a 937.000 campesinos que recibían atención de salud en 575 dispensarios comunitarios.

El año 2000 se inició con el derrocamiento del gobierno del ex presidente Jamil Mahuad y el fortalecimiento del movimiento indígena y campesino, cuya presencia se hizo sentir en todos los ámbitos políticos del país. En este contexto, el Congreso Nacional expidió la nueva Ley de Seguridad Social que define como sujetos de protección del Seguro Social Campesino a “los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora habitualmente en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia” (Ley de Seguridad Social, 2001).

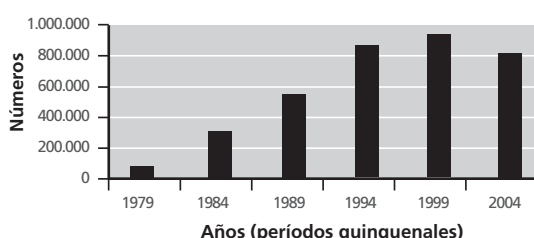
El proceso de transición iniciado en la seguridad social ecuatoriana llevó aparejado, entre otras acciones de índole administrativa, el incremento de los sistemas de control en los diversos procesos que integran su gestión. Se inició entonces una permanente revisión de la población afiliada al Seguro Campesino. En consecuencia, hubo la necesidad de iniciar y mantener una permanente “depuración” de sus beneficiarios. Esto con el fin de garantizar que las prestaciones establecidas en la Ley lleguen efectivamente a la población a la que estaban destinadas, y no a supuestos campesinos que, manipulados por desaprensivos dirigentes políticos y atraídos por el paquete de prestaciones y su insignificante costo, lograron

3 El hecho ocurrió el primero de julio de 1997. Los crucificados fueron Jorge Loor Cevallos y Julio González Enriquez.

ingresar al sistema a través de variados subterfugios que desnaturalizaban el principio de solidaridad que ha caracterizado al Seguro Campesino desde sus inicios (grafico 1).

Gráfico 1

Población asegurada por el Seguro Social Campesino. Ecuador (1979-2004)



Fuente: Boletín Estadístico del IESS (2004)

El fortalecimiento de los procesos de control, unido a la disposición legal de que la incorporación de nuevos afiliados y beneficiarios debe guardar relación directa con el crecimiento del número de afiliados al Seguro General Obligatorio, significaron un importante descenso del volumen de población asegurada. Para finales del 2001, el seguro había llegado a 204.000 familias, integradas por 936.000 personas, en tanto que para finales del 2004 estas cifras se redujeron a 191.600 familias, integradas por 819.000 personas. El número de dispensarios comunitarios al final de este periodo fue de 577.

En materia de salud pública en el ámbito nacional, en estos años se emiten dos importantes cuerpos legales: la Ley de Producción, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano (Registro Oficial N° 59, 17 de abril del 2000) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Registro Oficial N° 670, septiembre 25 del 2002).

En resumen, durante las primeras décadas del actual período democrático, se pueden identificar, entre otros, los siguientes hechos trascendentales en la seguridad social campesina: la expedición de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino en noviembre de 1981; la inclusión del Seguro Social Campesino en la nueva Constitución Política de la República, en agosto de 1998; la definición del sujeto de protección del Seguro Social Campesino, en noviembre del 2001; el fortalecimiento de las organizaciones campesinas y su participación permanente en diferentes procesos políticos y sociales emergentes; y, la amplia difusión, tanto dentro como fuera del Ecuador, de las bases conceptuales, legales y operacionales del particular sistema de aseguramiento del Seguro Campesino (el programa del Seguro Campesino del Ecuador fue expuesto en Brasilia, México, Costa Rica, Nicaragua y España).

Una visión panorámica de lo acontecido durante estas décadas puede enriquecerse con una aproximación empírica a otros fenómenos sociales concomitantes que, en su conjunto, transformaron algunas características de la población rural y urbana de nuestro país.

El fenómeno migratorio, por ejemplo, ha modificado sustancialmente el comportamiento demográfico secular en numerosas comunidades rurales, especialmente en aquellas ubicadas en las provincias del Austro. En algunas de estas comunidades, no solamente que se ha reducido el número de habitantes, sino que el porcentaje de población en edad productiva es mínimo y mayoritariamente femenino. Esta realidad obliga a una permanente revisión del concepto operacional de “familia” que el Seguro Campesino ha mantenido durante las décadas precedentes. De la misma manera, el desplazamiento diario de la población rural hacia las cabeceras cantonales o hacia las capitales de provincia (en busca de trabajo, de mejores salarios o de educación para sus hijos) y su

permanencia temporal en ellas, por periodos que van desde un día hasta una semana o varios meses, distorsiona el concepto de “vivir en el campo” y demanda la implantación de nuevos mecanismos de afiliación (aseguramiento) más dinámicos y oportunos.

En el ámbito de la salud, la situación ha evolucionado aceleradamente hacia niveles de mayor conflictividad. Para enfrentar esta situación, no es suficiente la capacidad instalada del Seguro Campesino ni sus recursos (económicos, materiales, tecnológicos y humanos). Dentro del periodo analizado, vemos, por ejemplo, el incremento del número y la gravedad de los traumatismos ocasionados por accidentes de vehículos a motor; la creciente incidencia de procesos infecciosos no tratables con los medicamentos disponibles en los dispensarios comunitarios; el cada vez mayor número de afiliados portadores de problemas crónico-degenerativos, especialmente diabéticos o hipertensos que demandan controles y tratamientos permanentes y que, muy a menudo, terminan desarrollando una insuficiencia renal irreversible; y, entre otros, la persistencia de trastornos nutricionales en embarazadas, infantes y escolares. Si a estos problemas se suman, además, factores universalmente identificados como peligrosos para la salud (tales como el hábito de fumar, el alcoholismo, el uso de plaguicidas sin la protección adecuada o la contaminación del aire y de las fuentes de agua), fácilmente podrá comprenderse que las posibilidades de lograr un mejoramiento de la salud colectiva, son, sino imposibles, sí muy escasas.

Adicionalmente (y casi de manera paradójica frente a la escasa capacidad de respuesta institucional), el fortalecimiento de la organización campesina y el mejoramiento de los sistemas de comunicación y de información en todos los ámbitos de la sociedad, han determinado que porcentajes cada vez mayores de la población estén mejor enterados de sus

derechos y de las garantías para ejercerlos o para demandarlos en los casos en que sea necesario. Sin embargo, los tratamientos hoy disponibles para ciertas enfermedades que hasta hace poco no se trataban, generalmente tienen costos imposibles de cubrir con los limitados ingresos del Seguro Campesino. Por ejemplo, el costo del tratamiento anual mediante hemodiálisis de un solo paciente con insuficiencia renal (12.000 dólares aproximadamente), es equivalente, en los términos de la cotización familiar actual, a la aportación de 25.000 jefes de familias campesinas durante el mismo periodo. Dicho de otra manera, para atender a ese único paciente es necesario el aporte de todos los jefes de las familias campesinas aseguradas en las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha y Tungurahua. Asimismo, la consulta ambulatoria, que durante las primeras décadas de funcionamiento del Seguro Campesino podía ser enfrentada con relativa eficacia con las escasas ayudas diagnósticas y terapéuticas existentes en sus dispensarios, hoy no puede ser resuelta sin el auxilio de sofisticados procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son demandados, cada vez en mayor proporción, no solamente por los profesionales que en ellos laboran, sino también por la propia población afiliada.

Por otra parte, si bien es cierto que la Ley de Seguridad Social, en su artículo 130, obliga al Seguro Campesino a poner “énfasis en los programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario de las áreas rurales”, las prestaciones de salud consagradas en la Ley, de manera directa o indirecta, continúan privilegiando las actividades eminentemente curativas. En efecto, las prestaciones que reciben los afiliados al Seguro Campesino son las mismas que las que reciben los beneficiarios del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Es decir, se refieren a: programas de fomento y promoción de la salud; acciones de medicina preventiva; atención odontológica preventiva y de recuperación; asistencia médica curativa

integral y maternidad (que incluye la consulta profesional, los exámenes y procedimientos de diagnóstico, los actos quirúrgicos, la hospitalización, la entrega de fármacos y las demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud); tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas; y, tratamiento de enfermedades catastróficas.

Un paquete de prestaciones tan amplio y al que se accede con relativa facilidad, ha contribuido a volver más complejo el proceso para la identificación de las necesidades de salud de las comunidades. Al igual que en las consultas ambulatorias de las áreas urbanas, la demanda de servicios puede ocultar las verdaderas necesidades y distorsionar todo el proceso de planificación indispensable para una asignación racional de los limitados recursos disponibles.

Fuera del ámbito de la salud, la expedición de la Constitución Política de 1998 y de la Ley de Seguridad Social del 2001, constituyeron para el Seguro Campesino la consolidación del principio de solidaridad. Este principio es definido en la propia Ley como “la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio”.

El ordenamiento administrativo y las regulaciones presupuestarias implantadas durante el período de intervención, permitieron que cada uno de los “seguros” que integran al IESS maneje independientemente sus ingresos y sus egresos. Ello implicó que el Seguro Campesino se libere de la atávica, generalizada y mal fundamentada creencia, que lo identificaba como el causante de la “crisis” de la seguridad social ecuatoriana. Hoy ya no es posible sostener tal aseveración pues cada uno de los “seguros” (de pensiones, de

riesgos del trabajo, de salud individual y familiar, y del campesino) es responsable exclusivo del uso de sus recursos, de su gestión y de su eficiencia frente a su población asegurada y frente al nuevo órgano de control: la Superintendencia de Bancos y Seguros. Esto ha significado una mejoría en las relaciones técnicas y administrativas dentro del IESS y ha permitido diseñar, iniciar y desarrollar un proceso de modernización que, aunque de manera lenta, va involucrando progresivamente a más dependencias institucionales y a mayores extensiones territoriales. Las características específicas de la población campesina y el peculiar mecanismo utilizado para incorporarla a la seguridad social, plantean un verdadero desafío para hacer extensiva a esta población los avanzados sistemas de gestión hoy disponibles para los afiliados al seguro general. Actualmente, varias provincias se encuentran en pleno proceso de inserción en el sistema de historia laboral que, sin lugar a dudas, y gracias a la incorporación de tecnología de punta, permitirá a la población campesina no solamente acceder con mayor oportunidad a las prestaciones, sino también mejorar los procesos de aseguramiento y de control y, de manera indirecta, incrementar la calidad de los servicios.

Más, a pesar de los innegables adelantos logrados en el ámbito administrativo, la provisión de medicamentos y la renovación del equipamiento básico para los dispensarios comunitarios continúa siendo un verdadero problema para los administradores del Seguro Campesino. Este problema no ha podido ser resuelto ni siquiera con la vigencia del nuevo reglamento expedido para el efecto en el 2004. Ello constituye un grave perjuicio para la población asegurada, para la imagen institucional y para las relaciones entre las organizaciones campesinas y el IESS. La insuficiencia de medicamentos sumada a la obsolescencia del equipamiento y del instrumental existente en los dispensarios, incrementa, en muchas ocasiones de manera

injustificada, la tasa de transferencia de pacientes hacia las unidades médicas del seguro general de salud (individual y familiar). Esto distorsiona el papel del dispensario comunitario frente a la población asegurada y congestiona aún más la demanda de atención que soportan las unidades médicas del llamado seguro general.

De cualquier manera e incluso con las debilidades anotadas, el rol positivo que cumplen los dispensarios comunitarios del

Seguro Campesino es incuestionable. Esto no solamente por ser el principal proveedor de servicios de salud de primer nivel en el área rural de nuestro país, sino también porque los profesionales de la salud que allí trabajan se han constituido, poco a poco, en impulsores del desarrollo comunitario. La capacidad instalada de los dispensarios comunitarios constituye un sólido fundamento para el nunca terminado proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Bibliografía:

Barreiro-Chancay, Pedro 2004 *El IESS y el Seguro Social Campesino* (Quito: IESS/PNUD).

Barreiro-Chancay, Pedro 1998 *Seguro Social Campesino. Historia y reforma* (Quito: CEPAR/USAID).

Campana-Barrera, Aníbal s/f *Protección social campesina* (Quito: Caja Nacional del Seguro Social).

Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM) 1995 *Propuesta de reforma a la seguridad social* (Quito: CONAM).

Constitución Política de la República del Ecuador 1998. Segunda disposición transitoria: "De la Seguridad Social".

Ley de Extensión del Seguro Social Campesino 1981. Registro Oficial N°124, 20 de noviembre de 1981. Ley de Seguridad Social

2001. Registro Oficial N° 465, 30 de noviembre del 2001.

Mancero-Samán, Alfredo 1997 *La reforma de la seguridad social en el Ecuador* (Quito: UASB/Fundación Konrad Adenauer).

Reglamento para la contratación directa de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico para las unidades médicas del IESS. Decreto Ejecutivo N° 1884. RO N° 383, de julio 22 del 2004.

Veloz-Sancho, Idálide 1993 *25 años del Seguro Social Campesino* (Quito: IESS).

Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador

Fernando Salazar*

Antecedentes

La Policía Nacional del Ecuador ha desarrollado acciones relacionadas con la salud desde su creación en 1941. Antes de explorar las características de los servicios de salud de esta institución durante las últimas décadas, es necesario hacer un breve recuento sobre lo acontecido desde los cuarentas en adelante. En mayo de 1941, la Comandancia General incluyó, por primera vez, una Sección Médica en su Ley Orgánica. El 4 de julio de 1946 se expidió la Ley Orgánica de la Guardia Civil Nacional, que contemplaba la creación del Departamento de Sanidad. En mayo de 1948, se inauguró la primera botica de la Comandancia General, en agosto el Servicio de Exámenes Médicos, en septiembre se realizó el primer curso para enfermeros y camilleros, y en octubre se inició el descuento para el “fondo sanitario” a todos los miembros de la institución. A inicios de 1950, se inauguró el Policlínico de la Policía Nacional. El 20 de agosto de 1951, por acuerdo ministerial firmado por el ministro de Gobierno Andrés Córdova, se creó el comité pro-construcción del Hospital Policial. En 1954, el Policlínico se amplió con la apertura de hospitalización a través de dos salas, la una con capacidad de 10 camas para oficiales, y la segunda con capacidad de 20 camas para personal de clases y policías y un quirófano para atender varias especialidades. En 1959, en el marco de la Ley Orgánica de la Policía Nacional (Registro Oficial No.707), el

ex presidente Camilo Ponce Enríquez, expidió el Reglamento General de Sanidad de la Policía Nacional del Ecuador. En este marco, el Departamento de Sanidad se encontraba bajo el mando de la Dirección General de Personal.

Una década más adelante, a partir de los años setenta, se inició la apertura de enfermerías en los cuarteles de provincias. A través de los reportes de estas unidades de salud, se sentó el primer antecedente para la creación de un sistema de información en salud. El 22 de mayo de 1978, el Consejo Supremo de Gobierno, presidido por el contralmirante Alfredo Poveda Burbano, autorizó la suscripción de los contratos para el financiamiento, construcción y equipamiento de los hospitales policiales en Quito y Guayaquil. El costo estimado de estas obras (300 millones de sucres), se complementó con un préstamo del Banco Ecuatoriano de Desarrollo y un crédito del gobierno italiano. En el año 1981, se conformó la Unidad Ejecutora de los hospitales de la Policía Nacional y se procedió en forma inmediata a su construcción tanto en Quito como en Guayaquil, mediante un contrato suscrito con la firma Cogefar-Impresit. Esta acción fue complementada en 1985 con la conformación de la Unidad Técnico Administrativa de los hospitales de la Policía Nacional, instancia que tuvo a su cargo la elaboración de todos los instrumentos técnicos para el funcionamiento las casas de salud de la Policía (Salazar, 2002, Quiroga, 2005).

* Jefe de planificación, Dirección Nacional de Salud – Policía Nacional del Ecuador

Los servicios de salud de la Policía Nacional a partir de los ochenta

Todos estos antecedentes ilustran las circunstancias que rodearon el inicio del período comprendido desde los años ochenta hasta nuestros días. Hacia 1980, la Policía Nacional contaba con una instancia de gestión llamada Departamento de Sanidad, dependiente de la Dirección General de Personal. Las funciones de este departamento eran las de “dirigir y administrar el Servicio de Sanidad de la Policía Nacional, con el propósito de mantener el más alto nivel de salud de los miembros de la Policía en servicio activo y situación de retiro, de sus familiares, quienes gozarán de asistencia en los establecimientos hospitalarios y sociales de la Policía Nacional, de acuerdo a los reglamentos pertinentes” (Villalobos, 1999: 5).

Las facilidades con que contaba inicialmente el Departamento de Sanidad eran el Policlínico y las enfermerías. Más tarde, el Hospital de Quito N°1 entró oficialmente en funcionamiento el 28 de febrero de 1991, y el Hospital de Guayaquil N°2 el 25 de julio de 1991.

El personal de la Policía venía financiando de manera permanente los servicios de salud mediante aportes individuales que datan de 1948. Desde 1995, este aporte se transformó en el Seguro de Enfermedad y Maternidad del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Hasta la actualidad, el funcionamiento de los servicios de salud son financiados mediante las contribuciones a este seguro (ISSPOL, 1995).

En el mismo año de 1995, la Dirección General de Salud de la Policía Nacional, creada mediante reformas a la ley de 1959, se pronunció a favor tanto de la organización del Sistema Nacional de Salud de la Policía Nacional a partir de los servicios con los que contaba, como de proyectar un crecimiento ordenado a futuro (DNS, 2005). Es en esta coyuntura que la Comandancia

General firmó un convenio de cooperación técnica con la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Con este antecedente, en el marco de la nueva Ley Orgánica de la Policía Nacional, promulgada el 24 de julio de 1998, la Dirección Nacional de Salud (DNS) se incorporó como parte de las direcciones nacionales.

En el año 2001, entró en vigencia el Plan Estratégico de Salud de la Policía Nacional. Este plan prevé el trabajo de los 10 años siguientes en la construcción y perfeccionamiento del sistema de salud de la institución. En febrero del 2004, se aprobó el segundo Reglamento Orgánico Funcional de la DNS y sus unidades operativas mediante resolución del Consejo de Generales. Este reglamento tenía como propósito organizar a la DNS y a las unidades operativas en función del Plan Estratégico de Salud.

En la actualidad, el Sistema de Salud de la Policía Nacional cuenta con 71 subcentros de salud distribuidos a nivel nacional, 2 centros de salud en Quito, y 2 hospitales policiales en las ciudades de Quito y Guayaquil.

En síntesis, entre 1980 y mediados de la presente década, se pueden identificar dos períodos en el crecimiento y desarrollo de los servicios de salud de la Policía Nacional: el primero, desde 1980 a 1995, se caracteriza por una respuesta a las necesidades del personal; y el segundo, desde 1995 hasta el 2005, se orienta en función de las prioridades y estrategias nacionales.

Los cambios recientes: alimentado la construcción de un Sistema Nacional de Salud

Durante el período previo a 1985, el crecimiento de los servicios se tradujo en la creación de unidades de salud en los sitios donde el personal los necesitaba. En el período comprendido entre 1985 y 1995, con los servicios creados y

los hospitales policiales, se decidió regular su funcionamiento y organizarlos por niveles de atención. La decisión institucional se oficializó a partir de 1995, cuando la Dirección General de Salud de la Policía, hizo explícita su decisión de ordenar los servicios de salud en tres niveles de complejidad. En base a los servicios creados, se denominaron subcentros a los del primer nivel, centros a los de segundo nivel, y hospitales a los del tercer nivel.

Esta decisión de fue asumida por el alto mando institucional con la aprobación, en 1998, del primer reglamento orgánico funcional diseñado bajo la misma visión de sistema y con la creación de la DNS. Estos cambios tuvieron dos objetivos principales: primero “[p]rocurar y mantener el mejor nivel de salud posible de sus miembros, familiares y derechohabientes, mediante la oferta de servicios de salud integrales, que comprende programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y la atención del medio ambiente físico y social”; y segundo, “estructurar y administrar el Sistema de Servicios de Salud de la Policía Nacional, integrado por Hospitales, Dispensarios y los Institutos de Medicina Legal” (DNS, 1998: 2).

En lo sucesivo será el alto mando quien apoye y estimule de manera permanente el crecimiento y fortalecimiento de los servicios de salud. En efecto, la aprobación de las propuestas del sector salud, ha permitido el fortalecimiento de la infraestructura instalada, la ampliación de la plantilla de personal de salud, y la canalización de apoyo interno y externo para mantener y modernizar los servicios de salud.

Como se ha dicho, al momento la institución policial cuenta con un sistema de salud, constituido por tres niveles de atención. El trabajo en el primer nivel de atención ha sido declarado prioritario. Este nivel está conformado por los subcentros de salud (SCS)

a nivel nacional, cuyo propósito es ampliar el nivel de cobertura con acciones de promoción, prevención y recuperación del 80% de la patología que se atiende. El restante 20% de la patología, calificada como de mediana y de alta complejidad, es referida al segundo y tercer nivel de atención. El segundo nivel, por su parte, se encuentra en pleno proceso de desarrollo, mientras que el tercero se halla en pleno proceso de modernización y ampliación.

Para hacer posible la transformación en curso de los servicios de salud de la Policía Nacional hacia la conformación de un sistema de salud, el decidido apoyo institucional ha sido un factor clave. El principal acierto del alto mando de la institución ha sido adoptar la política de desarrollo del sistema de salud de la Policía Nacional, así como el apoyo continuo al desarrollo y crecimiento de los diferentes niveles de atención. Otro acierto destacable ha sido la progresiva apertura al manejo técnico-administrativo de las actividades tanto de la DNS, como a nivel hospitalario. Para el efecto, se han suscrito acuerdos de orden académico, que garantizan la idoneidad de estos procesos.

Principales obstáculos para el cambio

Los obstáculos para una rápida implementación de cambios en el campo de la salud dentro de la institución policial, pueden ser enfocados desde dos dimensiones, a saber: las de carácter técnico y las de carácter financiero.

En cuanto a la dimensión técnica, las limitaciones en la gestión han respondido a la escasa formación en el campo de la administración y gestión de salud entre las autoridades de turno. De otro lado, entre los recursos humanos calificados en la institución, se registra una falta de continuidad en la actualización en el campo de su competencia. Al respecto, la ausencia de una adecuada política institucional de manejo de recursos humanos en salud es muy clara.

En lo que respecta al aspecto financiero, el déficit de recursos económicos fue la limitación más importante durante la década de los noventa. Este problema hizo que la institución policial en general y su sector de salud en particular, exhibieran un escaso desarrollo. Si bien la organización en sistema ha permitido un mejoramiento de los servicios, éstos todavía tienen muchas limitaciones debido al escaso financiamiento para el sector.

Impacto en la salud de los usuarios

A través de su historia, la institución policial ha mantenido una permanente preocupación por la salud del personal que labora en sus filas. Esto explica la progresiva y sostenida apertura de servicios de salud a nivel nacional. En efecto, la construcción de los hospitales policiales desde los ochenta, se realizó a partir del reconocimiento de que el Policlínico de la Mideros (soporte hospitalario central durante 40 años) resultaba insuficiente para atender las nuevas necesidades de la época.

Sin embargo, ya hacia finales de la década de los noventa, los hospitales policiales fueron percibidos como insuficientes para cuidar la salud de la familia policial. Se advierte entonces la necesidad de ordenar la utilización de estos servicios, fortaleciendo para ello a las enfermerías de los cuarteles y transformándolas en subcentros de salud (SCS). Es así como se creó el primer nivel de atención del sistema de salud. Para ello, se aseguró la dotación de un equipamiento estandarizado a nivel nacional, y la organización de equipos de profesionales de la salud, constituidos por un médico, un odontólogo, una licenciada en enfermería y, en algunos casos, por un psicólogo, un fisioterapeuta y un químico farmacéutico. A la vez, se incorporaron programas de capacitación y se mejoró la infraestructura física de estas unidades. Este fortalecimiento, fue de mucha ayuda en los sitios donde este servicio de salud era el único medio atención para el personal y, a veces, hasta

para ciudadanos no pertenecientes a la Policía. Sin embargo, en las grandes ciudades todos estos esfuerzos no han sido suficientes: por la escasa capacidad de competencia con los hospitales, los usuarios de los servicios de salud de la Policía todavía ven a los hospitales no policiales como los lugares más seguros para ser atendidos en la solución de sus problemas de salud.

Construcción de relaciones con el resto de instituciones del sector salud

La Policía Nacional ha mantenido buenas y permanentes relaciones con todas las instituciones del sector salud mediante la suscripción de convenios de colaboración mutua. Tal ha sido el caso del convenio con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los convenios establecidos con las siguientes universidades también han sido de suma importancia: Universidad Central del Ecuador, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad San Francisco de Quito, Universidad estatal de Guayaquil y Universidad estatal de Cuenca. Además, existen convenios con las clínicas privadas a nivel nacional para la compra de servicios de salud para casos de urgencias y emergencias. Con respecto a la relación de la Policía Nacional con las universidades, el Plan Estratégico de Salud difícilmente podrá alcanzar sus objetivos sino se realizan nuevos acuerdos con instituciones de educación superior. La participación de estas instituciones es crucial para alcanzar un adecuado perfil profesional entre nuestros equipos de salud, y así lograr atender las necesidades institucionales (liberando a los hospitales para la atención estricta de problemas complejos de salud). Este cometido lleva implícito un programa permanente de educación a usuarios internos y externos a fin de lograr que todo el personal pueda utilizar de manera adecuada los servicios, alcanzando la satisfacción de sus necesidades y favoreciendo la optimización de los recursos.

Por lo demás, a partir de la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, la institución policial ha pasado a ser un miembro más del Consejo Nacional de la Salud (CONASA). Este hecho ha dinamizado la construcción de una plataforma inter-institucional en el campo de la salud.

Desafíos a futuro

A partir de las líneas de trabajo y de las prioridades establecidas durante las últimas décadas, se pueden establecer tres desafíos principales que la Policía Nacional enfrenta en el campo de la salud:

- Reorganizar y fortalecer el primer nivel de atención, con una visión colectiva de protección a la familia, en el marco de su entorno social y medio ambiental.
- Fortalecer el segundo nivel de atención, completando la apertura de centros de salud en las plazas Quito, Guayaquil y en las cabeceras provinciales.
- Fortalecer el tercer nivel de atención mediante el desarrollo de los hospitales policiales para que alcancen el estatus de unidades de referencia nacional, es decir, para constituirlos efectivamente como las instituciones de mayor complejidad de resolución del Sistema de Salud de la Policía Nacional.

Bibliografía

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) 1995 *Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional* (Quito: ISSPOL).

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) 1995 “Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL” en *Reglamentos de la Ley del ISSPOL* (Quito: ISSPOL).

Ministerio de Salud Pública (MSP), Consejo Nacional de Salud (CONASA) 2004 *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador* (Quito: OPS/OMS/UNICEF).

Dirección Nacional de Salud (DNS) - Policía Nacional del Ecuador 1998 *Reglamento orgánico funcional de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional del Ecuador* (Quito: DGS).

Dirección Nacional de Salud (DNS) - Policía Nacional del Ecuador 1995 *El Sistema Nacional de Salud de la Policía Nacional* (Quito: DGS).

Quiroga, Amada 2005 “Reseña histórica de la Dirección Nacional de Salud”. Inédito.

Salazar, Fernando 2002 “Los servicios de salud de la Policía” en Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La salud pública en el Ecuador del siglo XX* (Quito: OPS/OMS).

Villalobos, Mario 1999 *Policía Nacional del Ecuador. Breve reseña histórica* (Quito: Círculo de Historia de la PN).

Parte V

Nuevos planteamientos sobre la Saúd Pública

Salud y globalización

Edmundo Granda*

¿Hacia dónde se mueve el ahora? ¿Hacia dónde nos movemos nosotros?

¿Lejos de todos los soles? ¿No estamos en una caída sin fin?

¿Vamos hacia atrás, hacia un lado, hacia adelante, hacia todos los lados?

¿Hay todavía un arriba y un abajo? ¿No erramos como a través de una nada infinita?

Friedrich Nietzsche

El nuevo mundo

“Poco a poco y de repente el mundo se hace grande y pequeño, homogéneo y plural, compuesto y multiforme. Simultáneamente a la globalización, se dispersan los puntos de referencia dando la impresión de que se mueven, flotan, se pierden” expresa Octavio Ianni (1999: 58). A través de la utilización del término globalización, desde muchos sectores se ha declarado que un nuevo mundo estaría conformándose. Pero también, desde otros lados se sostiene que no ocurre nada especial y que más bien estaríamos viviendo una etapa más de la evolución del capitalismo. En todo caso, en la actualidad observamos que inmensos grupos poblacionales experimentan cambios en su modo de vida. La pobreza y la inequidad aumentan. Muchas instituciones públicas en el “tercer mundo” desaparecen o se debilitan

notoriamente mientras que otras privadas crecen exorbitantemente. Observamos también que circulan monstruosas cifras de dinero con gran celeridad. Que el tiempo y el espacio se empequeñecen. La propia naturaleza expresa malestares globales. Viejas enfermedades re-emergen mientras que otras nuevas nos atormentan. Unos pocos empiezan a mirar el presente y el futuro como un reto o un negocio, mientras los más, perplejos, lo ven como un abismo.

Cuando algo nuevo y complejo ocurre en nuestro panorama y los seres humanos no disponemos de respuestas seguras y probadas, recurrimos a diversas metáforas que son construidas desde distintos puntos de vista y con variados materiales. Esto es lo que posiblemente está ocurriendo con la globalización, término en el que aparecen y se “aparean”¹ múltiples propuestas interpretativas. Unos buscan una lógica única, tal como lo hace Wallerstein (1988, 1991), quien afirma que la globalización tiene una determinación clara y precisa, cual es la propia evolución del capitalismo y la consiguiente institucionalización de la economía y el mercado mundial. Otros dan un especial énfasis a la política. Dentro de este grupo, algunos privilegian las relaciones post-internacionales o transnacionales y la política mundial policéntrica (Rosenau, 1990); y otros, el primado de la política nacional-estatal hegemónica y permisiva que posibilita la

* Profesional nacional en recursos humanos, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador. Profesor, Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública – Universidad Central del Ecuador y profesor – Universidad Nacional de Loja

1 Julio Suárez considera que en este momento no sólo aparecen múltiples propuestas interpretativas, sino que también, algunas propuestas contrapuestas se juntan (se aparean). Al respecto, el célebre pintor expresionista Kandinsky escribió en la década del 30 un interesante artículo que resuena en la actualidad, al que tituló “Y”; allí concibe que la humanidad había comenzado a vivir una época caracterizada por el predominio de la conjunción “y”, en contraposición al predominio que tuvo la conjunción “o” durante el siglo XIX e inicios del XX. (Kandinsky, 1982).

formación de un mercado internacional (Gilpin, 1998); y aún otros más dan peso a la ruptura de la autonomía y soberanía estatal como base para la globalización (Held, 1987). Desde la cultura aparecen interpretaciones de naturaleza diversa que se resisten a aceptar la ‘mcdonalización’ del mundo y el poder homogeneizador de los medios de comunicación sobre la cultura (Barbero, 1998). Desde estas perspectivas críticas, se defiende más bien la ‘glocalización’ como proceso lleno de contradicciones (Robertson, 1992), el poder de la imaginación (Appadurai, 1999), las globalizaciones tangenciales (García Canclini, 2000), o la globalización de la riqueza y localización de la pobreza (Bauman, 1998). Por último, algunos autores establecen propuestas de naturaleza abarcativa, de difícil clasificación y que pueden ser de especial interés para abordar esta problemática; me refiero, por ejemplo, a Manuel Castells (1996, 1997, 1998), Antony Giddens (1991, 1994, 1996, 1998, 1999b), Octavio Ianni (1999), Alain Touraine (1993, 1994, 1997, 1998) o Ulrich Beck (1997, 1998a, 1998b).

¿Cómo emergió esta sociedad políticamente multidimensional, policéntrica y contingente? Como vemos, no existe un acuerdo al respecto. Sin embargo, Manuel Castells podría ayudarnos a organizar nuestras respuestas. Argumenta este autor que este nuevo mundo “se originó en la coincidencia histórica, en los últimos años de la década de los 60 y los mediados del 70, de tres procesos independientes: la revolución de la tecnología informática; la crisis económica tanto del capitalismo como del estatismo, y su subsecuente reestructuración; y la aparición de movimientos sociales culturales tales como el libertarismo, los derechos humanos, el feminismo y el ambientalismo. La interacción entre estos procesos, y las reacciones que estos gatillaron, dieron a luz una nueva estructura social dominante, la sociedad red; una nueva economía, la economía informacional/global; y una nueva cultura, la cultura de la realidad virtual” (Castells, 1998: 336).

La revolución de la tecnología informática indujo, según Castells, a la producción informatizada. Con ello, la generación de la riqueza, el ejercicio del poder y la creación de códigos culturales, pasaron a depender de la capacidad tecnológica de los individuos y sociedades. Este nuevo mundo tiene impactos profundos sobre la teoría y la práctica de la salud pública, la medicina social o salud colectiva y sobre la formación del salubrista. El análisis de todas las repercusiones de este complejo proceso de cambio constituye en sí mismo un trabajo inmenso. Por ello, en lo que sigue focalizaré nuestra atención hacia aquellos aspectos que podrían tener más relevancia para el tópico de la salud pública.

Las relaciones de producción

En este nuevo mundo del capital, la productividad y la competencia son los ejes fundamentales, de donde los recursos humanos tienen que mantenerse en constante cambio para cumplir con los requerimientos de innovación. Quien no puede hacer esto se transforma en un “terminal humano” (Castells, 1998: 340), que puede ser sustituido por una máquina con el consecuente incremento de desocupación y fragmentación del trabajo. Esto ocurre en un momento en el que, a la vez, se debilitan o desaparecen los espacios e instituciones solidarias y la protección ante el desempleo.

El ‘globalismo’ no sólo genera desocupación sino que también produce inmensos bolsones de exclusión social e indigencia que, como Castells afirma, constituyen verdaderos “agujeros negros” que son completamente innecesarios dentro de la red productivista y competitiva. Es posible hallar este “cuarto mundo” no sólo en los llamados países subdesarrollados, sino también al interior de las zonas no apetecidas por el capitalismo informatizado de los países del mundo desarrollado. Las estadísticas son espantosas: “el quintil más pobre del mundo ha reducido su participación en el presupuesto

mundial del 2,3 al 1,4% en los últimos diez años; el quintil más rico ha incrementado en cambio del 70 al 85% en el mismo tiempo. En los países del África sub-sahariana, veinte países tienen ingresos per cápita inferiores a los de hace dos décadas” (Giddens, 1999b: 8), mientras que en algunos países de América Latina el 10% más rico de la población recibe 84 veces los ingresos recibidos por el 10% más pobre (OPS/OMS, 1999). En el Ecuador, el 69% de la población fue catalogada como pobre en 1999 (UNICEF, 2000). Conjuntamente con esta problemática, en el capitalismo informatizado cada día aparecen nuevas redes de comercio criminal que cubren más áreas y poblaciones, por lo que es posible hablar de una globalización de la violencia, de la corrupción y del delito.

El llamado nuevo mundo, entonces, sin lugar a dudas está produciendo un incremento de la inequidad, una polarización de las poblaciones y una creciente exclusión social. Como parte de estas tendencias, actualmente se registra una reemergencia de enfermedades antiguas que se suman a otras nuevas. Por otro lado, uno de los aspectos más salientes de la época es la separación cada vez más abismal entre la lógica ‘globalista’ de la red de flujo del capital y la lógica del mundo cotidiano de los trabajadores y masas poblacionales, lo cual genera una nueva y compleja contradicción entre la red y la identidad (*net and self*), que está llevando a que los “excluidos construyan su mundo al margen de los excluyentes” (Castells, 1996: 3). Zygmunt Bauman, por su parte, advierte que los ricos, aquellos actores con más recursos y mayor poder en la escena política, no necesitan de los pobres ni siquiera para la salvación de sus almas. “Los pobres no son los hijos de Dios, con los que se practica la reparadora beneficencia, no son el ejército de reserva [...], no son consumidores [...], no tienen ninguna utilidad” (Bauman, 1998: 87-98). Lo nuevo de la era global es que se ha perdido el nexo entre pobreza y riqueza no solo en el tercer mundo. En Gran Bretaña, el reconocido país del empleo, tan sólo un tercio

de la población en edad de trabajar se encuentra plenamente empleada. La flexibilización del trabajo no ha hecho otra cosa que esconder la enfermedad del paro. En efecto, el ‘globalismo’ está dirigiendo la sociedad hacia un capitalismo sin trabajo y a la precarización del trabajo que sobra.

La naturaleza deformante de la producción bajo el ‘globalismo’ (o neoliberalismo como es más conocido) atenta contra la vida y contra el propio trabajo. El trabajo tiene dificultades para ubicarse como intermediario entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo, porque ahora se alinea contra la vida y, paradójicamente, contra el mismo trabajo. Este hecho es muy importante para la medicina social porque históricamente hemos basado nuestra reflexión a partir de la categoría trabajo, misma que ahora parece debilitar su capacidad para organizar nuestro pensamiento. Spinoza, Kant, Hegel y Marx posiblemente nos reclamen ante este acontecimiento, pero parece que no tenemos otro remedio que considerar primero la vida como punto de partida para nuestra reflexión.

En este punto también es importante abordar, con un poco más de detenimiento, los cambios que están ocurriendo en la educación. La educación está emigrando desde el espacio de la ideología hacia el ámbito de la producción, donde la aparición de las fábricas flexibles y adaptables a los mercados cambiantes (entre las que comienzan a ubicarse los servicios de salud), dan nacimiento a nuevos requerimientos profesionales. Robert Reich (1992) denomina “analista simbólico” al nuevo profesional, sintetizando las cuatro capacidades básicas que lo caracterizan: abstracción, pensamiento sistémico, experimentación y capacidad de trabajo en equipo.

Lo anterior nos situaría en un momento en que sería posible superar la dicotomía tradicional que siempre ha existido entre los ideales educativos modernos y las exigencias reales de la

producción, del trabajo industrial y del mercado (Tedesco, 1995). Este cambio debe ser muy bien registrado por todos los niveles de educación, porque este nuevo requerimiento obliga, por otro lado, a buscar un puente de unidad, ahora sí más real, entre la educación y el trabajo. Si bien esta unidad podría representar una apertura para los mundos de la educación y del trabajo, esta posibilidad se desvanece ante el interés ‘globalista’ en formar personal únicamente para producir más, estrategia contraria a la de José Martí y su dictamen de “ser cultos para ser libres”.

Los cambios ocurridos en el ámbito educacional generan retos importantes para la formación de recursos humanos en salud colectiva. Pero al mismo tiempo, al ser las necesidades educacionales introducidas en la lógica economicista, se producen la serie de problemas ya anotados: ruptura del contrato social, precarización, desocupación masiva, rutinización para las grandes masas, conflictividad laboral y complicaciones en la gestión del personal.

El Estado

En este contexto, el Estado entra en una profunda crisis: su autoridad y legitimidad son cuestionadas y se debilita su carácter soberano. El Estado encuentra dificultades en ser el representante de la nación, pasando a transformarse en un intermediador estratégico entre el capital globalizado, las instituciones internacionales y multilaterales y los poderes regionales y locales descentralizados (Hirst, Thompson, 1996). Al respecto, David Held afirma que “la capacidad de los Estados en un entorno internacional que se torna cada vez más complejo cercena estas dos cosas: la autonomía estatal (en algunos ámbitos de manera radical) y la soberanía estatal” (Held, 1998: 65).

Parecería entonces que el poder ha desaparecido, pero no es así. Con el debilitamiento del Estado,

el poder ha estallado y se ha afincado en la cultura, diluyendo o debilitando las formas organizativas anteriores (partidos políticos, gremios clasistas y expresiones ideológicas). Dentro de esta tendencia, el poder económico y tecnológico se ha concentrado en pocas manos. De la época en que el poder fluía desde las instituciones políticas, vamos pasando a un mundo donde el poder está en el propio flujo, el mismo que puede ser capitalizado, para bien o para mal, por líderes que entienden su movimiento y pueden, al mismo tiempo, interpretar la cultura de las masas.

El poder instrumental del Estado de la primera modernidad se ve minado por el ‘globalismo’ económico, la globalización de la comunicación y la globalización del crimen. También se halla debilitado por la fuerza de las organizaciones, eventos, comunidades y estructuras transnacionales (Rosenau, 1990: 17), por los requerimientos del multilateralismo ante el incremento de la tecnología de guerra (Castells, 1997: 262-266), así como por el fortalecimiento de los gobiernos locales y las identidades de diversa naturaleza. Es por estas razones que, desde diferentes ámbitos, se habla sobre la necesidad de una nueva teoría del Estado que posibilite la reconstitución de su autonomía y su soberanía. Al respecto Ulrich Beck, al igual que George Soros (1999) –hasta hace poco tiempo exégeta del ‘globalismo’–, consideran necesaria la inmediata implementación de medidas regulatorias internacionales que impidan la expoliación del Estado y la sociedad por parte de las empresas transnacionales.

A la luz de todos estos cambios, cabe preguntar: ¿dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud? Para el ‘globalismo’, el Estado debe retirarse del bienestar social porque éste pertenece al ámbito de lo privado (es decir, la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil). Desde esta perspectiva, el Estado solo debe hacerse cargo de lo

público, ahora interpretado como lo que tiene externalidades, y brindar servicios únicamente para los comprobadamente indigentes.

El neoliberalismo propone, entonces, remercantilizar los servicios de salud y fundamenta sus razones, como indica Cristina Laurell, en la “escasez de los recursos públicos, en la inequidad e ineficacia del sector público [...] y en el ataque a los grupos organizados de la sociedad, en especial a los sindicatos o a las corporaciones, con el argumento de que ejercen una presión ilegítima sobre los gobiernos para apropiarse de una parte desproporcionada de los fondos públicos y generar así la inequidad” (Laurell, 1997).

La disyuntiva sobre el Estado frente a la que nos sitúa la contemporaneidad, se puede formular mediante dos preguntas de distinto tipo que compiten entre sí. La primera se refiere a si el Estado nacional está ineludiblemente condenado a desaparecer, o a transformarse en un mero intermediario de las empresas transnacionales. Y la segunda pregunta interroga sobre las posibilidades de reconstruir el poder del Estado en una versión democrática. Desde esta otra perspectiva, Beck considera que la única forma de alcanzar una razonable globalización radica en crear “procesos en virtud de los cuales los Estados nacionales soberanos se entremezclen e imbriquen mediante actores transnacionales y sus respectivas probabilidades de poder, orientaciones, identidades y entramados varios” (Beck, 1998a: 29). Personalmente, considero que la reconfiguración democrática del Estado aparece como el cometido que, desde todos los planos, debe ser impulsado, para disminuir los estragos del ‘globalismo’ economicista neoliberal y encontrar alternativas más democráticas.

La globalización del riesgo

La manera en que nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma en que estamos procediendo en medio

del ‘globalismo’ genera grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales. Piénsese, por ejemplo, en la catástrofe de Chernobyl, en el hueco en la capa de ozono, en el calentamiento del globo terráqueo, etc.

Parecería que con el avance de la ciencia y la técnica, ahora vivimos la muerte de la naturaleza. Es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: “[...] muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que hemos hecho con ella” (Giddens, 1999b). El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí que en este momento vivamos lo que Beck denomina la “globalización de los efectos secundarios” o consecuencias no intencionadas (Beck, 1998b: 11-60)

Los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a la vida social e impactan las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente se registran grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer e importantes transformaciones en las relaciones de pareja que cuestionan al matrimonio y a la familia tradicionales. También se ven modificados los anteriores conceptos y prácticas alrededor del trabajo, de la economía, de la moral, del arte y de la comunicación. Tal cantidad de transformaciones obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes. A esto se suman los grandes avances de la genética que nos ofrecen grandes aportes para la vida humana, pero que de ser introducidos en una lógica ‘globalista’, presentarían riesgos insospechados.

Nuestra época no es más peligrosa ni más riesgosa que otras, pero actualmente vivimos en un mundo en el que por nuestra capacidad

de intervención científica y técnica, los riesgos que son en su mayor parte fabricados, pierden su delimitación espacio-temporal para convertirse en globales y permanentes. Por esta razón, es difícil establecer las causas específicas del riesgo como estuvimos acostumbrados a hacerlo en épocas anteriores. Sin embargo, se debe señalar que los riesgos fabricados generados en los países desarrollados son por lo general globales, mientras que los que se generan en los países del llamado tercer mundo son por lo general de carácter local.

La aparición del riesgo fabricado también obliga a la epidemiología, ciencia del riesgo, a considerar los cambios que debe llevar a cabo en su proyección filosófica y metodológica.

La re-globalización de la razón instrumental

“Mientras el pensamiento de la posmodernidad afirma y reafirma la disolución de la totalidad, del gran relato, de la interpretación amplia e histórica, la razón instrumental penetra hondo en todos los rincones de la sociedad” nos dice Octavio Ianni (1999: 124). En efecto, el pensamiento posmoderno abrió una interesante crítica a la razón instrumental y su incapacidad para comprender lo diverso, lo temporal, lo complejo.

Sin embargo, cuando se creía que el pensamiento había entrado en la liberadora posmodernidad, la causa del dinero se corona como nueva teleología y el relato neoliberal se presenta como la supuesta “verdad” que gobierna todas las particularidades. La ganancia se transforma en medio y fin, y la racionalidad instrumental economicista pasa a ser el parámetro de evaluación de la vida material y espiritual.

Pero, al mismo tiempo, la ciencia ha rescatado o elaborado lógicas y racionalidades diversas a

la instrumental economicista. Así, por ejemplo, la ecología y la biología teórica plantean que la vida natural tiene regularidades (tales como su capacidad autopoyética, la relación en redes autodependientes, la característica sistémica abierta desde el punto de vista material y energético pero cerrada hacia la información, y la emergencia de nuevas características de acuerdo al nivel de complejidad organizativa) (Capra, 1996). Tales regularidades han tornado factible la globalización de la vida natural desde hace millones de años, manteniendo la unidad en la diversidad infinita de sus innumerables géneros, especies, individuos, y organismos.

Por otro lado, en el campo de las ciencias humanas también se han desarrollado modelos de racionalidad alternativos a la racionalidad instrumental. Aquí se puede pensar en la posibilidad de construir la unidad a partir de acuerdos intersubjetivos y por la acción comunicativa, como preconiza Jürgen Habermas (1992); o a través de la acción que posibilita la construcción de la estructura mientras que recíprocamente la acción es constituida estructuralmente, como propone Anthony Giddens (1993); o también a través de la unión de sujeto y razón a la que se refiere Alain Touraine (1993). En otras palabras, las ciencias sociales reconocen que es posible alcanzar la unidad en la diversidad en la medida en que se parta desde la interpretación o comprensión de lo diverso, lo subjetivo, lo cultural y se establezcan acuerdos, pactos, contratos a través de una acción ética y política siempre revisable. Ante estas perspectivas, la propuesta ‘globalista’ neoliberal no constituye sino una receta ideológica sin gran sustento teórico, que compite con otros paradigmas más sólidos.

El poder de la identidad

Desde la óptica de la ideología dominante, parecería que estamos viviendo en un mundo

hecho exclusivamente de “mercados, redes de individuos y organizaciones estratégicas, aparentemente gobernados por patrones de ‘expectativas racionales’, excepto cuando estos ‘individuos racionales’ inesperadamente disparan a su vecino, violan una niña o lanzan gases tóxicos en una estación de metro” (Castells, M. 1997). A este margen de las “expectativas racionales” se refiere Saúl Franco en su libro sobre la violencia en Colombia: “Merece destacarse el hecho de una especie de autogeneración de la violencia, de una inercia muy fuerte que hace que cada vez sea de esperarse más y más violencia. La banalización y cotidianidad de la violencia, el acostumbramiento de los actores a matar y del conjunto de la de la sociedad a ver matar” (Franco, 1999: 195).

Viviríamos entonces en medio de la oscilación entre dos extremos: una sociedad totalmente organizada por obra y gracia de la racionalidad instrumental y la informática (el “mundo feliz” de Aldous Huxley), y en el otro extremo los claros signos de un total desenfreno y pérdida de humanidad. Pero también es posible encontrar otras expresiones de identidad que se han formado a través de la resistencia y que actualmente pasan a conformar identidades proyectivas que intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad. Piénsese, por ejemplo, en los movimientos feministas de resistencia que hoy se proyectan como movimientos genéricos que proponen formas generales de vida más humanas, luchando por que las diferencias de género no se transformen en inequidades. Este tipo de movimientos proponen políticas de carácter personal, en las que se borran las diferencias entre lo privado y lo público. También se puede pensar en este punto en los movimientos nacionalistas que caminan hacia la construcción de instituciones políticas y nuevas formas de soberanía. Los movimientos étnicos, por su parte, habiendo nacido desde la resistencia a la opresión, han convocado a otras

identidades también dominadas. Tampoco se puede olvidar a los medio-ambientalistas que se engarzan en luchas ecológicas más amplias y plantean la integración de la humanidad con la naturaleza, o a los movimientos religiosos que buscan la realización individual en el absoluto, pero también intentan ver al otro y comprender sus aspiraciones. Por último, aquí vienen a colación también los nuevos movimientos obreros que hacen propuestas organizativas y políticas más autónomas.

Los nuevos movimientos sociales, en su conjunto, buscan construir sujetos que puedan integrar su yo con todo su recuerdo cultural, pero que también puedan ver al otro, construyendo un nosotros y luchar contra la opresión (Touraine, 1993, 1994). Estos movimientos plantean integrar lo subjetivo con lo racional, y unir la cultura y la ciencia para la vida, rechazando el dominio de la vida por la ciencia y la técnica. Desde estas posiciones alternativas, se opone a la cultura dominante de la realidad virtual recuerdos y experiencias propias; se define y defiende el espacio local contra la lógica de la ausencia de espacio que caracteriza a esta época; y se usa la información tecnológica para la comunicación horizontal, mientras se niega el desarrollo de una nueva idolatría alrededor de la tecnología.

El ‘globalismo’ excluye todo aquello que no pueda participar en su lógica y movimiento. Por esto la red financiera internacional excluye, con creciente fuerza, a la vida humana cuando ésta no puede o no quiere apoyar la productividad y la innovación. Volvemos a vivir aquello experimentado al inicio de la revolución industrial, cuando el maquinismo se transformó en un sediento consumidor de sangre de obreros, madres, viejos y niños. En ese tiempo el movimiento obrero logró aminorar el impacto avasallador del capital y planteó sus reivindicaciones. Estas luchas también resonaron en el campo de la salud, y fue entonces que se

organizó la medicina social, aspecto que Juan César García ha investigado en su último libro.²

Parecería que, de manera análoga a lo sucedido a mediados del siglo XIX, actualmente hablan y gritan con más fuerza las “tribus” excluidas que intentan transformarse en sujetos sociales, en públicos organizados o en movimientos sociales. “Tribus” que en un comienzo se oponen y resisten a la agresiva exclusión por parte de la red, que más tarde construyen su identidad al margen de esa red excluyente y que, por último (muchas de ellas) proponen y convocan a buscar salidas más solidarias. Estas alternativas sociales siempre parten de sentires diversos, se articulan en lenguajes distintos y se mueven con racionalidades diferentes, pero todos esos sentires, lenguajes, racionalidades y acciones surgen de experiencias inmediatas vulneradas, de mundos comunales amenazados, de vidas diarias conflictuadas y de identidades desgarradas.

El ‘globalismo’ engendra sus propios retos y opositores en la forma de identidades de resistencia o proyectivas. De esta manera, se forja un nuevo tipo de poder que ya no se halla localizado en los viejos receptáculos representados por el Estado y las instituciones tradicionales, sino que se halla en las propias redes de relaciones que conforman los movimientos sociales a través de las que se expresan las identidades. Así, el poder ya no fluye de contenedores sino que el poder se halla en el flujo. Pero el flujo que al mismo tiempo es poder radica en la propia

vida de las poblaciones y en sus imaginarios. Las identidades (que por lo general tejen relaciones entre la naturaleza, historia, geografía y cultura) producen procesos duraderos aunque silenciosos, batallas que en muchas ocasiones no se sellan con éxitos sino con mayores y más amplias dosis de vida. Me parece que desde la medicina social se abre, con estos nuevos movimientos sociales, un reto muy interesante.

Globalización y salud colectiva

Nuestra época reclama de la salud colectiva un pensamiento lo suficientemente amplio para interpretar y explicar la situación actual de la salud y de los servicios. Este desafío apunta a apoyar el avance de las condiciones de vida y salud (cada vez más deterioradas) de las mayorías poblacionales, y a promover las expresiones individuales y colectivas progresistas que impulsen la salud y apoyen la construcción de un Estado democrático coherente con estas necesidades y derechos. Dicho sea de paso, este tipo de Estado, a su vez, debe ser capaz de tejer redes de cooperación internacional.

Por lo general, cuando las prácticas se complican y el panorama social se vuelve caótico, tratamos de encontrar en nuestras teorías y en los cánones disciplinarios de la salud pública la tabla de salvación, o al menos la tabla de “surfing” para poder movernos en las olas del cambio. Pero esta opción no es tan aconsejable ya que las

2 “1848 es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge casi simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; y Francesco Puccionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En la búsqueda de respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico. El Dr. Guérin estampa el término medicina social en una revista médica editada en París que tiene una duración de pocos meses. En Berlín, el Dr. Virchow introduce el término en otra revista cuya duración también será breve. En ambos casos, el contenido de las revistas tenían un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848. El concepto, a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con “los problemas sociales” y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de medicina social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Así, la medicina social aparece como una concepción “moderna” adecuada a las nuevas formas productivas que se estaban desarrollando en Europa” (García, 1994: 185).

bases filosóficas y teóricas que han sustentado el deambular de nuestra disciplina durante el siglo XX posiblemente no tienen la fortaleza para soportar el embate actual del ‘globalismo’.

El pensamiento de la salud pública en América Latina

La versión de la salud pública que ha guiado el pensamiento y acción en América Latina durante el siglo XX (Granda, 1999) se ha sustentado en un trípodé constituido por:

1. El presupuesto teórico-filosófico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la comprensión de la salud.
2. El método positivista como base explicativa de la “verdad” sobre el riesgo.
3. La aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención.

El salubrista, entonces, se constituyó en un agente del Estado y de la ciencia. Asimismo, el salubrista se concebía como un interventor técnico-normativo quien, a través de su accionar, lograba efectivizar en las instituciones de atención médica y en la población el propio poder del Estado, y ejecutar la “verdad” de la ideología científico-tecnológica positivista con el fin de prevenir los riesgos de enfermar de la población a su cargo. Desde este modelo, la población atendida por el salubrista se transformaba en un objeto que no sólo recibía la intervención “civilizatoria” de la ciencia y la técnica, sino que además tenía que aprender a olvidar su cultura particular, siempre riesgosa por no responder al universalismo de la razón.

El accionar del salubrista se fundamentaba, de esta manera, en el mito de que la ciencia positiva, presuponiéndose que la técnica y el Estado solucionarán todos los problemas de salud. Es por esto que la salud pública fue bastante consistente durante el siglo anterior. Pero en este momento de globalización es

necesario reconocer que el trípodé sobre el que nos sustentamos y que nos permitió cosechar algunos éxitos (en el control de enfermedades tropicales, en la erradicación de la viruela y poliomielitis, en el avance en la explicación de muchos trastornos crónico-degenerativos, etc.) debe ser repensado. Parece ser que hemos llegado al convencimiento de que no es posible lograr la salud únicamente por la disminución de la enfermedad. Por otra parte, la aproximación positivista que excluye al sujeto como generador de su propio conocimiento y acción también ha sido grandemente criticada. Y por último, el Estado, supuesto “mago y exorcista sobre el riesgo y la enfermedad públicas”, ha debilitado grandemente su autonomía y soberanía, transformándose en intermediador de intereses distintos y por lo general contrapuestos.

Explicemos estos hechos con un poco más de detenimiento. El Estado-nación, contenedor del quehacer en salud pública y principal impulsor de la misma, atraviesa por un debilitamiento de su autonomía y soberanía transformándose en un intermediario sin gran poder para definir y defender las políticas sociales en el campo de la salud colectiva. Al mismo tiempo, nuevos poderes han aparecido representados por identidades defensivas y proyectivas, que defienden aspectos íntimamente ligados con su mundo de la vida y proyectan su accionar político hacia otros actores y ámbitos de la sociedad. En esa medida, desde la medicina social debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas y el propio desarrollo de nuestra disciplina, radica en la necesidad de transformarnos en *intérpretes-mediadores* de las nuevas fuerzas que surgen en medio de la globalización en curso.

En esa medida debemos cambiar las formas de ver, interpretar y actuar. La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y ciencia

positiva. A diferencia de esta perspectiva, ahora requerimos mirar cómo los sujetos individuales y colectivos producen su salud en el diario vivir. Asimismo, es fundamental que comprendamos los lenguajes de la vida natural y en este campo tanto la ecología como la biología han avanzado notoriamente en la comprensión de la vida como autopoiesis, relación en redes autodependientes, sistemas complejos, etc. Estos avances, en alguna medida, se han ido integrando a la medicina social, y nos pueden brindar nuevos elementos para una mejor comprensión del complejo mundo de la vida natural (Almeida, Silva, 1999).

Pero además, es fundamental que también cambiemos nuestras formas de interpretar la vida social. Al respecto, las ciencias sociales, como hemos dicho anteriormente, han avanzado notoriamente y plantean la necesidad de llevar a cabo una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica directa frente a la población defiende el carácter siempre calificado que detenta todo ciudadano o ciudadana para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder, a través de todo lo cual genera metáforas propias sobre su salud y enfermedad. Pero además, las nuevas ciencias sociales defienden la necesidad de una segunda hermenéutica con miras a enriquecer, con el aporte de la ciencia y la técnica, las formas de vida cotidianas de los grupos sociales.

A partir de esta transformación de nuestra mirada interpretativa, nuestra acción también se transformaría. Así, lograríamos una mayor imbricación de la salud con la propia vida poblacional. En esta línea, es necesario desarrollar nuevos instrumentos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos para llevar a cabo la tarea de interpretación y traducción de las necesidades poblacionales en acciones desarrolladas por la propia población (pero enriquecidas con los insumos de la ciencia y la técnica) y por las instituciones existentes. De

este modo se robustecería la lucha solidaria por la defensa de la salud y por la protección de la vida de la naturaleza, de la sociedad y de sus instituciones. En este momento de 'globalismo' es fundamental para la medicina social impulsar la lucha por la salud sustentada en sólidos principios éticos, los mismos que deben estar dirigidos a defender la salud poblacional, la dinámica ecológica y las diversidades sustentadas por las distintas identidades y sus instituciones sociales.

Desde esta perspectiva, el trípode que constituyó la base de la salud pública tradicional deberá transformarse para dar paso a uno diferente fundamentado en:

1. El presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
2. Un método que integre diversas metáforas y realice hermenéuticas variadas (incluida la científica positivista), con un importante peso de las metáforas del "poder de la vida".
3. Un accionar que integre diversos poderes y actores: el poder del individuo, de los públicos o movimientos sociales, y de instancia locales que promuevan la salud, controlen socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entren en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales.

En general, este nuevo trípode rescata los aspectos positivos alcanzados por la salud pública previa. Pero critica su peculiar enamoramiento con la enfermedad y la muerte y su proyección interventora técnico-normativa. Como alternativa, el nuevo modelo de salud pública que esbozo, establece un énfasis notorio en dos aspectos: el poder de la vida, aspecto que ya fue realzado por Saúl Franco (1994); y lo ético en la política con miras a generar conocimientos y acciones de defensa de la salud, de la vida y la democracia, bajo el convencimiento de que lo

ético viabiliza al ser humano. Con respecto al último punto, en términos de Bolívar Echeverría, se apuntaría a que el ser humano pueda “vivir él mismo su propio drama y no como ahora un drama ajeno que lo sacrifica día a día y lo encamina, sin que él pueda intervenir para nada, a su destrucción” (Echeverría, 1998).

La salud pública tradicional priorizó la razón instrumental y la norma estatal para alcanzar la salud colectiva. Pero ahora requiere visualizar en primer término la vida, la ética y la política como fines y medios capaces de movilizar voluntades, culturas y conocimientos dirigidos hacia el logro de la salud y la equidad. La salud pública confió en que la población alcanzaría la salud a través de la sustitución de su cultura por el mensaje civilizatorio de la ciencia positiva. En lugar de ello, la medicina social, sin dejar de reconocer el valor de la ciencia positiva, parte del supuesto de que “vivir es conocer y conocer es vivir” (Maturana, Varela, 1993). Esta postura ubicaría a nuestra multidisciplinaria en la capacidad de producir conocimientos más pertinentes, siempre y cuando tenga la capacidad de interpretar las formas de vida diversas de las distintas identidades étnicas, genéricas, territoriales, etc., sin renunciar a criticar y enriquecer sus verdades preteóricas, o bien, sus pretensiones de validez, de verdad, rectitud y veracidad (Habermas, 1992), sus acuerdos intersubjetivos y sus acciones relacionadas con la salud. Al respecto, en los productos elaborados por el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, dentro del proyecto Salud Pública en las Américas (OPS/OMS, 1999b), se rescatan como prácticas fundamentales la cultura por la vida y la salud y la construcción de entornos saludables, lo cual ratificaría este empeño por el cambio.

El siglo anterior encomendó al salubrista administrar las instituciones y recursos públicos estatales dirigidos a la salud. En contraste, hoy la medicina social requiere no solo administrar las instituciones y recursos, sino comprometerse ética y políticamente con los diversos actores

democráticos de la sociedad y del Estado, en la defensa de esas instancias, en la reforma de las mismas y en la ampliación y diversificación de las acciones y responsabilidades sociales y económicas de la salud (Granda, 1997).

En efecto, en esta época de ‘globalismo’, la participación crítica de la medicina social en las reformas sectoriales es fundamental. Tales reformas han pasado a constituir el espacio de debate y acción de las distintas fuerzas que pugnan por controlar los flujos de poder económico, político y técnico que se mueven a través de la estructura instalada de nuestros servicios de salud. Al respecto, los análisis realizados sobre los resultados alcanzados por las reformas sectoriales en los distintos países de América Latina son diversos y sería muy largo explicitar los detalles. Pero sí es conveniente expresar que el afán economicista no ha dejado de estar presente y ha conducido, en algunos casos, a la implementación de reformas “contra la salud y la seguridad social” (Laurell, 1997). Este tipo de reformas, afines al neoliberalismo, conducen a una creciente exclusión y a una pronunciada estratificación en el acceso a los servicios y beneficios sociales, a una pérdida de derechos, a una disminución de la protección económica en la tercera edad, a la destrucción o debilitamiento de las instituciones públicas, y al incremento de beneficios para los grupos financieros privados.

Juan Arroyo, alzando una voz de alerta frente a la “reforma silenciosa” que se lleva a cabo en el Perú, nos advierte que “las micro-reformas sin un proyecto holístico [...] producen, a la vez, micro-eficiencia e inequidad sistémica, pues la debilidad de un planteamiento sistémico de reforma, empuja a los establecimientos a una planificación hacia adentro” (Arroyo, 2000: 23-24). Por su parte, Jairo Restrepo (1999) realiza los elementos positivos de la reforma colombiana. Pero en un estudio de caso en el departamento de Antioquia, el autor advierte, entre otros aspectos, el estancamiento del aseguramiento, la persistencia de desigualdades, el descuido de las

labores de promoción, prevención y vigilancia, y el aumento de costos (Restrepo, 1998). En el contexto brasileiro, Silva Paim ha expresado su preocupación por el desmonte del Ministerio de Salud, responsable de la gestión nacional de los sistemas de salud (Silva, 2000).

Los ejemplos anteriores nos llevan a considerar que ante el proceso de reforma y sus resultados concretos, es fundamental que partamos desde una ética de principios y de equidad para juzgar sus resultados. Esta “ética dura”, como la califica Volnei Garrafa, defiende “como moralmente justificable, entre otros aspectos: la priorización de políticas y tomas de decisión que privilegien el mayor número posible de personas, incluso en perjuicio de ciertas situaciones individuales, con excepciones a ser discutidas [...] Así, esta nueva propuesta exige una alianza [...] con el lado históricamente más frágil de la sociedad” (Garrafa, 2000: 1-2). En otras palabras, se requiere de una ética política que nos permita llegar a acuerdos responsables entre Estados democráticos y aquellas naciones y movimientos progresistas en lucha contra el capital transnacionalizado. Por otro lado, la propuesta ética debe permear todos los campos de la acción y del conocimiento incluido

el campo económico; como lo recomienda Amartya Sen: “[...] la economía, tal y como ha evolucionado, puede hacerse más productiva prestando una atención mayor y más explícita a las consideraciones éticas que conforman el comportamiento y el juicio humano” (Sen, 1989: 27).

Esta proyección vital y ética del quehacer político de la medicina social, entraña cambios en los ámbitos de la formación de sus recursos humanos, en la investigación y la tecnología, y demanda de nuestra parte especial cuidado y atención hacia aquellos espacios donde la globalización está causando más impacto. Por ejemplo, el cuidado y defensa de la naturaleza, la salud de los trabajadores, la salud y las transformaciones de la vida individual y familiar, y los vínculos entre la salud y el género, y la salud y la diversidad étnica. La actual medicina social latinoamericana se forja en un momento en el que el nuevo mundo, del cual hemos hablado, también se conforma y nos desafía a crear nuevas ideas y acciones, y a generar nuevas metáforas seductoras de salud y vida, que nos permitan ser locales y nacionales, pero también apoyar la creación de poderes y políticas que posibiliten una ‘glocalización’ más humana.

Bibliografía:

- Almeida, Naomar y Jairnilson Silva 1999 “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica” en *Cuadernos Médicos Sociales* (Rosario) No.75.
- Arroyo, Juan 2000 *Salud: La reforma silenciosa* (Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia).
- Appadurai, Arjun 1999 “Disjuncture and Difference in the Global Culture Economy” en Simon Durind (editor) 1999 (1993) *The cultural studies reader* (New York: Routledge).
- Barbero, Jesús Martín 1998 *De los medios a las mediaciones* (Quinta edición). (Bogotá: Convenio Andrés Bello).
- Bauman, Zygmunt 1998 citado en Beck, Ulrich 1998 *¿Qué es la globalización?* (Barcelona: Editorial Paidós).
- Beck, Ulrich 1997 *The Reinvention of Politics* (Cambridge: Blackwell).
- Beck, Ulrich 1998a *¿Qué es la globalización?* (Barcelona: Editorial Paidós).
- Beck, Ulrich 1998b *La sociedad del riesgo* (Buenos Aires: Paidós).
- Capra, Fritjof 1996 *La trama de la vida* (Barcelona: Anagrama).
- Castells, Manuel 1996 *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume I, The Rise of the Network Society* (Oxford: Blackwell).
- Castells, Manuel 1997 *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume II, The Power of Identity* (Oxford: Blackwell).
- Castells Manuel 1998 *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume III, End of Millenium* (Oxford: Blackwell).
- Echeverría, Bolívar 1998 *Valor de uso y utopía* (México: Siglo XXI).
- Franco, Saúl 1994. Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Economía en Salud, Guadalajara, 1994.
- Franco, Saúl 1999 *El quinto mandamiento: no matar* (Bogotá: Tercer Mundo).
- García, Juan César 1994 *Pensamiento social en salud en América Latina* (Washington: OPS/OMS).
- García-Canclini, Nestor 2000 *La globalización imaginada* (Buenos Aires: Paidós).
- Garrafa, Volnei 2000 “Bioética fuerte. Una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales”. Ponencia presentada al Congreso de Bioética, Panamá, mayo del 2000.
- Giddens, Anthony 1986 *The Constitution of Society* (Berkeley: University of California Press).
- Giddens, Anthony 1991 *Modernity and Self Identity* (Stanford: Stanford University Press).
- Giddens, Anthony 1993 *New Rules of Sociological Method (second edition)* (Stanford: Stanford University Press).
- Giddens, Anthony 1994 *Consecuencias de la modernidad* (Madrid: Alianza Editorial).
- Giddens, Anthony 1996 *Más allá de la izquierda y la derecha: El futuro de las políticas radicales* (Madrid: Ediciones Cátedra).
- Giddens, Anthony 1998 *La transformación de la intimidad* (Madrid: Cátedra).
- Giddens, Antony 1999a “Risk” en Hong Kong. *Reith Lectures* <http://news.bbc.co>
- Giddens, Anthony 1999b “Globalization” en London. *Reith Lectures* <http://news.bbc.co>
- Gilpin, Robert 1998 *The Political Economy of International Relations* citado en Beck, Ulrich 1998 *¿Qué es la globalización?* (Barcelona: Editorial Paidós).
- Granda, Edmundo 1997 “Sujeto, ética y salud” en *Salud pública: reflexiones y experiencias* 1997 (Medellín: Universidad de Antioquia).
- Granda, Edmundo 1999 “Salud pública e identidad” en *Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de Áreas de Salud* (Quito) No.4.
- Habermas, Jürgen 1992 (1981) *Teoría de la acción comunicativa* (Madrid: Taurus).
- Held, David 1998 *Cosmopolitan Democracy* citado en Beck, Ulrich 1998 *¿Qué es la globalización?* (Barcelona: Editorial Paidós).
- Hirst, Paul y Grahame Thompson 1996 *Globalization in Question: the International Economy and the Possibilities of Governance* (Oxford: Blackwell).
- Ianni, Octavio 1999 *La sociedad global* (segunda edición) (México: Siglo XXI).
- Kandinsky, Vassili 1982 *And, Some Remarks on Synthetic Art* (Boston: Lindsay and Vergo).
- Laurelli, Cristina 1997 *La reforma contra la salud y la seguridad social* (México: Era).
- Maturana, Humberto y Francisco Varela 1993 *El árbol del conocimiento* (novena edición) (Santiago de Chile: Editorial Universitaria).

- Morin, Edgar 1994 "La noción de sujeto" en Schnitman, Dora Fried (compiladora) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (Buenos Aires: Paidós).
- Morin, Edgar 1997 *El método: La vida de la vida* (tercera edición) (Madrid: Ediciones Cátedra).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1999 *Disparidades de salud en América Latina y El Caribe* (Washington DC: OPS/OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1999b *Salud pública en las Américas* (Washington DC: OPS/OMS).
- Reich, Robert 1992 *The Work of Nations* (New York: First Vintage Books).
- Restrepo, Jairo 1998 "Monitoreo local de la reforma del sector salud" en *Coyuntura Social* (Medellín) No.12.
- Restrepo, Jairo 1999 "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?" en *La seguridad social. Reforma y retos* 1999 (México: Instituto de Investigaciones Económicas UNAM).
- Robertson, Roland 1992 *Globalization: Social Theory and Global Culture* (Londres: Sage Books).
- Rosenau, James 1990 *Turbulence in World Politics* (Brighton: Harvester).
- Sen, Amartya 1989 *Sobre ética y economía* (Madrid: Alianza Editorial).
- Silva Paim, Jairnilson 2000 "Transicao Paradigmática e Desenvolvimento Curricular em Saúde Pública". Ponencia presentada en la XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAES), La Habana, 2-4 de julio de 2000.
- Soros, George 1999 *La crisis del capitalismo global* (Buenos Aires: Editorial Sudamericana).
- Tedesco, Juan Carlos 1995 *El nuevo pacto educativo* (Madrid: Grupo Anaya S. A.).
- Touraine, Alain 1993 *Crítica a la modernidad* (Madrid: Ediciones Temas de Hoy).
- Touraine, Alain 1994 *¿Qué es la democracia?* (Madrid: Atenea).
- Touraine, Alain 1997 *Igualdad y diversidad* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Touraine, Alain 1998 *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: el destino del hombre en la aldea global* (México: Fondo de Cultura Económica).
- UNICEF 2000 "Reforma con rostro humano en tiempos de crisis". Ponencia de Yorico Yasukawa, Representante de UNICEF en Ecuador, ante el taller seminario sobre "Rectoría del Estado en Salud". Quito, Mayo del 2000.
- Wallerstein, Immanuel 1988 *One World, Many Worlds* (New York: Lynne Rienner).
- Wallerstein, Immanuel 1991 *The politics of the world economy* (New York: Cambridge University Press).

Apuntes sobre bioética en América Latina

Fernando Lolas Stepke*

El Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe

El 13 de enero de 1994 se firmó un acuerdo tripartito entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el gobierno de Chile y la Universidad de Chile, que estableció en la ciudad de Santiago el Programa Regional de Bioética. Esta institución estaba destinada a unificar los esfuerzos dispersos realizados en América Latina y el Caribe, a promover la investigación y la enseñanza, y a colaborar con las instituciones públicas y privadas en el cultivo y difusión de la bioética. Su consolidación institucional culminaba un proceso de varios años de duración, en el que la Universidad de Chile jugó un papel protagónico.

En el año señalado, la bioética constituía un campo de estudio emergente que recogía tradiciones ajenas al contexto latinoamericano en respuesta a desafíos inéditos planteados por la evolución de las ciencias y las tecnologías. Aunque el neologismo había sido acuñado para designar una reflexión ética global, destacando la íntima ligazón de la especie humana con la biósfera y la preocupación por su supervivencia, la forma de concebir a la bioética que se convirtió en habitual fue la relacionada con la salud humana, las tecnologías de intervención sobre la vida y la muerte, el patrimonio genético y la responsabilidad social de científicos y médicos. El cometido señalado por el director de la OPS/OMS como responsabilidad para los directores del Programa Regional destacaba su

misión de servicio y su concentración en las temáticas propias de la realidad regional. Entre éstas, se priorizaron los problemas planteados por la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y la protección de la dignidad de las personas en consonancia con sus entornos culturales y valóricos. Con el tiempo, la labor técnica del programa se concentró en asesorar a los Ministerios de Salud y a las instituciones académicas en el desarrollo de sus planes específicos. La escasa dotación de personal y un presupuesto limitado obligaron a trabajar en estrechas asociaciones estratégicas con varios interlocutores. Aunque el nombre del Programa fue cambiado, eliminándose la connotación “para América Latina y el Caribe” y luego reemplazándose su designación por la de Unidad de Bioética, su tarea ha estado siempre ligada a los desafíos del continente, y su acción, aunque ha considerado el escenario mundial, ha estado centrada en las necesidades de las poblaciones latinoamericanas y caribeñas.

El Programa Regional ha participado directa o indirectamente en iniciativas bioéticas en la mayoría de los países de la región. También ha estimulado la creación de programas de postgrado en más de seis universidades latinoamericanas y ha contribuido directamente a su implementación académica. Ha desarrollado talleres de didáctica y creado redes de personas e instituciones interesadas en el cultivo de las dimensiones éticas de la investigación y la práctica clínicas. Con la creación del Programa Regional de Bioética, la OPS/OMS ampliaba el

* Profesor titular de psiquiatría, Universidad de Chile. Coordinador, Unidad de Bioética – Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Chile

ámbito de su colaboración hacia la reflexión y la fundamentación racional de los principios que guían el trabajo en salud.

Antes de la creación del Programa Regional existía preocupación por muchos de los temas que luego serían acogidos bajo el epígrafe “bioética”. En algunos países había un desarrollo importante de la ética profesional. En otros, había llegado ya la influencia de las humanidades al quehacer clínico de modo sistemático. La década de los ochenta sin duda vió florecer el campo de la bioética en el continente, especialmente porque el neologismo venía a simbolizar una forma de tratar temas viejos impregnada del hábito de tecnicismo y practicidad derivado de la preponderancia de Estados Unidos. Mucho de lo que se presentó como bioética al comienzo fue lo mismo de siempre, sólo que revestido de este ropaje cosmético y de esta designación algo ambigua que hacía sospechar horizontes de ilimitada amplitud.

El clima intelectual latinoamericano: *room for improvement*

En otros estudios he bosquejado algunos rasgos generales del clima intelectual latinoamericano en relación a temas emergentes (Lolas, 2003a, 2003b). Una cierta tendencia irresponsable a las afirmaciones sin sustento y un rasgo inextirpable de guruísmo mesiánico parecen impregnar la mentalidad del continente. Afortunadamente, hay una intelectualidad seria y sobria que sirve de contrapeso. En la bioética esto se ha traducido en que, dentro de cada país, mientras algunos se arrojan el carácter de pioneros de palabra irrefutable, otros han trabajado honesta y diligentemente, y aún otros han salido a buscar nexos y lazos con tradiciones más maduras. Existe, como siempre en las iniciativas latinoamericanas, un grupo de indigenistas y otro, menos vocal pero también interesante, de defensores de una “marginalidad tercermundista” que dicen conocer y apreciar, y en nombre de

la cual reniegan del trabajo académico europeo o estadounidense, atribuyéndoles gérmenes de irreversible alienación.

Estas consideraciones, asaz ociosas y para más de alguien irrelevantes, no serían necesarias de no comprobarse que, efectivamente, la inserción internacional de nuestros académicos y profesionales no se logrará adecuadamente en la edad de la globalización si antes no se superan estos resabios de tozudo alternativismo. El diálogo intercultural e interdisciplinar pertenece a la esencia misma de la empresa bioética. Un malentendido latinoamericanismo no debiera enturbiar el trabajo serio, responsable y productivo que realizan muchos grupos y personas. Ya la sola mención de este problema que consiste en creerse colonizados y en ese mismo acto convertirse en tales, indica cuánto ha de trabajarse para mejorar el clima intelectual (Lolas, 1985).

Tras numerosos viajes destinados a conocer la realidad bioética del continente y después de infinidad de conversaciones y conferencias, podría afirmar que se configura lenta pero seguramente una suerte de “núcleo de competencias bioéticas” a las cuales debiéramos recurrir. Por ejemplo, la disposición a dialogar, tema de nuestras observaciones previas, se instala con dificultad en nuestros ambientes institucionales, pero progresa. La facilitación de los grupos para identificar y rotular problemas, que teóricamente debiera conducir a configurar comités de bioética funcionantes y eficaces, es otra competencia de difícil pero progresiva adquisición. La capacidad de negociar, en el buen sentido del término y no como renuncia a las propias convicciones, si bien más difícil de lograr, tiene ya un lugar en la geografía anímica de nuestros grupos intelectuales. Finalmente, la responsabilidad de opinar con conocimiento de causa y tras haber conocido aquello de lo que se trata, es un factor anexo a los cursos y seminarios bioéticos, en los cuales los procesos sociales son tan importantes como los contenidos. Éstos,

entre muchos otros, son esos buenos hábitos basados en la buena voluntad (la *der gute Wille* de Immanuel Kant), sin los cuales es impensable una “eticidad social”, aquella “bioética relacional” que posibilita los procesos más diferenciados y exactos del trabajo específico.

A las competencias bioéticas, siempre radicadas en individuos, deben agregarse algunos aspectos concretos en los cuales se manifiesta la evolución de la disciplina. Cabe repetir aquí que la bioética puede ser considerada en la triple perspectiva de *proceso social* (generalmente emotivo), *procedimiento técnico* y *producto académico*, perspectivas que pueden asimilarse laxamente a las etapas formativas del discurso bioético en las sociedades (Lolas, 2002). Así, a una primera etapa de contacto más bien superficial y emocional, suele seguir una de reflexión y asimilación, para finalmente entrar a una fase de consolidación. En ésta última etapa, el discurso bioético ingresa al elenco de los saberes establecidos en la educación superior, se generan procesos de formación de especialistas, se fundan institutos, se editan revistas y se promueven estándares de calificación y certificación. Ya como producto académico, la bioética pasa al estado de lo que en inglés se conoce como *commodity*, esto es, servicio transable y valorable que da prestigio y ascendiente.

“Productos” de la bioética: agrupaciones, instituciones, publicaciones

En el plano de los productos, que suelen basarse en procesos consolidados, debieran buscarse los indicadores de evolución de la bioética latinoamericana. Pero estos indicadores son de difícil registro, toda vez que algunos productos ven la luz por breve tiempo y luego desaparecen. Muchas revistas y boletines se encuentran en este caso. El número de cursos y seminarios ha crecido de modo indudable en los últimos años, así como los congresos, foros,

jornadas y encuentros (a menudo rotulados de “primeros” o “primeras”), de asociaciones, grupos, agrupaciones y capillas. De todo eso podría hacerse una estadística, que en buena medida se colige de los informes que el Programa Regional prepara y mantiene en sus archivos. Todo ello, no obstante, no indica vitalidad sino sólo actividad. Cuando este tipo de iniciativas se hacen periódicas, reproducibles y fértiles, producen consecuencias positivas; pero cuando son esporádicas y sólo alimentan vanidades, en general no sirven para la consolidación de la causa bioética. Los organizadores, a menudo con gran sacrificio personal, languidecen tras lograr una convocatoria para el seminario o congreso, y de las promesas de formación de redes, de contacto periódico y de trabajo persistente no suele quedar más que un culposo recuerdo. El ciclo se repite incesantemente y algunas agrupaciones subsisten gracias a pequeños grupos de individuos que las toman por propias y se identifican con sus fines o confunden éstos con los suyos propios.

Con todo, hay algunas asociaciones que merecen mención. La Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), en la que tan destacada participación han tenido dos importantes pioneros: el padre Alfonso Llano, de Colombia, y el profesor Manuel Velasco-Suárez, de México, ha sido un factor aglutinante, convocando a congresos y reuniones. Por su parte, la Federación Latinoamericana de Comités de Ética de la Investigación en Salud (FLACEIS) ha conseguido nuclear a personas interesadas en un ámbito particular de intereses, cual es el de la ética de investigación en temas sanitarios. En numerosos países existen sociedades y agrupaciones nacionales de bioética que reclutan interesados entre quienes demuestran competencia o inclinación hacia los asuntos bioéticos. Las sociedades internacionales, como la *International Association for Bioethics* y la Sociedad Internacional de Bioética, cuentan con adherentes en el continente, los cuales también contribuyen a estimular la discusión y a promover proyectos e iniciativas de interés.

El resumen a extraer de un examen de estas distintas agrupaciones es que no faltan, más bien sobran, iniciativas y que el desafío para sus iniciadores y mantenedores es trabajar mancomunadamente en áreas que privilegien sus fortalezas comparativas. Cabe exigir que estos trabajos posean la suficiente legitimidad intelectual, para que de su agregación no surjan solamente superposiciones de intereses, sino una auténtica acumulación de capacidades y la cristalización de un deseo genuino de contribuir a resolver los grandes temas de salud del continente americano y la región caribeña. Existen, por otra parte, numerosas asociaciones profesionales y gremiales que pueden sumarse a esta tarea, si bien éstas no siempre tienen a la bioética como designación principal de sus esfuerzos. El tema de la equidad, por ejemplo, ha sido objeto preferente de interés para personas que configuran sociedades específicas o conducen proyectos de investigación apoyados por importantes fundaciones (mención ilustrativa debe hacerse de la Fundación Rockefeller en este contexto, que por cierto no es la única que podría citarse). Los colegios profesionales han tenido en algunos países una activa participación cuando dan a la bioética un lugar en sus desarrollos institucionales (ilustrativo es aquí el caso del Perú, donde los directivos del Colegio Médico del Perú han impulsado importantes y perdurables iniciativas).

El panorama de las instituciones formales de tipo académico es muy complejo. Cada semana se inauguran nuevos institutos o centros que cultivan la bioética al amparo de universidades u otros centros de estudio, o en forma independiente de ellos. A veces, estos institutos cumplen cometidos doctrinales o confesionales, pero en otros casos predomina su orientación técnica y neutral. Cuando esto ocurre, suelen estar relacionados con cometidos docentes y promover cursos y seminarios, a veces grados académicos, y en general se sustentan en el entusiasmo de restringidos grupos de personas que buscan apoyo en sus instituciones o en fuentes externas

de financiamiento. Puede decirse entonces que la inserción universitaria de la bioética es ya un anhelo alcanzado. La futura fase debe incluir procesos de autoevaluación exigentes y, eventualmente, acreditación de centros en sus aspectos académicos e investigativos.

En el plano institucional, debe prestarse atención no solamente al número de agrupaciones o centros que cultivan o dicen cultivar la bioética. Más importante es indagar si los principios bioéticos informan las prácticas sociales e influyen sobre su calidad y relevancia. Estudios conducidos tanto en la Universidad de Chile como en la OPS/OMS por Roberto Mancini, revelan que tanto las principales agencias estatales financiadoras de la investigación biomédica, como las normas editoriales de las revistas en que publican los estudiosos latinoamericanos, han ido mejorando su apreciación por los aspectos éticos a lo largo de los últimos años. Puede decirse, sin embargo, que muchos de estos aparentes progresos son desarrollos azarosos de permanencia siempre amenazada por consideraciones locales o transitorias. Ello es fruto de una apresurada y a veces improvisada necesidad de mostrar que se tiene supervisión ética, sin considerar el grado de experiencia y capacitación que idealmente debieran poseer quienes cuidan de este ámbito. En las evaluaciones optimistas aparecen el “debate” y la deliberación como fines deseables, cabalmente cumplidos en muchos contextos. La impresión informal menos optimista es, sin embargo, la de que muchas veces tales actividades no cumplen un propósito orgánico en la economía espiritual de la comunidad científica o de los trabajadores de la salud. No caben muchas otras explicaciones para la a veces justificada desconfianza que muchos científicos latinoamericanos manifiestan frente a los “bioeticistas” que se supone vigilarán sus trabajos.

Otro ámbito en el cual la bioética imprime un sello a las prácticas sociales suele asociarse con las instituciones conocidas como “comités”

y “comisiones”. Piedra angular del trabajo bioético, toda vez que corporizan y manifiestan su contextura dialógica y la necesidad de pragmatismo consensuado que hoy exige la causa sanitaria, estas instituciones son objeto de considerable atención. Ya hemos señalado la existencia de agrupaciones que tienen comités o comisiones específicamente organizados por tema y finalidad. Pero es más importante observar que su existencia en los planos hospitalario e investigativo ya no es discutida por nadie y es aceptada en las más diversas disciplinas (Lolas, 2003c). Sin embargo, todavía cabe formular algunas apreciaciones sobre el real impacto de estas instancias en los productos finales, tanto de la investigación, las publicaciones y las patentes, como de la actividad de los sistemas sanitarios, la equidad y la calidad. Estudios empíricos, que obviamente no pueden generalizarse por estar basados en la realidad concreta de Chile, indican que hasta ahora importa más la existencia de los comités que su real contribución a humanizar la asistencia sanitaria y la investigación científica, y que siguen siendo considerados como meras agrupaciones de personas cuyas funciones y metas no están del todo claras. Ello sin mencionar la creciente inquietud sobre la responsabilidad legal de sus miembros en las decisiones que toman o las medidas que aconsejan, tema que no ha sido aún abiertamente debatido. Estudios realizados por la Unidad de Bioética de la OPS/OMS indican que el número de comités ha experimentado un franco aumento en los últimos diez años. Aunque en sí mismo el dato es positivo, la fase siguiente consiste (al igual que en el caso de otras instituciones) en calificar su desempeño, acreditar a sus miembros, y legitimar su existencia demostrando que mejoran efectivamente la transparencia, la calidad y la responsabilidad de las comunidades de investigación y servicio. Ya existen al respecto numerosas iniciativas, algunas derivadas del ámbito de servicio público, otras impulsadas desde el ambiente académico.

Con respecto a las comisiones nacionales de bioética, algunos países como México pueden exhibir una institucionalidad comparativamente sólida al contar con un organismo dependiente de la Secretaría de Salud que cuenta con local y financiamiento propios, y que gracias al trabajo de sus presidentes ha logrado presencia y consistencia. En otros países, tales comisiones no han logrado formarse, o si lo han hecho, han demostrado una feble estabilidad, quedando sometidas a los avatares propios de instituciones nacionales sin apoyo administrativo o político. Hay casos en los cuales la conformación de estas comisiones y el modo de designar a sus miembros ha provocado tensiones y eventualmente la desaparición de los grupos de trabajo. La vía legislativa, esto es, la discusión en el medio parlamentario, no suele producir una respuesta suficientemente rápida o global en comparación con las decisiones del poder ejecutivo, y así, la tramitación de un proyecto bioético suele verse afectada por negociaciones políticas ajenas a su contenido y entidad. Como resumen, puede decirse, sin embargo, que el número de comisiones nacionales, en los planos ministerial o administrativo, ha experimentado un aumento y que, como opción, son instituciones que pueden prestar relevantes servicios a condición de que sus miembros sean seleccionados con la debida consulta a los grupos pertinentes. Como observación, cabe señalar que si a estas comisiones se les confía el deliberar sobre grandes problemas en forma desinteresada, las personas atendidas por estas instancias suelen estar mejor servidas.

Sobre la base de una combinación de indicadores podría intentarse una clasificación de los países latinoamericanos en relación a su desarrollo bioético. Aunque pueda servir para fines descriptivos, esta clasificación tendría solamente un valor orientador para indicar aquellos lugares donde debiera ponerse mayor énfasis. Es inevitable que algunos empleen una clasificación

de esta naturaleza para emitir juicios de valor, y por ese motivo reservamos su explicación para quienes visiten el sitio web de la Unidad de Bioética, actualizada regularmente.

Temas y desafíos para una bioética en Latinoamérica

Todo panorama de una realidad plural y compleja es necesariamente incompleto y está sesgado por los intereses de quienes lo formulan. Alfonso Llano recopila en un libro muy recomendable algunos artículos de singular interés para el tema que nos ocupa (Llano, 2001). En él se encuentran las reflexiones de José Alberto Mainetti sobre los desafíos y temas para una bioética latinoamericana y los conceptos relativos a la institucionalización, fáctica o planificada, de los temas bioéticos en el contexto político, legislativo, social y académico. Examinando la evolución de la temática en los últimos veinte años, puede concordarse con el diagnóstico que publicaran, hace más de una década, Drane y Fuenzalida (1991). Se puede comprobar entonces, como indicábamos, una importante expansión del interés público en la bioética. Sin duda alguna, las características culturales e institucionales de los países latinoamericanos hacen que muchos temas sean tratados en forma especial. Así, por ejemplo, la relación entre la fe religiosa y los grandes debates éticos que afectan a las personas y los grupos adquieren en el continente una particular tensión. La asimilación, a veces incompleta, de prácticas extranjeras bajo la forma de rituales administrativos, hace que se confunda

evaluación ética con manifestación de consignas o creencias, y de ese modo se retrasa el carácter reflexivo que debiera tener la empresa bioética. La legislación del continente recoge ecos de otras tradiciones y sin duda contribuye al progreso de la alfabetización bioética de las poblaciones, pero también debe reconocerse que en los temas complejos desde el punto de vista científico no siempre es adecuada u oportuna. En cuanto a los productos de investigación, la evidencia empírica señala un campo de expansión posible al considerar las publicaciones biomédicas (Macini, 2001), la supervisión ética de los proyectos por parte de los organismos financiadores nacionales como ONCYT, y organismos nacionales de ciencia y tecnología, tales como CONACYT, CONICET, COLCIENCIAS o CONICYT (Lolas, Mancini, 1999), o el grado de preparación exhibido por los miembros de los grupos de investigación o los comités de bioética.

Lograr una adecuada documentación de todos estos aspectos es una tarea difícil. Especialmente en campos emergentes, la información no está suficientemente caracterizada como para prever su importancia o las formas en que puede recolectarse directa o indirectamente. La existencia de instituciones, grupos de trabajo, revistas, reuniones, sociedades, no garantiza que el desarrollo de la disciplina o que sus efectos en las prácticas sociales vayan a ser positivos. La tendencia disgregadora de personas que a través de estas actividades no promueven el desarrollo académico de la disciplina puede conspirar contra un balanceado panorama.¹

1 La información empírica sobre la que se apoyan estas impresiones puede encontrarse en las publicaciones e informes de la Unidad de Bioética de la OPS/OMS, accesibles libremente en el sitio web <http://www.bioetica.ops-oms.org>. En esa página se encontrarán los datos que refrendan las conclusiones obtenidas.

Bibliografía:

Drane, Fuenzalida 1991 "Medical Ethics in Latin America: a New Interest and Commitment" en *Kennedy Institute of Ethics Journal* No.1.

Lolas, Fernando 1985 "Sobre americanidad" en *Notas al Margen. Ensayos* (Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos, Colección Travesía).

Lolas, Fernando 2002 *Temas de bioética* (Santiago de Chile: Editorial Universitaria).

Lolas, Fernando 2003a "Bioética de la salud y salud de la bioética en América Latina" en *Summa Bioética* (Mexico) No1.

Lolas, Fernando 2003b "La responsabilidad de la comunicación en las ciencias humanas" en *Summa Bioética* (Mexico) Número Especial, Sept. 2003.

Lolas, Fernando 2003c "Función de los comités de ética de la investigación. Una respuesta en busca de preguntas" en *JANO. Medicina y Humanidades* (Barcelona) LXV, N°1489.

Llano, Alfonso 2001 *¿Qué es Bioética?* (Bogotá: 3R Editores).

Mancini 1999 "El Programa Regional de Bioética y la investigación en salud". Documento de Trabajo de la XXXIV Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OPS/OMS, 12-14 de julio de 1999, Washington D.C. Disponible en URL: <http://www.PAHO/OPS/ACHR/CAS> 99/06

Mancini y Fernando Lolas 2001 "Evaluación bioética de trabajos de investigación en seres humanos publicados en América Latina y el Caribe" en *Acta Bioethica* (Santiago) No.7.

Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo

Fernando Ortega Pérez*

Introducción

La posibilidad de encontrar distintos caminos de solución para prevenir y tratar las enfermedades es un hecho tan antiguo como la existencia del ser humano. La atención de la salud es una más de las manifestaciones culturales de los pueblos del mundo. Por lo tanto, hay tantas iniciativas de salud cuantas culturas existen. Desde hace más o menos 2500 años, la perspectiva instaurada en el mundo occidental, basada en una visión euro-céntrica, amalgamó un modelo de atención para la enfermedad, cuyas raíces históricas se sustentan en los principios de la escuela de Alcmeón de Crotona, a su vez basados en los fundamentos hipocráticos (400 AC). Este legado dio nacimiento a una escuela médica que, tras fortalecerse con los aportes medievales y del renacimiento europeos, se nutriría enormemente del método y la tecnología científica moderna para convertirse en el sistema médico más expandido del siglo XX. Frente a este legado de las culturas de occidente, auto-considerado como un modelo universal, es importante señalar la existencia de otros modelos distintivos de diversos pueblos del mundo en su esfuerzo por explicar el origen y el curso de las enfermedades. En efecto, a través de la historia, los pueblos del orbe han explorado empíricamente, en el laboratorio natural, tanto técnicas y procedimientos diagnósticos como recursos terapéuticos que demuestren eficacia para tratar las enfermedades. A la luz de ello, resulta interesante revisar dichos modelos con el propósito de recuperar otras herencias culturales

que complementen al saber de occidente con un enfoque más holístico que integre los elementos físico-biológicos con los de carácter social y emocional.

Desde esta visión que recupera el saber mundial de lo “tradicional” en salud, se procura entender que los seres humanos no enferman únicamente del cuerpo. Cuando un individuo enferma, enferma de manera integral, y su recuperación depende de un proceso de “sanación” más que de uno de curación. Algunas de estas formas de tratar enfermedades son conocidas como terapia neural, osteopatía, hidroterapia, talasoterapia, aromaterapia, homeopatía, acupuntura, bioenergía, entre otros. En términos generales, ejemplos de la medicina “tradicional” mencionados y reconocidos internacionalmente son las medicinas china, ayurveda (hindú) y unani (árabe). Recientemente, la caracterización de las medicinas andinas y amazónicas también ha despertado gran interés en el mundo contemporáneo, debido a sus aportes al bienestar de la humanidad.

Todas estas proposiciones distintas a la medicina “convencional” (léase, occidental), surgen de procesos histórico-sociales mediante los cuales el ser humano ha desarrollado conocimientos y destrezas que proponen mecanismos diferentes e interpretaciones distintas tanto en lo referido a la etiología y curso de las enfermedades, como a los procedimientos de diagnóstico y terapia. La valoración del ser humano como un ser integrado por un cuerpo biológico animado por

* Director, Departamento de Desarrollo Comunitario Integral – Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito

energía vital, donde lo social, lo psico-afectivo y lo espiritual se imbrican en forma integral, diferencia a estos esfuerzos alternativos de la interpretación convencional de salud y vida, que ha tendido a priorizar lo somático separándolo de los demás componentes que integran al ser humano.

En un mundo social global e interconectado, que en principio cuenta con los recursos tecnológicos más avanzados en la lucha contra la enfermedad, encontramos algunos sectores de la heterogénea sociedad ecuatoriana (multiétnica y multicultural) en búsqueda de su autodeterminación en el campo de la salud. Es decir, en búsqueda de ejercer su derecho para escoger la respuesta médica que más adecuadamente satisfaga sus necesidades, a partir de parámetros culturales y costo económicos. Lo “tradicional” para el caso ecuatoriano, debe ser analizado dentro de la especificidad de cada contexto. Así, el término “tradicional” incluye tanto a la tradición popular mestiza, a la tradición afroecuatoriana, como a la tradición de los pueblos aborígenes o indígenas. Esta última, merece a su vez, ser estudiada en sus variedades regionales: costeña (tzachila, chachi, awa y epera); andina (kichwa); y amazónica (cofán, secoya-siona, huao, shuar, achuar, zápara, y kichwa amazónica).

¿Por qué lo “tradicional” y lo “alternativo” toman fuerza frente a lo “convencional”?

Varios son los factores que responden a esta incógnita. Entre ellos, dos revisten mayor importancia. Primero, las falencias u omisiones del modelo dominante explican la búsqueda de alternativas. Segundo, en un mundo social globalizado, donde las interacciones socio-culturales tienden a ser más estrechas, las proposiciones distintas tiende a propagarse y compartirse con relativa mayor facilidad. A continuación, exploro cada uno de estos factores.

Falencias u omisiones del modelo dominante

El mismo tipo de error que cometen quienes presuponen que la ciencia es únicamente el conocimiento que, basado en la física o en la matemática, explica los fenómenos naturales, lo cometen en materia de salud aquellos que pretenden explicar la enfermedad en términos únicamente biológicos. Desde esta perspectiva, se considera que el único conocimiento válido para recuperar la salud es aquel que se basa exclusivamente en el estudio del cuerpo humano, en sus reacciones fisiológicas y en sus mecanismos de defensa bioquímicos e inmunológicos. Lo “convencional”, apoyado sobre una infraestructura tecnológica magnífica, con capacidad de estudiar fenómenos fisiológicos y patológicos a nivel celular, molecular y atómico, no ha desarrollado en igual magnitud su entendimiento sobre la mente humana, ni sobre los hechos sociales que explican comportamientos tan simples como negarse a recibir atención de salud por una convicción religiosa, o porque los agentes de salud, ya sea en lo interpersonal, en lo económico o en lo conceptual-cultural, no responden a la aspiración del paciente o su familia.

Al tratar de explicar las condiciones de salud de los pueblos, la perspectiva de lo “convencional” ha utilizado por largo tiempo datos estadísticos que, en lugar de hablar de salud, más bien nos hablan de morbilidad o mortalidad. Recién en las dos últimas décadas, la calidad de vida y la proporción de la población satisfecha con su calidad de vida, son empleadas como indicadores estadísticos de importancia.

Dentro del marco de lo “convencional”, la privatización de los servicios de salud, una marcada tendencia durante las últimas décadas, implica la renuncia de la responsabilidad social en la dotación de agua potable, en la letrinización o el alcantarillado, o en el control de plagas o enfermedades causadas por vectores. El sector

privado de la salud, hiper-especializado, se ha confinado al trabajo intramural, en espacios estériles y restringidos, sin interesarse, por ejemplo, en la dotación de agua segura para que en las poblaciones disminuya la prevalencia diarreica. Como complemento a este problema, el sector público de la salud sufre los estragos de un presupuesto establecido sin criterio para garantizar el bien común. La reciente crisis financiera del país, amplificada por una miopía gubernamental respecto de la importancia de la inversión en el sector social, no ha permitido contar con un presupuesto nacional real para la ejecución de la obra pública necesaria para garantizar la igualdad de condiciones en salud para todos los y las ecuatorianas. Además, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a escala masiva, responsabilidad eminentemente pública, a cargo de entidades dependientes organizativa y económicamente del Estado, también se ha visto confinada a la perspectiva del modelo “convencional”.

Para mencionar algunos ejemplos específicos de los límites de la perspectiva “convencional”, si bien este modelo creó la solución de electrolitos para resolver la deshidratación causada por la diarrea, todavía no ha logrado solucionar el origen mismo de la diarrea. Asimismo, quienes sólo observan el problema de la salud desde el prisma “convencional”, parecen no haberse percatado de que el antibiótico no puede ser administrado conforme a la farmacopea más actualizada, por una simple y contundente razón: su costo. Y en el campo del sector estatal de la salud, como ya se señaló, sus autoridades no se han encargado de mantener al personal de salud actualizado, remunerado en forma acorde a su esfuerzo, o educado para entender a un paciente que concibe al mundo en forma distinta.

La salud del entorno humano requiere detener la destrucción del hábitat, el incremento del hacinamiento, la contaminación por desechos sólidos y líquidos, la utilización indiscriminada de pesticidas y fertilizantes científicamente

creados, y la emisión descontrolada de *smog*. La sociedad y el modelo de salud dominante no parecen haberse percatado de la importancia y magnitud de estos problemas. De igual manera, ciertas perspectivas convencionales parecen no haber comprendido que los conflictos sociales, el rencor, la envidia, el odio o el miedo, no se tratan con sedantes.

Frente a este gris panorama, el paciente, su familia y su comunidad, han reaccionado seleccionando opciones que a su juicio podrían responder a su diaria necesidad de salud.

El surgimiento de proposiciones distintas

Las condiciones socioeconómicas dispares del mundo contemporáneo, han exigido la búsqueda de opciones diferentes en diversas sociedades. Muchas de estas alternativas señalan que la enfermedad, producto bio-sico-social de una relación desequilibrada entre el ser humano y su entorno, requiere de mecanismos preventivos y reparadores de tal desbalance. Desde estas alternativas, se proponen hábitos saludables que no sólo atañen al cuerpo, sino a la vida social y emocional de las personas, esto es, que guardan relación con la responsabilidad del individuo en su propia salud y en la de quienes le rodean.

Un esfuerzo mundial y regional por generar iniciativas de salud para los pueblos menos favorecidos ha permitido el reconocimiento, la valoración y el rescate de la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de pueblos minorizados por la sociedad dominante.

La sociedad humana contemporánea, indiferente a la guerra y al crimen diario de la desigualdad, está enferma y se halla en busca de una respuesta que no encuentra. De estos antecedentes surgen en estas últimas décadas las múltiples proposiciones que tratan de paliar la crisis de salud social, espiritual, biológica y ambiental, con una perspectiva diferente.

Lo “convencional”, lo “tradicional” y lo “alternativo”, en tanto respuestas adaptativas del ser humano en su esfuerzo por responder al reto de la enfermedad, son todos procesos sociales legítimos y auténticos. Ninguno sustituye al otro. Cada uno tiene un ámbito de aplicación. Es más, existen varias áreas de interrelación o puntos de encuentro. Sin embargo, puntos de extremo contraste señalan limitaciones para esta posible complementariedad. La posición inteligente de convertir a la salud humana en el propósito fundamental de todos los esfuerzos, indica que la complementación debería ser la conducta madura que guíe el comportamiento de cada opción para lograr su fin. Pretender la hegemonía de una opción frente a las demás demuestra desconocimiento, arrogancia y testarudez.

Por fuera de este tipo de posturas, han existido experiencias de interrelación entre distintas concepciones sobre la salud. Se puede pensar en un ejemplo histórico de acercamiento entre lo “tradicional” y lo “convencional” que, para los americanos, viene a ser tan antigua como la relación de culturas establecida desde la llegada de los conquistadores al continente americano. En aquella época, cronistas y religiosos indicaban al Rey en sus escritos, que no era menester traer médicos o medicamentos (usuales en Europa) al Nuevo Mundo, ya que de éstos había muchos y muy efectivos. Cuando los europeos se enteraron de los conocimientos médicos de los conquistados, descubrieron un saber ancestral basado en una interpretación distinta del cosmos, en la utilización de procedimientos curativos diferentes, así como en el uso de un gran arsenal terapéutico basado en las plantas y animales de la región.

Desde aquella época hasta el presente, el interés de aprendizaje sobre la medicina tradicional ha variado en intensidad, dependiendo principalmente de las condiciones de la relación entre la sociedad dominante y la tradicional. Por muchos años, el saber tradicional fue

peyorativamente calificado como brujería o ignorancia. Pese a ello, por curiosidad, por interés cultural o científico, a lo largo de la vida republicana se han presentado numerosos trabajos relacionados con la etno-botánica, principalmente andina, del Ecuador (Cordero, 1911, Varea, 1915, Naranjo, 1970, Acosta Solís, 1971). Sin embargo, estas búsquedas de contacto con el campo médico “tradicional”, se enfocaron más en aspectos materiales (referidos a recursos naturales con uso médico) que en la explicación socio-cultural y psicológica del saber autóctono.

Dando un paso adelante, hace aproximadamente treinta años, un pequeño grupo de indígenas de la provincia de Imbabura consideró que era hora de articular a curanderos y médicos bajo un mismo techo. La creación de una casa de salud, o *Jambi Wasi* en kichwa, había surgido en la ciudad de Otavalo, centro de convergencia de indígenas y mestizos. Quienes trabajaban en esta casa de salud, pensaron que era hora de acreditar oficialmente su esfuerzo y acudieron a la institución rectora de la atención de salud de los ecuatorianos. Lastimosamente, a principios de los años ochenta, el Ministerio de Salud Pública (MSP) como institución no contaba con un corpus legal que le permitiera tomar una decisión frente a la petición de los médicos y curanderos del *Jambi Wasi*.

Para ese entonces, la estrategia de atención primaria de la salud se expandía por el mundo, fruto de la reunión de Alma Ata. La adopción de esta estrategia por parte del gobierno ecuatoriano marcó el inicio de una participación comunitaria más activa en la toma de decisiones en salud y, por tanto, permitió el diálogo entre distintas formas de concebir a la salud. El libro *Medicina aborigen* de Eduardo Estrella (1977) marcó, a finales de los setenta, el inicio de una serie de publicaciones que a lo largo de la década siguiente abonaron el terreno para el diálogo y la reflexión sobre la relación entre lo “tradicional” y lo “convencional”. Son numerosos los

trabajos editados a partir de entonces por el propio MSP. Estas publicaciones han versado sobre entrenamiento de parteras, uso de plantas medicinales y formación de promotores de salud comunitarios. Tales documentos antecedieron la realización de dos seminarios nacionales sobre sistemas de salud en Ecuador, en 1985 y 1986, bajo el auspicio del Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS) con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). En estos seminarios, se destacó “la importancia de un proceso coordinado y cooperativo de acciones que exigen de cada sistema una mayor apertura hacia el trabajo mancomunado”, y se advirtió sobre “la imposibilidad del dogmatismo que entorpece una interrelación franca entre sistemas y subraya la búsqueda de soluciones concretas que ajustándose a la realidad socio-económica, política y cultural de los pobladores, permitan prever resultados prácticos y eficaces en pro de su salud” (Ortega, 1987: 1-2).

Fortaleciendo estos avances, a fines de los años setenta, algunos médicos y estudiantes de medicina establecieron contactos con la homeopatía. Estudiando este campo del saber médico, procuraron ejercer y desarrollar una especialidad hasta entonces desconocida en el país. Recién hacia 1983, el gobierno reconoció a la homeopatía como una práctica médica (en 1986, dicho sea de paso, también se confirió ese estatus a la acupuntura). Por su parte, la Federación Médica Ecuatoriana reconoció sólo en 1988 a la homeopatía como una especialidad médica.

Durante los años noventa se incrementaron las oportunidades de discusión sobre la interrelación entre los modelos de atención médica. En las universidades ya se discurre sobre la articulación, vinculación o complementación de modelos. Y en el contexto internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas expidió una iniciativa de salud de los pueblos indígenas

de América, hecho que, al finalizar la década, fortaleció la posición político-cultural de los pueblos indígenas del Ecuador.

Respuestas del Estado

El devenir socio-político del país permitió que en la misma década de los noventa, en el seno de la Asamblea Constituyente de 1998, se discutieran las reformas a los artículos que hacen referencia a la atención de salud de los ecuatorianos. El nuevo enfoque partió del reconocimiento oficial de la existencia de diversas opciones de atención de la salud. La nueva Constitución Política del Ecuador se refiere a las medicinas tradicionales y alternativas, en un sentido amplio, para luego enfatizar más específicamente sobre los sistemas de conocimientos y prácticas en salud de los pueblos indígenas y afroecuatorianos (destacando la existencia de un pueblo multiétnico, plurilingüe y multicultural, donde cada manifestación cultural merece respeto). Literalmente, el artículo 44 de la Constitución menciona lo siguiente: “El Estado establecerá la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos” (Constitución Política, 1998: 32). Y más adelante, en el artículo 84 se lee: “El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, el respeto al orden público, los derechos humanos, y los derechos colectivos”. Entre éstos últimos, el derecho número 12 hace referencia a “sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho de protección a los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital”. Finalmente, en el artículo 85 se ratifica lo anterior, pero esta vez aplicado al pueblo afroecuatoriano: “El Estado

reconocerá y garantizará a los pueblos negros o afroecuatorianos, los derechos determinados en el artículo anterior, en todo aquello que les sea aplicable” (Ibid, 2003: 44-45).

En concordancia con la Constitución Política de la República, los lineamientos de la Política Nacional de Salud mencionan que todas las prestaciones de salud “se realizarán a través de un modelo de atención familiar en los servicios formales y en los de medicina tradicional y alternativa” (MSP, CONASA, 2002:33). En relación al “Desarrollo Integral de los Talentos Humanos”, es parte de la misma Política “formar multidisciplinariamente el talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule la medicina tradicional y las otras medicinas alternativas y complementarias a la práctica de los servicios de salud”. En esta línea, se establece que “el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, establecerá la regulación para el licenciamiento y acreditación de los servicios de salud tradicional y para la certificación y re-certificación de los actores de las prácticas tradicionales, basados en procesos de consulta que garanticen el respeto al legado cultural ” (MSP, CONASA, 2002:36).

Por último, en lo que se refiere a la nueva apertura estatal hacia sistemas de salud alternativos o tradicionales, el 25 de septiembre del 2002 se publicó en el Registro Oficial 670 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Esta ley establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Para el cumplimiento de sus objetivos, se ha propuesto un Plan Integral de Salud que se desarrollará en base a un modelo de atención con “énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas” (MSP, CONASA,

2002:46). Mediante este instrumento legal se integra en el Sistema Nacional de Salud a 17 instituciones, servicios u organizaciones, entre las que se incluye a los servicios comunitarios de salud y a los agentes de la medicina tradicional y alternativa (MSP, CONASA, 2002:48).

Experiencias recientes de interrelación en Ecuador

Son numerosos los ejemplos de interrelación, integración o vinculación entre lo “tradicional”, lo “alternativo” y lo “convencional”. Estas experiencias han ocurrido incluso antes de la promulgación de la nueva Constitución Política de la República en 1998 y de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y antes también de que se establezca la Política Nacional de Salud y el Plan Integral de Salud. Revisemos brevemente algunos de estos casos.

Jambi Wasi

La experiencia de *Jambi Wasi*, como ya se ha señalado, apareció como la pionera en la década de los ochenta. Al momento, luego de casi tres décadas de ejecución continúa, constituye la vanguardia de una relación reconocida y adoptada como modelo para nuevas proposiciones de trabajo conjunto.

Jambi Mascaric

Jambi Mascaric (en español, “la salud que buscamos”) es otra de las experiencias desarrolladas en la provincia de Imbabura que destaca la participación comunitaria, la integralidad de acciones de desarrollo y atención primaria de salud, y el apoyo combinado de esfuerzos nacionales e internacionales. Se inició en 1990 a través de un proyecto de salud elaborado por la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi (UNORCAC) en coordinación con el MSP. El propósito fue mejorar las condiciones de salud materno-infantil de 48 comunidades del

cantón Cotacachi, incluidas algunas comunidades de Otavalo, mediante la vinculación de las medicinas occidental y tradicional. Desde esta interrelación, se organizó una red de servicios de salud en las comunidades para facilitar el acceso a la población, y se procuró disminuir la morbilidad infantil a través de la promoción y prevención.

La estrategia se basó en la capacitación, seguimiento y evaluación continua de 25 voluntarios de salud y de 27 parteras tradicionales (los unos y las otras distribuidos en varias comunidades rurales de la zona de Cotacachi), así como en la realización de talleres de intercambio de conocimiento con *yachaks* (“sabios” o “maestros” en español) y hierbateros. Los voluntarios de salud han sido capacitados en promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y parasitosis intestinal. Por otro lado, bajo esta iniciativa se reforzaron los conocimientos en el manejo comunitario de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), de un botiquín básico de medicamentos y de plantas medicinales. Por su parte, las parteras tradicionales fueron capacitadas en diagnóstico oportuno de riesgos del embarazo, parto y puerperio, así como en el manejo de sistemas de referencia y contrarreferencia.

Otros logros alcanzados hasta el momento son el inventario de plantas medicinales de la zona andina de Cotacachi; la implementación de huertos familiares; la elaboración de esencias, jarabes, aceites y jabones naturales y medicinales; la participación en ferias de salud; la participación activa en el Consejo Cantonal de Salud; y, finalmente, el reconocimiento institucional al trabajo comunitario de las parteras tradicionales.

Jambi Mascaric existe gracias al aporte de organismos no gubernamentales internacionales como Médicos sin Fronteras, Agencia Española de Cooperación Internacional y Ayuda en

Acción, y de la organización no gubernamental nacional Desarrollo Rural Integral (DRI). Por el lado estatal, ha sido crucial tanto el apoyo de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del MSP como del gobierno local de Cotacachi (Fueres, 2003).

Hospital Andino Alternativo de Chimborazo

Una tercera experiencia de interrelación, en este caso no sólo entre lo “tradicional” y lo “convencional”, sino además con lo “alternativo” de otras latitudes, constituye el esfuerzo iniciado a fines de los años setenta por el Dr. César Rivadeneira. El trabajo continuo desarrollado desde esos años llegó a cristalizarse en el 2002 con la creación del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo. Constituyendo la parte referencial de la red comunitaria de salud de la diócesis de Riobamba, este hospital es el primero en su género en el país. Su objetivo principal y final es el bienestar del paciente.

Este hospital pretende desarrollar un modelo alternativo de atención en salud, procurando rescatar los conocimientos ancestrales del país y de otras culturas. Específicamente, allí se ofrecen servicios de atención integral aplicando terapias como la alopática (química), la tradicional (andina) y la alternativa (homeopatía y aromaterapia). El paciente puede escoger libremente con qué terapia y/o terapeuta tratarse (Rivadeneira, Yáñez, 2003).

Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador

Como una muestra de los más recientes esfuerzos realizados por la comunidad y sus agentes de salud por relacionarse más estrechamente con la medicina “convencional”, cabe mencionar esta propuesta. La Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador, promotora de la medicina tradicional indígena (MTI), prevé entre sus fines y objetivos la certificación, licenciamiento

y acreditación de la práctica de la MTI por un consejo de hombres y mujeres de sabiduría (estatuto aprobado con el Acuerdo Ministerial No.0453 del agosto 9 del 2002). Los avances en el marco legal nacional avalan esta iniciativa: “Dentro del contexto del proceso de modernización del sector salud, en respuesta a la voluntad política del Ministerio de Salud Pública (MSP), y en correspondencia con lo establecido en los Artículos 44 y 84 de la Nueva Constitución Política del Estado vigente (respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional), se enmarca una propuesta de investigación operativa de acreditación de la práctica de la MTI” (Jácome, Moscoso, Columba, 2003).

Desafíos a futuro

A nivel internacional, una de las principales razones que explica el incremento de uso de la medicina tradicional es una tendencia creciente entre los pacientes por adoptar una actitud más dinámica respecto de su propia salud y por buscar diferentes formas de auto-cuidado. En este proceso, muchas personas vuelven su mirada hacia los productos naturales de la medicina tradicional, presuponiendo que lo “natural” es sinónimo de “seguridad”, sin que necesariamente sea así.

A nivel nacional, la Constitución Política, los lineamientos de la Política Nacional de Salud, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y el Plan Integrado de Salud, son documentos que incluyen de manera conjunta a lo “tradicional” y lo “alternativo” como nuevos elementos integrantes de los planes de salud del país. Si bien ambas formas de hacer salud ya constan en el panorama oficial de la salud nacional, surgen dos retos importantes: el reto menor es entender que lo “alternativo” no es equivalente a lo “tradicional”, ni en la teoría ni en la práctica, y que por tanto se debe concebir cada opción como distinta y no equivalente; y el reto

mayor consiste en encontrar los mecanismos idóneos para el establecimiento de normas y procedimientos que, en un sentido práctico, permitan el trabajo de integración, interrelación o de complementación.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, pensada y escrita por ecuatorianos que comparten la visión de la sociedad convencional, en su capítulo cuarto establece cinco artículos que guían el funcionamiento del sistema. “Las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, se articulan colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de la Salud” (MSP, CONASA, 2002:48). Esta cita nos remite a dos reflexiones. Primero, es importante esclarecer cuáles son las funciones específicas y las respectivas competencias de la medicina “tradicional” y de la “alternativa” al interior del Plan Integral de Salud. Y segundo, es muy importante contar con un Código de la Salud que concuerde con la Ley, ya que el que se halla vigente no ha sido actualizado. Por tanto, la revisión y actualización de las disposiciones del Código de la Salud son indispensables.

La coordinación de los elementos del Plan Integral de Salud es otro reto importante. El artículo 10 de la Ley Orgánica propone que la función de coordinación “es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud” (MSP, CONASA, 2002:49). Esta coordinación incluye: 1) el establecimiento de mecanismos de participación; 2) la normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas; 3) la garantía del acceso equitativo a la atención de salud; 4) la definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral; 5) la protección de la salud como bien público; y, 6) el control y la evaluación del desempeño de los servicios. En concordancia con todas estas disposiciones, el

artículo 10 debe ser revisado entre el Estado y los actores de la salud para establecer los mecanismos, las normas y las garantías de una coordinación operativa entre lo “tradicional”, lo “alternativo” y lo “convencional”.

La provisión de servicios de salud es otro de los grandes retos de la Política de Salud, pues no solo debe estar enunciada, sino que debe demostrar la factibilidad de su aplicación. El artículo 11 de la Ley incluye nueve numerales. En ellos se enfatiza que la “provisión de servicios de salud es plural, y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos” (MSP, CONASA, 2002:50). Cabe preguntarse, entonces, si tanto lo “tradicional” como lo “alternativo”, funcionando con sus estatutos de constitución y administrando sus propios recursos, garantizarán su operación en redes y asegurarán la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad. De ser así, ¿cómo lo harán?

Los nueve puntos del artículo 11 merecen ser discutidos, primero por separado y luego en conjunto, entre los practicantes de la medicina “convencional”, “tradicional” y “alternativa”, para determinar si es factible su implementación. Para enmarcar esta discusión, hay que preguntarse de antemano: ¿será posible alcanzar una definición concertada de prioridades y metas de cobertura de la población entre las tres formas de atención de la salud? ¿Será posible establecer normas técnicas y protocolos comunes para las prestaciones? En otras palabras, ¿están dispuestos los agentes de salud “tradicional” a contar con un protocolo común para las prestaciones? En relación a la referencia y contrarreferencia, ¿estarán dispuestos los agentes de salud “convencional” a referir

casos a los agentes de la salud “tradicional” o a los de la salud “alternativa”? Y finalmente, ¿tienen derecho los practicantes de la medicina “tradicional” y “alternativa” a establecer las normativas de licenciamiento y acreditación de sus establecimientos de salud, y los indicadores de evaluación de su desempeño? Si tienen derecho, ¿será éste respetado?

Por otro lado, los artículos 12 y 13 de la Ley se relacionan con las funciones de aseguramiento y financiamiento. Al respecto, y tomando en consideración que la Ley trata sobre un plan integral de salud, cabe preguntarse si la inclusión de lo “tradicional” y lo “alternativo” también conlleva al acceso de la población a servicios no “convencionales” respaldados por la “garantía del aseguramiento” o “del financiamiento estatal”.

Estos son apenas unos cuantos retos a los que están abocados no sólo quienes planifican la salud de la población desde el ámbito estatal, sino todos lo que de alguna manera nos consideramos actores de nuestra propia salud. En este sentido, el verdadero desafío a futuro, desde el punto de vista de la ciudadanía, es el de contar con la seguridad de un Estado que sepa reconocer que existe como tal, única y exclusivamente, para garantizar el bien común de todos y todas sin distinción de edad, género, etnia, ni ubicación geográfica o social. Si ese Estado social existiera, la salud como derecho, sería un hecho y no una quimera.

Es por lo tanto indispensable recordar al Estado (individual e institucionalmente) que honre su compromiso de hacer cumplir y respetar los valores de la democracia, la solidaridad, la equidad y la responsabilidad en el desarrollo del país, garantizando el bienestar general de la ciudadanía.

Bibliografía:

- Acosta Solís, Misael 1971 *Los bosques del Ecuador y sus productos* (Quito: Editorial Ecuador).
- Constitución Política de la República del Ecuador 1998 (actualizada a mayo 2003) (Quito: GAB).
- Cordero, Luis 1950 (1911) *Enumeración botánica* (Madrid: Afrodísio Aguado).
- Dirección Nacional de Salud Familiar, MSP 1981 *Manual de la partera adiestrada* (Quito: MSP).
- Estrella, Eduardo 1977 *Medicina aborigen* (Quito: Editorial Época).
- Fueres, Magdalena 2003 *"Jambi Mascaric, la salud que buscamos"*. XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS) 1986 *Sistemas de Salud en Ecuador. Primer Seminario Nacional* (Quito: MSP/OPS/ININMS).
- Jácome, Manuel, Susana Moscoso y Franklin Columba 2003 "Investigación operativa de acreditación de la práctica de la MTI". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Consejo Nacional de Salud (CONASA) 2002 *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/CONASA).
- Naranjo, Plutarco 1970 "Contribuciones aborígenes a la medicina" en *Revista Ecuatoriana de Medicina* (Quito) No.8.
- Ortega, Fernando 1987 "Sistemas de salud en Ecuador". MSP, OPS/OMS e ININMS. Segundo Seminario Nacional, Quito.
- Ortega, Fernando 1988 *Hierbas medicinales* (Quito: MSP/ININMS).
- Rivadeneira, César y Ximena Yáñez 2003 "Hospital Andino Alternativo de Chimborazo". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Varea, Marco 1915 *Botánica médica nacional* (Latacunga: Tip. Vicente León).
- Villacís, José 2003 "Ministerio de Salud Pública: organización por procesos". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- World Health Organization (WHO) 2001 *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine. A Worldwide Review* (Geneva: WHO).

Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi

Luz Marina Vega*

Acerca de la medicina ancestral

Dentro de su modelo de atención de la salud, el Sistema Cantonal de Cotacachi ha incorporado la cosmovisión de los pueblos indígenas en el diseño de sus políticas, estrategias, programas y actividades. En este marco, el principal aporte del Sistema es su concepción sobre el cosmos como la madre generadora de vida y su lógica de integralidad que concibe a los miembros de la comunidad, a la tierra, a la naturaleza y al cosmos como partes de una relación íntegra y profunda, cuya ruptura en cualquiera de sus partes conduce a desequilibrios.

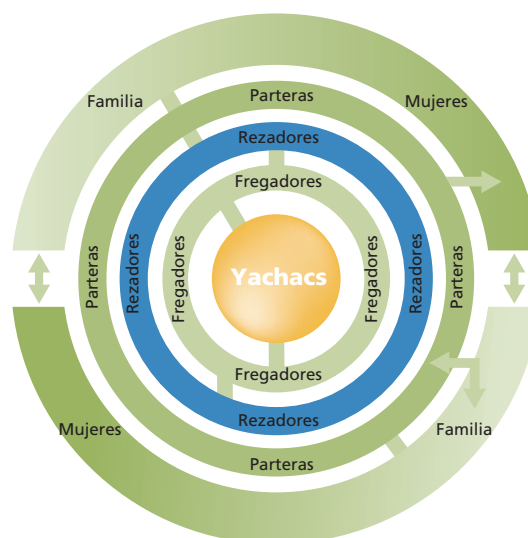
La medicina ancestral es portadora de conocimientos y prácticas que han sido transmitidas por la tradición familiar o comunitaria, y cuenta con sus propios practicantes. Los prestadores de la medicina ancestral son numerosos, practican distintas especialidades y tienen gran aceptación en sus comunidades, donde desempeñan un rol determinante en la vida social. Son los defensores de la salud y a ellos acuden con confianza personas del campo y de la ciudad. En consecuencia, los servicios proporcionados por los prestadores ancestrales de salud, son altamente valorados por el Sistema Cantonal de Cotacachi. Entre estos prestadores, podemos encontrar a *yachacs*, hombres sabios que manejan las fuerzas de la naturaleza, lo mítico, lo sagrado y ritual; a los hierbateros, que son hombres y mujeres que conocen la utilización de las plantas medicinales y la esencia de la ciencia farmacológica; y también a las parteras (*wachachic warmi*, en kichwa), que son

mujeres responsables del cuidado del embarazo, parto y puerperio de la mayoría de mujeres que habitan en las comunidades de la zona andina y subtropical.

Si analizamos las dimensiones de la medicina ancestral, desde su cosmovisión, hasta sus diferentes prestadores ancestrales, pasando por sus recursos para elaborar diagnósticos y terapias, podemos afirmar que se trata de un sistema formado por diferentes procesos cíclicos, interrelacionados entre sí (gráfico 1).

El proceso de interrelación cíclica del sistema de salud ancestral, es una de las razones por las que

Gráfico 1
Sistema de salud ancestral



* Consultora nacional. Asesora, Comité de Salud de Cotacachi

la medicina ancestral subsiste y legitima su amplia utilización entre los pueblos indígenas. A ello debemos añadir su profunda identificación con las fuerzas de la naturaleza y la concepción del ser humano como parte de ella y como garante de los procesos de equilibrio entre el cosmos y la tierra.

La vigencia de las prácticas de salud de los pueblos indígenas constituye un gran aporte para la población del cantón Cotacachi. Aunque, estas prácticas ya han sido incluidas en el modelo de salud descentralizado e intercultural, todavía se requiere recuperar, fortalecer y difundir los conocimientos ancestrales. Esto desde la óptica de la complementariedad y en función de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Como muestra de los avances ya alcanzados en esta dirección, una vez realizadas varias investigaciones sobre la cantidad de prestadores tradicionales de salud y sobre el tipo de servicios de salud que ofrecen, el Sistema Cantonal de Salud tomó la decisión de articularlos a su sistema. Este reconocimiento de la medicina ancestral (o tradicional) se funda en la Constitución Política del Ecuador, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y en el Plan Cantonal de Salud. La articulación de los sistemas de salud ancestral y occidental en esta experiencia específica, se basa en su complementariedad y necesidad mutua, presuponiendo que ambas perspectivas frente a la salud se fortalecen practicadas en conjunto, y así, amplían sus beneficios a la humanidad.

La formación de los prestadores ancestrales de salud

Los prestadores ancestrales de salud inician su formación cuando sienten en su yo más íntimo la necesidad de atender a los otros. Esto puede ocurrir en diferentes etapas del ciclo vital. Su aprendizaje se basa en la convivencia y en el acompañamiento permanente al *yachac*, la

partera o el hierbatero, en procesos prácticos de curación, recolección de plantas medicinales o realización de rituales. Se aprende tanto a través de leyendas y cuentos, como de ritos practicados en lugares sagrados. Debido a la transmisión oral de conocimientos que se realiza mediante estas prácticas, se entiende que la etapa de aprendizaje esté marcada por la convivencia entre alumno y maestro. El reconocimiento de un aprendiz como prestador ancestral de salud no lo realizan instituciones académicas, sino el propio *yachac*, partera o hierbatero, extendiendo esta legitimación a nivel de toda la comunidad.

Síntesis del proceso de diseño de estrategias e instrumentos para la habilitación de las parteras

El Plan Cantonal de Salud, contempla el fortalecimiento de la medicina ancestral. Para ello, se inició un proceso de habilitación de los prestadores ancestrales de salud, articulándolos al Sistema Cantonal de Salud a través de nodos específicos. En el caso de las parteras, su capacitación e inclusión se ha centrado en las tareas de referencia y contrarreferencia. Esto se consiguió con el apoyo del centro *Jambi Mascaric*, organización que representa a las parteras. Simultáneamente, a través de otros procesos, se apoyó el rescate y fortalecimiento de los prestadores ancestrales mediante su licenciamiento. Con este proceso de certificación, se apunta a garantizar que las prestaciones ancestrales de salud sean lo suficientemente reconocidas y apoyadas, tanto por la comunidad como por el Sistema Cantonal de Salud (gráfico 2).

Con el afán de generar una experiencia previa de aprendizaje, el Sistema Cantonal de Salud decidió empezar con la habilitación de las parteras. Se tomó esta decisión considerando que estas prestadoras ancestrales de salud se encuentran presentes en las dos zonas del cantón (andina y subtropical), que son muy numerosas y,

Gráfico 2

Instrumento utilizado para la referencia y contrarreferencia de las parteras al sistema cantonal de salud

Nombre de la partera:						Mes:					
Comunidad:											
Nombre	Comunidad	Control prenatal			Parto	Control posparto	Control recién nacido	Referencias y problemas			
		Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre				Madre		Recién nacido	
								Sí/No	Por qué	Sí/No	Por qué

además, que las prestaciones materno-infantiles constituyen una prioridad en el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las mujeres. Creemos que la información que aporte esta experiencia permitirá generar una base de conocimientos para articular a los otros prestadores de salud al Sistema Cantonal de Salud.

Entre los parámetros más importantes concertados al interior del Consejo Cantonal Intersectorial de Salud para la participación certificada de las parteras en el proceso de habilitación, se deben mencionar los siguientes puntos. Primero, se estableció que las parteras deben estar vinculadas de manera orgánica a una organización comunitaria. También deben tener un mínimo de 3 a 5 años de experiencia en el ejercicio de su saber, habiendo brindado un mínimo de 30 prestaciones de salud en buenas condiciones. Asimismo, deben contar con el respeto, valoración y confianza de su comunidad y/o de otras comunidades. Por otro lado, también se estableció que estas prestadoras deben

haber participado en capacitaciones sistemáticas de una organización no gubernamental (ONG) y/o de algún servicio de salud pública del Área No.3, por el tiempo mínimo de 3 a 5 años. Finalmente, para poder ejercer su labor, las parteras deben inscribirse en el Comité de Habilitación, con el aval de la organización a la que pertenezcan.

No existe una orientación nacional con respecto a cómo desarrollar este proceso. Por este motivo, insistimos en que el trabajo realizado con las parteras en Cotacachi puede servir como pauta para la habilitación de otros prestadores ancestrales de salud en otros lugares del país.

Conclusiones

1. El gobierno local de Cotacachi, tiene como fundamento de su gestión la promoción y fortalecimiento de la interculturalidad. Sobre esta base se está institucionalizando el Sistema Cantonal de Salud.

2. Las iniciativas para la reducción de riesgos del embarazo, de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, han encontrado como factor fundamental de su estrategia la articulación efectiva y horizontal entre la mujer embarazada, la familia, la comunidad, los y las prestadoras ancestrales de salud y los servicios del Sistema Cantonal de Salud. Las parteras tradicionales calificadas son un factor determinante para prevenir complicaciones obstétricas y neonatales, cuidar responsablemente la vida de las madres y de sus hijos, y aportar a que el país pueda cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
3. A través del proceso descrito, se ha logrado mejorar la calidad de los servicios ofertados por parteras, voluntarios(as) de salud y por el propio Sistema Cantonal de Salud. El impacto positivo de esta mejoría en la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-infantil podrá ser evaluado en el mediano plazo.
4. La interrelación sistemática entre los prestadores ancestrales de salud y los equipos de salud de la medicina occidental, permite ampliar y cualificar la atención y facilitar al personal de salud la comprensión y respeto de los conocimientos ancestrales.

La sensibilización frente a este tema, se evidencia en el trato mejorado que reciben los prestadores ancestrales cuando refieren casos a la red de servicios de salud.

5. La aplicación de los estándares e instrumentos de calidad establecidos para parteras y promotores(as) de la salud, demanda un esfuerzo importante del Sistema Cantonal de Salud y requiere ser institucionalizado y apoyado en el nivel central del Ministerio de Salud Pública (MSP), en estricto cumplimiento del marco legal vigente. Asimismo, es recomendable que los organismos de cooperación internacional (siendo coherentes en la práctica con el respeto, reconocimiento y valoración de la medicina ancestral y de sus prestadores) apoyen a extender este proceso hacia todo el país, destinando recursos suficientes y de largo aliento.
6. La información que producen las parteras y promotores(as) tradicionales de la salud, ya está siendo incorporada en la información del Sistema Cantonal de Salud. Sin embargo, se requiere que este aporte se incorpore también al sistema nacional de estadística, y así, que sea verdaderamente valorado en toda su dimensión.

Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud

Arturo Carpio^{*1}

Patricio Yépez^{*2}

Introducción

Actualmente, vivimos un cambio de época. La revolución de las tecnologías de la información y comunicación y el adelanto científico-técnico sustituye a la sociedad industrial del siglo pasado por la actual *sociedad de la información y del conocimiento*. En la última década, este concepto ha tomado un lugar especial en las prácticas institucionales, académicas y empresariales. La característica central de la sociedad de la información es el transporte instantáneo de bienes inmateriales y la proliferación de interrelaciones humanas por medio de la constitución de redes electrónicas. La sociedad del conocimiento es aquella en la cual cada individuo y cada organización construye su propia capacidad de acción, y por lo tanto su posición en la sociedad, a través de procesos de adquisición y desarrollo de conocimientos organizados de tal forma que puedan contribuir a procesos de aprendizaje social.

El conocimiento es el factor clave del desarrollo en la economía global. De ahí que surja un nuevo concepto de economía del conocimiento, que se define como aquella economía que estimula a sus organizaciones y recursos humanos a adquirir, crear, diseminar y utilizar el conocimiento de modo más efectivo, para así alcanzar un mayor desarrollo económico y social. La economía del conocimiento incluye tanto las actuales tecnologías incorporadas en los procesos de producción y en los productos, como las nuevas

formas de organizar los procesos y la información (las redes dinámicas y los nuevos estilos de gerencia que están creando innovadoras formas de organización).

Esta nueva organización de la sociedad marca una profunda diferencia entre los países ricos y pobres centrada en la capacidad de acceso al conocimiento. A este fenómeno se le ha llamado la “brecha digital”. La densidad de internet (porcentaje de usuarios en la población) es inmensamente mayor en países desarrollados, se concentra en más del 50% de todo el mundo en Canadá y Estados Unidos y es menor al 1% en África. Frente a estas diferencias, desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2003) se ha reorientado el debate señalándose que “la tecnología no es solo una recompensa por el fructífero desarrollo humano sino que es, también, un instrumento para alcanzar ese desarrollo”. Esta afirmación nos invita a reflexionar y a no resignarnos a la “pobreza”. La revolución de la información presenta una extraordinaria oportunidad a los países subdesarrollados para desarrollar sus propias capacidades y ser parte de la economía global “virtual”. Al respecto, es preciso tener presente que la información no necesariamente es conocimiento. No basta poseer un cúmulo de información. Ésta debe ser procesada, descifrada, evaluada y validada: en suma, debemos utilizar la información para generar nuevos conocimientos.

*1 Ex-funcionario, Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT)

*2 Ex-funcionario, Fundación para la Ciencia y la Tecnología (FUNDACYT)

La importancia de las tecnologías de la información y la comunicación en la nueva sociedad del conocimiento

El principal instrumento para acceder a la información y para desarrollar el conocimiento son las denominadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Gracias a las TIC, podemos interconectarnos, contrastar experiencias e intercambiar ideas convergiendo en el espacio electrónico. Las redes telemáticas unen y permiten aunar esfuerzos, contrastar programas, compartir recursos y transferir tecnología y conocimientos. Las TIC están transformando profundamente la sociedad porque permiten comunicarnos a distancia y en red, superando las fronteras geográficas y políticas.

En un sentido más integral, las TIC son una herramienta estratégica para promover el desarrollo y satisfacer las necesidades humanas básicas individuales, sociales y políticas (Sánchez, Sierra, Moráis, 2003). Dentro de las necesidades individuales, según el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, las prioridades son: vivir una vida larga y saludable, tener una educación que permita elegir entre distintas posibilidades vitales, y disponer de recursos económicos mínimos que permitan satisfacer las necesidades materiales más apremiantes. Las necesidades sociales básicas son el derecho a educación, atención sanitaria, nutrición básica, control de enfermedades, atención a la salud reproductiva y abastecimiento de agua. Finalmente, las necesidades políticas se sintetizan en los derechos humanos, que incluyen el poder participar en los asuntos públicos de la comunidad, la libertad de expresión, y la no discriminación por razones de raza, sexo, religión u orientación política.

Las TIC deberían convertirse en una herramienta de la vida diaria. Así por ejemplo, una enfermera que tiene una emergencia médica en un centro de salud, debería tener la facilidad para comunicarse con personal médico calificado para solicitar

información sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente. Un maestro rural debería acceder a bibliotecas virtuales para facilitar material didáctico y bibliográfico actualizado a sus pupilos. Una persona cualquiera debería tener acceso a información del gobierno sobre aspectos que afecten su vida y para reclamar sus derechos. Desde esta perspectiva, en una dimensión estructural más amplia, las TIC constituyen un valioso instrumento no solo para acceder al conocimiento, sino también para impulsar la función de gestión del conocimiento.

En el campo de la salud, ha ocurrido un giro fundamental en el mundo de la información y del conocimiento durante las dos últimas décadas del siglo XX. Las manifestaciones de este formidable cambio incluyen un incremento en la cantidad de la información: existen más de 100.000 revistas científicas que se publican anualmente. Los investigadores de la salud en Japón publican 109.700 artículos científicos por año, lo que equivale a un artículo cada minuto por cada día laborable (Weiss, 1986). Se ha producido, además, un incremento en la disponibilidad de las TIC: la conectividad global de internet se ha incrementado 10 veces entre 1995 y 2000, se estima que se puede acceder a más de 2 billones de páginas electrónicas publicitarias, y éstas se incrementan a un ritmo promedio de 7 millones por día.

Agenda para la conectividad de las Américas y plan de acción de Brasilia

Los jefes de Estado y de gobierno de las Américas presentes en la Cumbre de las Américas celebrada en la ciudad de Québec en abril del 2001, reconocieron que se está llevando a cabo una extraordinaria revolución tecnológica de profundas repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas. La región, se remarcó en esta Cumbre, está entrando en un nuevo tipo de economía y sociedad, definida por un vasto aumento en la capacidad de acceder al

conocimiento, de divulgar la información y de transformarla en conocimientos (CITEL, 2005).

La Cumbre manifestó su firme convicción de que la promoción de una Agenda para la Conectividad de las Américas, expresada en términos prácticos mediante agendas o estrategias de carácter nacional, facilitará la integración del hemisferio en una sociedad basada, cada vez más, en el conocimiento. Tal integración debería favorecer, particularmente, a los países en desarrollo, a las economías de menor magnitud, y a grupos rurales y desfavorecidos. El objetivo es brindar a los ciudadanos de las Américas oportunidades para desarrollar y usar conocimientos, de modo que puedan aprovechar plenamente las posibilidades de fortalecer la democracia, generar prosperidad y realizar su potencial humano.

La conectividad, entendida como “la capacidad interna de una sociedad para comunicarse consigo misma y con su entorno mundial mediante el uso de las telecomunicaciones, las tecnologías de la información y a través de los productos de sus industrias de contenidos” (CITEL, 2005), tiene como objetivo permitir que cada país evolucione hacia una sociedad basada en la información y el conocimiento. En relación a lo ya expuesto, la conectividad no constituye un fin en sí mismo. Las políticas de conectividad deben tener como finalidad el fomento del desarrollo social, económico y cultural de los países, la promoción del bienestar y la mejoría de la calidad de vida de la población.

Por otra parte, la reunión de jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones, que tuvo lugar el 30 de septiembre del 2005 en Brasilia, aprobó dentro de su programa de acción, el siguiente mandato: “se conformará un grupo de trabajo técnico, con la participación de los órganos de gobierno a cargo de la formulación de políticas, normas y regulación de los servicios de comunicación e internet, con el propósito de

examinar la posibilidad de impulsar el desarrollo de una infraestructura de redes, indispensable para la sociedad regional de la información, que incluya puntos de intercambio de internet, troncales y servidores primarios, respetando la situación y las necesidades específicas de cada región” (CSU, 2005).

Utilización de la conectividad a favor de la salud

Uno de los puntos de mayor importancia social dentro de la agenda de conectividad, es el suministro de servicios de telemedicina pública de amplia difusión. La convergencia tecnológica ha hecho posible el ofrecimiento, en forma paulatina, de servicios asequibles que podrían revolucionar la atención médica. Pese a que la telemedicina es la aplicación que más lentamente se ha convertido en un servicio viable, ésta empieza ya a producir resultados modestos pero evidentes en muchos países. Uno de ellos es la posibilidad de descentralizar los servicios de salud y ampliar su cobertura a poblaciones que antes eran inaccesibles por hallarse en regiones remotas, en las que se carecía de personal médico y de instalaciones.

En efecto, uno de los servicios de mayor importancia de la sociedad basada en la información y el conocimiento es el de servicios interactivos de telemedicina. Se trata del uso, lo más extenso posible, de las nuevas tecnologías para la atención de la salud pública nacional a través de múltiples aplicaciones. Dentro de estas aplicaciones, se incluye: el suministro de información de sanidad a los ciudadanos; el diagnóstico; las teleconsultas; la teleintervención de especialistas; la gestión interactiva y remota de los expedientes clínicos y otros datos relativos a los pacientes; la gestión de equipos, instalaciones y medicamentos por bases de datos; la capacitación médica; y, la administración general de los servicios.

Tal como se reafirmó en la Tercera Cumbre de las Américas (CITEL, 2005), las TIC deberían ser utilizadas para proporcionar información científica y técnica sólida a los trabajadores de la salud y al público en general. Para ello, se podrían emplear innovaciones tales como la Biblioteca Virtual de la Salud de las Américas y, repetimos, promover el uso del sistema de telesalud como medio para conectar poblaciones remotas y para suministrar servicios e información médicas a los grupos subatendidos. Todo esto con el fin de complementar el suministro de servicios existente de atención de la salud. Para evaluar el progreso logrado por los gobiernos en la formulación de la Agenda de Conectividad en el sector de la salud, la Cumbre propone los siguientes indicadores:

1. Número total de establecimientos de salud. Los estudios deberán desglosarse en zonas metropolitanas, urbanas, suburbanas y rurales.
2. Número total de establecimientos de salud que cuentan con conexión a la internet. Los estudios deberán contener los mismos detalles que se solicitan en el inciso anterior.
3. Número de centros de salud con bases de datos que pueden ser usados por los empleados para contribuir a la difusión de la telemedicina.
4. Sistemas en línea de información clínica, administración hospitalaria y centros de salud. Servicios de información de telesalud disponibles para el público en general.
5. Número de centros de servicios de telesalud/telemedicina existentes.
6. Características de programas de descentralización de servicios de salud basados en sistemas de telesalud.
7. Implementación de Agendas de Conectividad nacionales.

Siguiendo las iniciativas de la Cumbre, una Agenda de Conectividad en lo que respecta a la sanidad pública, deberá abarcar tanto a

los organismos del gobierno de todo nivel, a las instituciones privadas, como a las actividades de los profesionales independientes. Consiguientemente, se recomiendan las siguientes acciones a los países del hemisferio:

1. Establecer un grupo de trabajo de alto nivel, integrado por representantes de la sociedad civil, del sector privado y del gobierno para analizar los resultados de la evaluación y determinar los detalles de los programas y proyectos relativos a la salud pública y a la telesalud, de acuerdo con la Agenda de Conectividad. Este grupo de trabajo estará coordinado por la entidad responsable de dicha Agenda.
2. Preparar a corto plazo un programa de descentralización de los servicios nacionales de salud basado en las disposiciones de la Agenda de Conectividad.
3. Promover el esfuerzo conjunto de las instituciones y profesionales de la salud para el logro de los objetivos de la Agenda de Conectividad.
4. Trabajar para que dentro de un plazo de cinco años todos los establecimientos de atención de la salud estén conectados a la internet.
5. Establecer por lo menos un centro de telesalud en cada división geopolítica del país en un plazo fijo; por ejemplo, dentro de dos años a partir de la fecha de adopción de una Agenda de Conectividad.
6. Promover el establecimiento de bases de datos y contenidos para la telesalud en el país. Una primera base de datos de este tipo debería ser establecida en un plazo de dos años a partir de la fecha de lanzamiento de la Agenda de Conectividad, y debería incluir un módulo de información y orientación para el público en general y otro para apoyar la formación permanente en los centros de salud.
7. Promover la introducción de planes y programas de estudio relativos a la telesalud

en las instituciones educativas de nivel medio y superior.

Cada país del hemisferio podrá identificar otras actividades que considere necesarias para el desarrollo del sector de la salud según sus circunstancias particulares.

Agenda Nacional de Conectividad en el Ecuador

El gobierno ecuatoriano emitió un Decreto Oficial en agosto del 2001 mediante el cual se creó la Agenda Nacional de Conectividad. Esta decisión se tomó considerando que para el fortalecimiento de la democracia y el buen gobierno, es necesaria una agenda que facilite la consecución de políticas de Estado dirigidas a mejorar el acceso al uso de tecnologías de la información. Entre otros objetivos, esta Agenda estableció la promoción del desarrollo de la salud. Específicamente, el artículo 2 de este decreto, reza textualmente: “Para los propósitos de coordinación, la Comisión Nacional de Conectividad conformará comisiones técnicas especiales con la participación de funcionarios de alto nivel de las instituciones competentes para la definición de programas nacionales como son: tele-educación, tele-medicina, comercio electrónico, infraestructura de conectividad y gobierno digital”.

Tecnología de la información en el sector de la salud en el Ecuador

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, se aborda el tema de la información en estos términos: “El Ministerio de Salud, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permita conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar

los recursos disponibles y la producción de servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles” (capítulo VI, artículo 27). En el artículo 68 del Reglamento de esta Ley, se dispone la conformación del Sistema Común de Información Sectorial, descrito someramente en estos términos: “Este sistema contiene la información cuantitativa y cualitativa en el orden estrictamente técnico de todas las instituciones del sector salud en el ámbito nacional y provee los datos de la situación de la salud en el Ecuador”. En relación a este punto, en el artículo 72 del mencionado Reglamento, se establece la necesidad de cumplir con algunos “requerimientos tecnológicos mínimos de conectividad, comunicaciones y enlaces que aseguren el adecuado flujo de la información, así como su ingreso y uso en el marco del Sistema Común de Información Sectorial”.

Corresponde a los integrantes del CONASA, con la colaboración de organizaciones científicas, investigadores de salud y la sociedad civil en general, llevar a la práctica estos enunciados y evitar que se constituyan en “letra muerta”.

Declaración de Salvador: compromiso con la equidad

En Salvador de Bahía, Brasil, durante los días 19 y 23 de septiembre del 2005, se llevó a cabo el Foro Internacional sobre el Compromiso con la Equidad de Acceso a la Información y Conocimiento en Salud. Como resultado de este Foro, aprobó la Declaración de Salvador “Compromiso con la Equidad”. Allí se expresa la importancia del acceso a la información científica y técnica para el desarrollo de la salud, se insta a los gobiernos nacionales y a los organismos internacionales a fortalecer sus acciones en este sentido y, al mismo tiempo, se establece el compromiso colectivo de construcción de soluciones cooperativas como la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS).

La BVS y sus redes complementarias, de propiedad común de los sistemas de salud, investigación y educación de los países, se proyecta como el espacio que refrende fuentes y flujos de información en salud en América Latina y el Caribe, constituyendo un poderoso instrumento para la lucha por la equidad en el acceso a la información y conocimiento científico.

Complementando la red de la BVS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencia de la Salud (BIREME), promueve y coordina el desarrollo de la Red ScienTI. A través de esta Red, se publican en internet las colecciones de revistas científicas de calidad de nuestros países, en textos completos, con acceso libre y universal y con indicadores bibliométricos de uso e impacto. La BVS en Ecuador se halla coordinada por el Proceso de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud Pública (MSP) y por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología (FUNDACYT). Además, cuenta con el apoyo de la red de universidades públicas y privadas del país, de los centros de investigación y de las instituciones que poseen bibliotecas y centros de documentación sobre salud.

En la Red ScienTI, entre otros actores, participan los organismos de ciencia y tecnología de más de diez países americanos, organismos internacionales, y grupos de investigación sobre tecnologías de gestión de fuentes de información. La Red produce y estimula una amplia disseminación e intercambio de información sobre currículos de investigadores, directorios de grupos e instituciones, programas de investigación, agendas y programas de financiamiento de actividades de investigación en salud, proyectos en curso, indicadores de infraestructura, recursos y productos científicos, localización de especialistas, etc.

El Foro Internacional celebrado en Bahía, también aprobó una declaración sobre acceso abierto (*open access*) que expresa por primera vez un posicionamiento público al respecto desde el punto de vista de los países en desarrollo. Este avance apuntala el derecho a acceder sin restricciones a la información científica y a su uso, promueve la equidad y se orienta a aumentar la capacidad de los científicos e interesados para acceder a la ciencia mundial y contribuir a ella. Desde esta perspectiva, los participantes del Foro instaron a los gobiernos a que hagan del acceso abierto una alta prioridad en las políticas de desarrollo científico. Específicamente, solicitaron:

1. Exigir que la investigación financiada con fondos públicos esté disponible en forma abierta.
2. Considerar el costo de la publicación como parte del costo de la investigación.
3. Fortalecer las revistas locales de acceso abierto, los repositorios y otras iniciativas pertinentes.
4. Promover la integración de la información científica de los países en desarrollo dentro del acervo del conocimiento mundial.
5. Exhortar a la comunidad científica internacional a colaborar para garantizar que la información científica sea de libre acceso para todos y por siempre.

Gestión del conocimiento en salud

El conocimiento es una herramienta fundamental para la salud, por lo que surge la necesidad de orientar una adecuada gestión del conocimiento, entendida como la capacidad de transferir los resultados de la investigación (conocimiento) a políticas, programas y prácticas que puedan mejorar la calidad de vida y prolongar la sobrevivencia (WHO, 2005). Salud y calidad de vida constituyen principios y desafíos de los gobiernos en su compromiso social con la población. De ahí el papel trascendental que tienen que cumplir la ciencia y la tecnología en

la generación y aplicación del conocimiento, vinculándolo a las necesidades y prioridades de las comunidades.

La gestión del conocimiento se refiere a una variedad de actividades dirigidas a mejorar la utilización de éste, a asegurar el cumplimiento de las tareas a través de la creación, coparticipación y aplicación del conocimiento (WHO, 2004). La gestión efectiva del conocimiento resuelve problemas. La coparticipación y uso del conocimiento reduce errores y proporciona interacciones de mayor calidad entre los colaboradores, permite una mejor implementación de las mejores prácticas y aligera el proceso de toma de decisiones. La transferencia del conocimiento es el proceso de trasladar conocimiento a “públicos” específicos como estudiantes, tomadores de decisiones, organizaciones profesionales, practicantes individuales, etc.

Dentro de este proceso, también es importante el uso del conocimiento, que constituye el último paso en la fase de la investigación. El uso del conocimiento para funciones específicas, incluye aspectos como definición de políticas, asignación de recursos, manejo de programas y práctica profesional.

La gestión del conocimiento en salud realizado por SENACYT/FUNDACYT

En el año 1973, se tomó la primera iniciativa del gobierno ecuatoriano en el campo de la ciencia y la tecnología: dentro de la Junta de Planificación, se creó la Unidad de Ciencia y Tecnología. Posteriormente, el marco legal dio origen a la creación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), la Dirección Ejecutiva y las Comisiones Sectoriales. Y en 1979, se expidió la Ley del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.

En este marco, el CONACYT fue definido como un órgano asesor del Consejo Nacional de

Desarrollo (CONADE). Sin embargo, la falta de apoyo político de los gobiernos, lo mantuvieron aislado del contexto social, económico y cultural. La institución no alcanzó el reconocimiento social necesario, por lo que se procedió a dictar disposiciones normativas para la reorganización del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SNCYT) y la supresión del CONACYT.

Desde el año 1994, el organismo nacional de ciencia y tecnología cuenta con un nuevo marco legal: se crean la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), adscrita a la Vicepresidencia de la República, como nivel político y ente público rector del SNCYT, y a nivel ejecutivo-operativo, se crea la Fundación para la Ciencia y Tecnología (FUNDACYT). Dentro del Programa de Acción para el cuatrienio 1996-1999, se incorporó el denominado Programa FUNDACYT/BID con un préstamo reembolsable del Banco Interamericano de Desarrollo (BOD) y un aporte del gobierno nacional. Dicho programa estableció cinco áreas prioritarias: biomedicina; alimentos; recursos naturales y medio ambiente; materias primas y minerales; e ingeniería y procesos industriales.

El apoyo del Programa FUNDACYT/BID en los campos de la salud, la nutrición y la biomedicina, se concretó en el apoyo a los siguientes proyectos y acciones:

- Centro de Biomedicina de la Universidad Central
- Diagnóstico biotecnológico y control epidemiológico del cólera
- Diseño y construcción de instrumentos para papanicolau
- Marcadores citogenéticos del cáncer
- Daño cromosómico en linfocitos de trabajadores de cerámica expuestos al plomo
- Nutrición materna-morbilidad neonatal
- Diseño y construcción de equipo médico para atención del parto vertical
- Estudio de las propiedades inmunológicas y patogénicas de componentes de leptospira y fasciola hepática

- Estudios inmunológicos y moleculares de la enfermedad de Chagas
- Valoración inmunológica para trasplantes de tejidos.

Además, a través de este mismo programa, se formaron 16 profesionales a nivel de maestría (9 en el exterior y 7 en el Ecuador), y 7 a nivel de doctorado en las áreas de salud, nutrición y biomedicina. En el periodo 2002-2004, se seleccionaron 27 nuevos proyectos de investigación, de los cuales 4 estaban vinculados con el área de salud, nutrición y biomedicina.

En el año 2005, SENACYT/FUNDACYT, a través de convocatorias concursables, ha apoyado a proyectos de investigación de universidades, escuelas politécnicas e institutos, así como a la formación de recursos humanos en cuarto nivel, tanto en el país como en el exterior.¹ Este apoyo se ha concretado en las áreas de salud, nutrición y biomedicina a través de los proyectos listados a continuación:

- Estudio de genes reparadores del daño del ADN y de apoptosis en población afectada de cáncer y en población con riesgo cancerígeno
- Comportamiento citogenético y molecular de la leucemia aguda en la población infantil y adulta ecuatoriana
- Estudio de la prevención secundaria del infarto agudo del miocardio
- Factores de riesgo que determinan la respuesta al tratamiento de la neurocisticercosis
- Investigación sobre pacientes con infección tuberculosa confirmada con cultivo (en la que se determinó que la afectación de la inmunidad molecular se asocia con deficiencia de Zinc)
- Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes ecuatorianos y factores de riesgo involucrados

- Infección por *Chlamydia Trachomatis* y/o *Noisseria Gonorrhea* en gestantes por parto pre-término o ruptura de membranas en Guayaquil y Quito
- Búsqueda de proteasa e inhibidores de proteasa vegetal con aplicaciones industriales y biomédicas
- Estudio agrotecnológico, fotoquímico y farmacológico de valeriana decussata
- Suplementación con Coenzima Q10 a mujeres embarazadas como una estrategia para reducir la mortalidad materna por preclamsia.

Líneas de investigación desarrolladas en el país en el sector salud

En base a la información elaborada por el Proceso de Ciencia y Tecnología del MSP en el año 1976 (MSP, s/f), y en el marco de un convenio celebrado entre ese Ministerio, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la Universidad Central del Ecuador, se decidió la creación del Instituto de Investigación Médico Social (IIMS), orientado a la organización de la investigación y difusión científica en el país y al establecimiento de un centro de documentación.

Decisiones posteriores determinaron la cancelación de este compromiso intersectorial y la creación, en 1978, del IIMS dependiente del MSP, lo cual limitó su enfoque inicial y su ámbito de acción. A esta decisión se agregó, en 1979, la integración del Instituto de Nutrición con el IIMS, situación que limitó aún más la acción médico social de la iniciativa propuesta en 1976.

1 En cuanto a la formación de cuarto nivel en el año 2005, 2 de los 15 becarios han sido seleccionados para maestrías en el Ecuador en salud y nutrición; y 2 de 10 becarios han sido seleccionados para estudios en el exterior en las mismas áreas.

La nueva estructura fue desmembrada en 1982. La investigación quedó limitada al trabajo del Proyecto Bocio del MSP, y la capacidad instalada del laboratorio fue integrada al Instituto Nacional de Higiene. En 1988, se creó el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IIDES) al que se le asignaron las funciones de los diferentes institutos que le precedieron, incluyendo las funciones del Instituto de Recursos Odontológicos del Área Andina (creado por resolución adoptada por los ministros de Salud de los países andinos en 1974 en Caracas).

En 1998, una disposición del MSP expidió la creación del Instituto de Ciencia y Tecnología en Salud (ICT), cuyo propósito fue ser “la instancia rectora en investigación científica y desarrollo tecnológico en salud, para contribuir a elevar las condiciones de vida de la población”. Finalmente, en el 2003 y 2004, la nueva estructura organizacional por procesos del MSP dió lugar a la definición del Proceso de Ciencia y Tecnología que se mantiene hasta la actualidad.

Esta relación histórica nos deja ver que la decisión de hace casi 30 años de crear el Instituto de Investigaciones Médico Sociales marcó la posibilidad de generar un proyecto integral para la producción de conocimientos y la formación de investigadores que respondan a las necesidades y prioridades del país, por medio de una respuesta científica, técnica y social. Sin embargo, el proyecto fue neutralizado y su potencial quedó limitado por las decisiones que desencadenaron la desintegración del mismo. Como consecuencia, se vio suspendida la posibilidad de disponer de un programa nacional de ciencia y tecnología, que al cabo de cinco lustros de desarrollo hubiera sido un sustento significativo para la salud de la población ecuatoriana.

Desafíos en la gestión del conocimiento en salud

Durante las últimas dos décadas no ha existido un eje de política nacional de ciencia y tecnología en salud. En consecuencia, no se ha dispuesto de un plan de desarrollo que promueva un pensamiento y una acción estratégica, a nivel interinstitucional e intersectorial, para contribuir científicamente a la solución de los problemas de salud de la población ecuatoriana. El país ha realizado importantes inversiones en la formación de investigadores en salud, pero su accionar posterior ha sido disperso, obteniendo como resultado aportes limitados a la solución de los problemas prioritarios de la mayoría de la población.

El uso de las herramientas tecnológicas debe ser aprovechado para la organización de redes que apoyen los procesos de capacitación y actualización permanente del personal de salud. Asimismo, el uso de la telesalud debe apuntar a mejorar la calidad del servicio y el proceso de referencia y contrarreferencia. Por otra parte, se deben fortalecer las redes de servicios e instalar una infraestructura de información que permita una actualización permanente sobre la situación de salud, y así, facilite la toma de decisiones oportunas.

Las políticas de ciencia y tecnología en salud deberán considerar: la situación de morbilidad y mortalidad en el país; la necesidad de formar investigadores vinculados a las instituciones de educación superior para apoyar el proceso de producción de conocimientos y la formación de recursos humanos; la asignación de recursos financieros; el acceso a fuentes de información en forma dinámica y oportuna; y, finalmente, la promoción de la cooperación interinstitucional e intersectorial, así como la cooperación entre países.

En esta línea, la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación que han formulado SENACYT/FUNDACYT (2005) para el periodo 2006-2010, establece entre sus objetivos “contribuir a la solución de los problemas sociales más significativos para mejorar la calidad de vida de la población a través de la investigación científica y tecnológica, asegurando la continuidad de desarrollos científicos que demanda la sociedad y el uso eficiente de la infraestructura de investigación y tecnologías de información del país”. Dentro del proyecto de políticas de ciencia, tecnología e innovación, en los programas de fomento de la investigación y de la generación de conocimiento para la solución de problemas nacionales, está incluido el Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud

y Nutrición, que incluye las siguientes áreas de prioridad: básica-biomédica, epidemiológica, clínica, sistemas y servicios de salud, y, seguridad alimentaria y nutricional.

Partiendo de todos estos avances, el objetivo fundamental en cuanto a la gestión del conocimiento deberá ser la democratización del conocimiento en tecnologías de comunicación e información, propendiendo a una mayor inclusión social y al desarrollo endógeno del país. Se debe suplantar aquella acción meramente divulgativa del conocimiento científico a través de los medios de comunicación, por una visión que promueva el enfoque de una ciencia pertinente para resolver los problemas prioritarios del Ecuador.

Bibliografía:

Comisión Interamericana de Comunicaciones (CITEL) 2005 *Agenda para la Conectividad para las Américas y Plan de Acción de Quito* <http://www.citel.oas.org>

Comunidad Sudamericana de Naciones (CSN) 2005 *Programa de Acción*. I Reunión de Jefes de Estado de la Comunidad Sudamericana de Naciones. Brasília, Brasil, 30 de Septiembre de 2005.

Declaración de Salvador. Compromiso con la Equidad 2005. Noveno Congreso Mundial de Información en Salud y Bibliotecas y Séptimo Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud. Salvador, Brasil, 19 al 23 de Septiembre de 2005.

Gates, Bill 1999 *Business @ the Speed of Thought* (New York: Warner Books).

Health Communication Materials Network 2005. <http://www.m-mc.org/hcmm/> 2005

Ministerio de Salud Pública (MSP) 2004 *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/CONASA).

Ministerio de Salud Pública (MSP) s/f *La gestión del conocimiento y de la tecnología en salud en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 1978-2005. Visión y perspectiva en 25 años*. Mimeógrafo.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2003 *Informe sobre el Desarrollo Humano* (PNUD).

SENACYT-FUNDACYT 2004 *Memoria Anual*.

SENACYT, FUNDACYT 2005 *Política nacional de ciencia, tecnología e innovación 2006-2010 (proyecto)*. Mimeógrafo.

Sánchez, Jacob, Castaner Sierra y Miguel Moráis 2003 “Retos de la tecnología de la información y las comunicaciones para el desarrollo” en *Desarrollo. Revista de la Sociedad Internacional para el Desarrollo* No.33.

Weiss 1986 “Health and Biomedical Information in Europe” en *Public Health / Europe Series* Vol.27.

World Bank 1999 *World Development Report 1998/99. Knowledge for Development* (New York: Oxford University Press).

World Health Organization (WHO) 2004 *World Health Report on Knowledge for Better Health* (Geneva: WHO).

World Health Organization (WHO) 2005 *Health and the Millennium Development Goals* (Geneva: WHO).

Parte VI

Balance y desafíos

Las desigualdades en el Ecuador y su efecto en la salud

David Acurio Páez*

Introducción

A través de este artículo se llama la atención sobre las disparidades sociales existentes en el Ecuador y sobre el modo en que éstas se han profundizando hacia el inicio del nuevo milenio, modificando el estado general de la salud de los y las ciudadanas del país. En la primera parte ofrecemos una explicación sucinta sobre la importancia del análisis de inequidades en el campo de la salud; a continuación ofrecemos una mirada sobre los datos existentes hasta el año 2000, aproximadamente, que permiten analizar las condiciones de desigualdad en el país; y finalmente, realizamos una breve anotación referida a los desafíos que debemos enfrentar a futuro.

El enfoque de la equidad en el campo de la salud

Para ser justa, una sociedad debe asegurar que sus miembros puedan ejercer libertades básicas, debe garantizar el derecho universal a la participación política y debe asegurar la igualdad de oportunidades permitiendo únicamente la existencia de aquellas desigualdades que benefician a los sectores menos favorecidos (Rawls, 1999). Desde esta perspectiva, la equidad se define como un concepto ético fundamentado en el principio de justicia distributiva.

En el campo de la salud específicamente, se puede definir a la equidad como la ausencia de

disparidades, tanto en los resultados de salud como en sus determinantes socioeconómicos, entre grupos sociales que tienen diferentes niveles de desarrollo (Braveman, 1999). En una línea similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a las inequidades como aquellas “diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se las considera incorrectas e injustas” (Whitehead, 1992). Como lo confirman éstas y otras referencias, las personas más prósperas y mejor educadas dentro de la sociedad tienden a llevar una vida más sana y prolongada. Nuestra salud, en efecto, se ve influida no sólo por la facilidad para consultar a un médico sino también por nuestra posición social, o bien, por la desigualdad subyacente en nuestra sociedad (Kennedy, 2002). Dado que los factores sociales desempeñan un papel importante en la determinación de nuestra salud, los esfuerzos por alcanzar mayores grados de justicia en el disfrute de la salud no deben centrarse solamente en analizar el alcance de los servicios frente a la atención de la enfermedad. Más allá de esta dimensión curativa, la lucha por la equidad dentro del campo de la salud debe desentrañar la acumulación de condiciones sociales que determinan el estado de la salud de las personas.

La desigualdad en el Ecuador

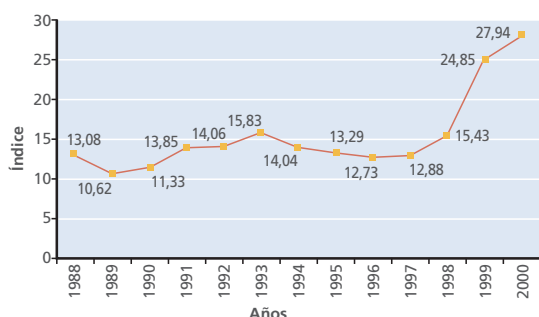
De acuerdo al INEC (2001), Ecuador tiene una población de 13'408.270 habitantes. Aproximadamente 75% de la población vive

* Director, Dirección de Desarrollo Social – Consejo Provincial del Azuay

en el área urbana y 25% en el área rural. La concentración de la riqueza en el país es bastante marcada: el 10% más rico de la población capta casi el 43% del ingreso, mientras que el 10% de los más pobres recibe apenas el 0,6% del ingreso (Badillo, 2000). Tales desigualdades de ingresos se han incrementado permanentemente durante las últimas décadas. La proporción de población pobre en el país se ha incrementado de un 47% en 1975 a un 70% en 1999, hasta bordear un 80% en el año 2002. Después del proceso de dolarización (1999-2000) se profundizó la exclusión de varios sectores sociales: como lo registra el siguiente gráfico, durante este periodo las personas más pobres recibían 28 veces menos ingresos que aquellas que vivían en las mejores condiciones.

Gráfico 1

Diferencia de ingresos entre el primer y el quinto quintil Ecuador (1988-2000)



Fuente: SIISE 2,5

En 1995, los trabajadores (hombres y mujeres) que vivían en las ciudades ganaban algo más del doble que aquellos que vivían en las áreas rurales. Junto a esta brecha de ingresos entre el campo y la ciudad, la gran disparidad en la remuneración que perciben las mujeres con

respecto a los hombres ha sido una constante en el país. En promedio, los ingresos laborales de las mujeres son una tercera parte (27%) menores que los de los hombres. Al respecto, cabe destacar que estas cifras se refieren solamente a quienes tienen un trabajo remunerado y no a los trabajadores sin pago; por ello, la diferencia real en la remuneración entre mujeres y hombres es todavía mayor a la señalada.

Por otro lado, únicamente el 56% de la población tiene acceso a los servicios básicos (agua potable, energía eléctrica y alcantarillado). En el área rural esta situación es todavía peor: allí únicamente el 44% de familias cuentan con servicios básicos. Asimismo, las diferencias existentes entre los niveles de educación de la población urbana y rural son sumamente altas: el Índice de Educación¹ es de 69 puntos sobre 100 en la ciudad y apenas de 44 puntos sobre 100 en el campo. Algo similar ocurre con el Índice de Salud²: en la ciudad este indicador alcanza los 68 puntos sobre 100 y en el campo sólo 43 puntos sobre 100 (SIISE versión 3.5, 2003).

Por su parte, los indicadores macroeconómicos indican una mejoría en las condiciones de desarrollo. Sin embargo, este diagnóstico alentador se modifica si observamos el estado de algunos sectores frente a otros. Así, por ejemplo, si bien los niveles de alfabetización se han incrementado en el Ecuador, todavía se mantienen porcentajes de 5,5% de analfabetismo en el área urbana y de 18% en el sector rural.

La situación de salud

Durante los últimos años ha ocurrido un proceso constante de decrecimiento del financiamiento

- 1 El Índice de Educación constituye una combinación de los indicadores de alfabetismo, años de escolaridad, acceso a la instrucción superior, y tasas netas de asistencia a la primaria, secundaria y superior, que maximiza su representatividad. Este Índice se presenta en una escala de 0 a 100 puntos. Valores mayores indican mejores condiciones educacionales y viceversa.
- 2 El Índice de Salud constituye una combinación lineal de los indicadores de mortalidad infantil, desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud, y viviendas con agua potable, que maximiza su representatividad. Al igual que el anterior, este Índice se presenta en una escala de 0 a 100 puntos. Valores mayores indican mejores condiciones de salud y viceversa.

estatal a los servicios de salud. Como consecuencia, el gasto del bolsillo de las familias ha aumentado, llegando a constituir alrededor del 34% del financiamiento total de los gastos en salud que se realizan en el Ecuador (MSP, MODERSA, 2001).

Solamente el 23% de la población tiene afiliación a algún sistema de seguridad en salud. Los porcentajes de afiliación entre los hombres tienden a aumentar con la edad (29,9% entre los 14 y 49 años y 39,2% a partir de los 50 años). En contraste, sucede lo contrario entre las mujeres: a mayor edad, menor es su acceso a sistemas de aseguramiento en salud (32,5% entre los 0 a 14 años, 24,1% entre los 15 a 49 años y 26,0% a partir de los 50 años) (OPS/OMS, 2002). Esta diferencia se genera por la mayor participación de los hombres en el mercado laboral formal, en razón de que la seguridad social beneficia exclusivamente al trabajador asalariado y no a su familia. Sin embargo, la nueva ley de seguridad social ecuatoriana habla de la posibilidad de afiliarse a los familiares del trabajador.

Hasta la actualidad, el Seguro Social Campesino ha sido una opción para enfrentar las inequidades de acceso a servicios de salud en el sector rural. Este Seguro brinda atención a toda la familia de los afiliados, permitiendo que un buen porcentaje de mujeres del campo accedan a servicios de

salud. Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, mientras que en el área urbana solamente un 4% de las mujeres de los hogares más pobres están afiliadas al seguro, en el campo el 22% de mujeres pobres tienen acceso a los servicios de salud y seguridad social (cuadro 1).

Los servicios de salud de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud Pública (MSP) presentan una barrera económica importante: en casos de enfermedad o accidentes, entre la población de menores ingresos apenas el 35% consulta a un médico que trabaje en estos servicios, mientras que entre aquellos que tienen más posibilidades esta proporción es del 56%. Asimismo, el grupo de mayores ingresos acude preferentemente a clínicas particulares y los más pobres a los establecimientos públicos (INEC, 1998).

En cuanto a la atención del parto, podemos ver que la atención institucional representa un 76,1% y la no institucional un 23,9%. Dentro de la atención no institucional, el domicilio constituye el principal lugar donde se realizan los partos (INEC, 1998).

Sobre la realización del examen de papanicolaou (que permite prevenir el cáncer de cuello de útero), se observa que más de la mitad (56%) de mujeres en edad reproductiva nunca se ha realizado este examen. Adicionalmente, este

Cuadro 1

Afiliación a seguro de salud por quintil de gasto según zona (urbano-rural) y sexo. Ecuador (1998)

Quintiles de gastos	Urbano			Rural		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1 (más pobre)	7,1%	4,2%	5,7%	21,2%	21,9%	21,6%
2	9,6%	4,4%	7,0%	27,4%	27,9%	27,6%
3	19,1%	9,9%	14,4%	29,8%	27,5%	28,7%
4	26,7%	18,0%	22,2%	22,3%	17,9%	20,1%
5 (más rico)	44,3%	39,6%	41,8%	31,2%	21,8%	26,7%
Promedio	21,4%	15,2%	18,2%	26,4%	23,4%	24,9%
Razón Q5/Q1	6,2	9,4	7,3	1,5	1,0	1,2

Fuente: Hoja de resumen sobre desigualdades en Salud Ecuador - OPS/OMS. Encuesta de condiciones de vida, tercera ronda (1998)
Elaboración: ECV (1998)

porcentaje es mucho mayor entre las mujeres de 15 a 29 años (OPS, 2002). Al parecer, los recursos económicos son determinantes al momento de decidir realizarse un control preventivo. En efecto, las mujeres de los grupos más pobres son las que menos se realizan el examen con relación a las de mayores ingresos.

Por otro lado, el mejoramiento de la situación educativa de las madres y la disminución de la fecundidad han permitido que los promedios generales de desnutrición infantil se reduzcan en el país. Hacia inicios del nuevo milenio, un 26,4% de niños menores de 5 años presentaba desnutrición crónica. Sin embargo, en la sierra ecuatoriana y particularmente entre la población indígena (ver el cuadro 2 a continuación), este indicador todavía mantenía niveles muy altos: allí hasta el 58% de los niños padecía de desnutrición crónica (OPS/OMS, 2002) (cuadro 2).

Es bastante claro que la desnutrición infantil constituye un problema particularmente serio en el campo: en comparación a los índices de la ciudad, en 1999 más del doble de niños y niñas del campo tenía deficiencias de talla (desnutrición crónica). Asimismo, en ese año el porcentaje de niños y niñas del campo que exhibía deficiencias de peso (desnutrición global) era similar al promedio nacional de hace 13 años.

Frente a la realidad descrita a través de toda la información presentada hasta aquí, el presupuesto del Estado para los sectores de salud y educación ha sido claramente deficitario. Si bien la inversión social del Estado aumentó notablemente en la década de 1970, se redujo drásticamente en el decenio de 1980, y durante la última década del siglo pasado fluctuó junto a las cambiantes tendencias de la economía. De 1992 a 1996, la inversión social experimentó

Cuadro 2

Prevalencia de desnutrición por etnia. Ecuador (1998)

Población	Desnutrición crónica	Desnutrición global	Desnutrición aguda
No indígena	24	13,1	2,3
Indígena	58,1	30	3,5
Total	26,4	14,3	2,4

Fuente y elaboración: OPS, MSP (2001)

una ligera recuperación, pero hacia inicios del nuevo milenio mostró señales de rezago ante la demanda de la población.

Las condiciones sociales del país tienen consecuencias en la vida diaria de las localidades y de las personas. El nivel socioeconómico y de instrucción educativa de la población, por ejemplo, constituyen determinantes clave de las condiciones de salud. El que la población más pobre y con menores ingresos enferme en una proporción mayor a la población no pobre y con mejores niveles de instrucción, se suma al hecho de que el primer grupo poblacional busca atención profesional en menor medida. Por otra parte, las diferencias de género se visibilizan en el hecho de que las mujeres tienen menor probabilidad de recibir atención médica que los hombres, cualquiera sea su situación económica o área de residencia (urbana o rural)³.

En lo que se refiere a la salud de la niñez, el nivel de ingresos de la familia se convierte en un factor determinante al momento de decidir si se realizarán o no controles médicos del crecimiento de los hijos e hijas de una familia. En general, en las zonas rurales, que son más pobres, se realizan menos controles de crecimiento que en las zonas urbanas. Adicionalmente, si bien la condición económica de la familia se convierte

3 Sobre este punto, dicho sea de paso, se registra una excepción durante la edad reproductiva (15-49 años) que puede responder a un incremento significativo de los eventos que demandan consulta por situaciones relativas a la condición sexual y reproductiva de las mujeres en esa edad (Acurio, 2006).

en un determinante, la posibilidad de realizar este tipo de controles también se ve afectada por la condición de género: en general, se prioriza el cuidado de los hijos hombres por sobre el de las hijas mujeres. Por último, el nivel de instrucción del jefe del hogar también modifica la posibilidad de que se realicen controles de crecimiento: mientras mayor es la instrucción del jefe del hogar mayor es la preocupación por el estado de crecimiento de los niños y niñas.

Conclusiones y desafíos

Una conclusión, tal vez inmediata, que se puede generar a partir de la lectura de este artículo es que cambiar las condiciones de vida es más importante que impulsar la creación de nuevas infraestructuras de servicios de atención a la enfermedad. En efecto, para enfrentar la actual inequidad en el campo de la salud parece necesario que, por un lado, no perdamos el justo

sentido de la indignación frente una realidad cada vez más excluyente en el campo de la salud y que iniciemos procesos reales de cambio de las condiciones de vida. Realizar este tipo de cambios sustanciales no será posible si se parte de un enfoque limitado a la atención de la enfermedad y al acceso al sistema de salud. Más allá de estos aspectos, es necesario transformar las políticas generales del desarrollo del país y de los territorios más pequeños, reconociendo que la construcción de una sociedad más justa impacta positivamente en la salud.

Para influir efectivamente en la construcción de nuevas políticas nacionales y locales, se puede impulsar el trabajo dentro de algunas de las tres líneas propuestas por Diderichsen: 1) políticas destinadas a enfrentar la estratificación social existente; 2) políticas destinadas a prevenir los riesgos en los períodos sociales y biológicos críticos; y, 3) políticas destinadas a prevenir las consecuencias de la mala salud.

Bibliografía:

Acurio, David 2006 “El Tambo. Un territorio muchas realidades” en *Revista Universidad Verdad* (Cuenca).

Badillo 2000 *La proforma presupuestaria 2000 como herramienta de ajuste social* (Quito: UNICEF).

Braveman, Paula 1999 “Monitoring Equity in Health: a Policy Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries”.

Fundación Alternativas para el Desarrollo Social (ALDES) 2003 “Monitoreando y construyendo equidad en el nivel local” (Cuenca: ALDES).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1998 *Encuesta de Condiciones de Vida* (Quito: INEC).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2001 *Ecuador. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 2001–2010* (Quito: INEC).

Kennedy, Daniels 2002 “La justicia es buena para la salud” en *Boston Review* (Boston)

Ministerio de Salud Pública (MSP), MODERSA 2001 *Informe final de la estimación de cuentas nacionales de salud. Ecuador 1997* (Quito: MSP).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1998 “Hoja resumen sobre desigualdades en salud” (Quito: OPS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002 “Hoja resumen sobre desigualdades en salud” (Quito: OPS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP) 2001 *Equidad desde el principio. Situación nutricional de los niños ecuatorianos* (Quito: OPS/MSP).

Rawls, John 1999 *A Theory of Justice* (Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press).

Secretaría Técnica del Frente Social 2003 *Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) versión 3.5*.

Withehead, Margaret 1992 “The Concepts and Principles of Equity and Health” en *International Journal of Health Services* No.22

¿Cómo lograr un país equitativo?

León Roldós Aguilera*

Ecuator es un país con profundas desigualdades, históricamente arraigadas y mantenidas, en numerosos ámbitos sociales y económicos. La distribución del ingreso está marcada por una aberrante desigualdad que concentra más del 60% de la riqueza en el 20% más rico de la población, mientras en el otro extremo, el 20% más pobre apenas puede arañar un miserable 3% (SIISE, 2005). Es una vergüenza para el Ecuador que más de 2 millones de personas “sobrevivan” con 1 dólar diario o menos (PNUD, 2003).

Las manifestaciones de la desigualdad en otros ámbitos son igualmente alarmantes: la inversión social en salud y educación beneficia mucho más al quintil más rico en comparación al quintil más pobre (0,37 versus 0,08 y 0,26 versus 0,11, respectivamente). La brecha de disponibilidad de alimentos entre el 10% más pobre y el 10% más rico se ha agravado a lo largo de los años. En cuanto al acceso a servicios de salud, es revelador que en el decil más pobre, 35% de personas se vean forzadas a acudir a servicios privados, cuando, por otro lado, un significativo 64,2% afirma no haber demandado atención médica “por falta de dinero” (INEC, ECV 1995-2003).

El peor mal social es la falta de equidad, porque conlleva la acumulación de poder a favor de unos en perjuicio de otros. La pobreza genera

angustia y la falta de equidad rebela (y con razón).

La figura más próxima y cotidiana de la falta de equidad ha sido la relación mujer-hombre. La liberación de la mujer ha sido producto de la lucha por la dignidad humana, no sólo por ella, sino por la humanidad. La superación total de la inequidad que ha sufrido la mujer, será real cuando su presencia no constituya una excepción sino un reconocimiento de su valor. También se debe destacar que en Ecuador existen inequidades basadas en preconceptos racistas que debemos dejar atrás.

Un país equitativo, en el marco de una lucha frontal contra la pobreza es, quizá, el imperativo ético y el reto más importante para el nuevo Ecuador que debemos construir. El ‘cómo’ parte de un nuevo ejercicio del poder; un ejercicio transparente, competente y comprometido con los intereses mayoritarios, reiteradamente postergados por mezquinas prebendas en favor de pocos privilegiados. La conquista y ejercicio del poder, a su vez, demanda una acción colectiva organizada que crea en sus propias posibilidades y luche por el derecho que les asiste de construir poderes con mandatos claros de servicio general y no de usufructo personal. Tal derecho pasa por desarrollar sólidas competencias e instituciones de gestión local.

* Profesor, Universidad de Guayaquil

En este determinante contexto, será posible, entonces, sentar bases sólidas para universalizar, progresivamente, oportunidades de trabajo, alimentación, educación y salud que contribuyan a la tan mentada “reactivación productiva”. Pero tal reactivación deberá, inequívocamente, orientarse a mejorar la calidad de vida de

ecuatorianos y ecuatorianas sin exclusión. En esta gran tarea nacional, es imprescindible priorizar acciones a favor de los postergados de siempre y empezar a cambiar la historia. Vencer la injusticia sobre la que se funda la inequidad es un reto inaplazable.

El informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador

Pablo Salazar*

Del 6 al 8 de septiembre del 2000, los jefes de Estado de 189 naciones, incluyendo al Ecuador, se reunieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para ratificar su compromiso de construir un mundo más justo y próspero para todos.

Como resultado de la Declaración del Milenio, se propusieron 8 objetivos de desarrollo y 18 metas que deberán ser alcanzadas hasta el año 2015. En suma, sumando esfuerzos de la comunidad internacional, estos desafíos se orientan a combatir la pobreza, el hambre, la falta de acceso a la educación básica, la inequidad de género, la mortalidad materna e infantil, así como enfermedades como el VIH/Sida y otras que afectan a importantes segmentos de la población. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) buscan, asimismo, evitar la degradación ambiental.

El detalle de los ODM aprobados en la declaración es el siguiente:

- Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal¹
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer

- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Con la asistencia de un grupo asesor y de técnicos de diversas entidades estatales,² se prepararon los estudios que sirvieron de base para la elaboración del Primer Informe País.

La tabla que se presenta a continuación resume las 18 metas en las que se concretan los ODM y la situación en la que se encuentran los diversos indicadores que permiten su medición, seguimiento y evaluación. Además, la tabla permite visualizar el nivel potencial de cumplimiento de las metas. Las metas en color rojo indican aquellas que mayor dificultad implican; las que se presentan en amarillo, aquellas que pueden ser obtenidas con esfuerzos relativamente marginales; y las metas en verde corresponden a las que podrían ser alcanzadas en base a la continuidad de las políticas aplicadas, hasta el momento, en el país.

* Ex-consultor, Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM)

1 Debido al mandato constitucional, esta meta fue modificada para el caso ecuatoriano estableciéndose como meta la universalización de la educación básica (10 años de educación).

2 Entre las instituciones estatales participantes se destacan: la Secretaría Técnica del Frente Social, el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CONASA), el Ministerio del Ambiente (MAE), el Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Banco Central del Ecuador (BCE), el Consejo Nacional de Telecomunicaciones (CONATEL), el Instituto Ecuatoriano de Normalización y Censos (INEC), la Secretaría Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM), y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES).

Meta de desarrollo del milenio	Indicadores	Valores / Meta	
Meta 1: Reducir la extrema pobreza	• Incidencia de la pobreza extrema (línea internacional)	1999: 15,5% 2015: 7,7%	
	• Coeficiente de Gini	1999: 53,81 2015: 52,3	
	• Tasa real de crecimiento promedio del ingreso per cápita	1999-2004: 1,0% 2005-2015: 2 ó 3%	
Meta 2: Reducir el hambre	• Desnutrición crónica	1999: 22,9% 2000: 22,7% 2004: 17,4% 2015: 11,4%	
	• Desnutrición global	1999: 17,2% 2000: 16,4% 2004: 14,6% 2015: 8,6%	
Meta 3: Universalizar la educación básica	• Tasa neta de matrícula para educación básica	1995: 76,8% 2015: 100,0%	
	• Tasa neta de matrícula primaria	1995: 89,0% 1999: 90,3% 2003: 88,9% 2015: 100,0%	
	• Tasa de supervivencia (5.º grado)	1995: 76,5% 2002: 74,4% 2015: 100,0%	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros	• Relación hombres/mujeres en la educación primaria	1995: 0,99 2015: 1,00	
	• Relación hombres/mujeres en la educación secundaria	1995: 1,12 2015: 1,00	
	• Relación hombres/mujeres en la educación superior	1995: 1,18 2015: 1,00	
	• Relación en las tasas de analfabetismo de las mujeres entre 15 y 24 años de edad	1995: 0,75 2015: 1,00	
	• Relación en las tasas de analfabetismo de las mujeres de más de 15 años de edad	1995: 1,40 2015: 1,00	
	• Proporción de mujeres en los empleos remunerados no agrícolas	2000: 38,88 2015: 50,00	
	• Proporción de puestos en el Parlamento nacional ocupados por mujeres	1996: 5,70 2015: 50,00	
Meta 5: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	• Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	1990: 65,90 2000: 29,10 2015: 21,96	
	• Tasa de mortalidad infantil	1990: 49,90 2006: 35,60 2015: 16,60	
Meta 6: Reducir la mortalidad materna	• Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	1990: 117,20 2015: 29,30	
Meta 7: Detener la propagación del VIH/Sida	• Tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes	2003: 25,0% 2015: tasa negativa	
Meta 8: Comenzar a reducir la incidencia del paludismo y tuberculosis	• Tasa de prevalencia de paludismo por 100.000 habitantes	1990: 726,0	
	• Tasa de tuberculosis por 100.000 habitantes	1990: 47,2	
	• Frecuencia de muertes a causa de tuberculosis	2000: 1.130,0	
	• Tasa de casos de tuberculosis pulmonar detectados	1993: 46,5	

Meta de desarrollo del milenio	Indicadores	Valores / Meta
Meta 9: Revertir la pérdida de recursos del medio ambiente	• Proporción de la superficie de las tierras cubiertas por bosques	1990: 43,1% 2000: 38,0% 2015: 33,3%
	• Proporción de la superficie de las tierras protegidas para mantener la diversidad biológica	1990: 43,1 2015: 33,3
	• Uso de energía (kg de petróleo equivalente) por \$1.000 (PPA) del producto interno bruto (PIB) (Banco Mundial)	1995: 185 2015: 235
	• Uso de energía renovable / uso de energía no renovable	1995: 78,0 2015: 80,0
	• Emisiones de dióxido de carbono (CO ₂) per cápita	1990: 1,6 2015: 2,3
	• Consumo de clorofluorcarbonos (CFC) que agotan la capa de ozono	1990: 604 2004: 171 2015: 39
Meta 10: Incrementar el acceso sostenible a agua potable	• Proporción de la población con acceso a agua entubada	1990: 60,8% 2001: 77,0% 2015: 80,4%
	• Proporción de la población con acceso sostenible a agua entubada	2001: 51,5% 2015: 75,8%
	• Población con acceso adecuado a eliminación de excretas	1990: 37,1% 2001: 44,9% 2015: 68,6%
	• Proporción de aguas residuales domésticas e industriales que son tratadas antes de ser vertidas a los cursos de agua	1990: 5% 2015: 35%
Meta 11: Mejorar considerablemente la vida de los habitantes de tugurios	• Población que vive en tugurios	1990: 9,5% 2001: 15,9% 2015: 9,5%
Metas 12-15: Reducir a la mitad el servicio de la deuda como % de las exportaciones de bienes y servicios hasta el año 2015	• Servicio de la deuda externa / Exportaciones	1996: 16,8% 2000: 30,7% 2004: 19,3% 2015: 8,4%
	• Servicio de la deuda total / Exportaciones	1996: 24,0% 2000: 35,6% 2004: 32,1% 2015: 12,0%
Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo	• Tasa de desempleo entre los 15 y 24 años de edad	2003: 16,9% 2004: 16,2%
	• Tasa de desempleo entre los 15 y 24 años de edad (hombres)	2003: 13,8% 2004: 12,9%
	• Tasa de desempleo entre los 15 y 24 años de edad (mujeres)	2003: 21,6% 2004: 21,4%
Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a la población ecuatoriana	• Acceso de la población a medicamentos esenciales	
Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones	• Porcentaje de hogares con teléfonos convencionales	1995: 20,5%
	• Usuarios de Internet / población (tasa por mil habitantes)	1998: 0,34 2004: 14,52

Como se puede observar en esta síntesis, en general, el nivel de esfuerzo requerido en Ecuador para alcanzar los ODM será significativo.³ La factibilidad de cumplir exitosamente con este reto se basa en las siguientes metas centrales que deben ser alcanzadas por parte de la sociedad ecuatoriana:

1. Incrementar significativamente el nivel histórico del crecimiento económico real por habitante (del 1% per cápita anual al 2 ó 3%).
2. Lograr que este crecimiento se sustente en aquellos sectores económicos que mayores oportunidades de empleo y bienestar brinden a los ecuatorianos y ecuatorianas en peor situación relativa.
3. Revertir la tendencia nacional al incremento de la inequidad en la distribución del ingreso, principalmente a través de la priorización de la inversión social, incrementándola de forma sostenida y asegurando su eficiencia. Más específicamente, es necesario incrementar la

inversión pública en actividades requeridas para el cumplimiento de los ODM en alrededor del 2,5% del PIB.

4. Mantener la estabilidad macroeconómica y lograr que ésta se refleje en el incremento de los salarios reales y del empleo.
5. Reconstruir la institucionalidad pública en un marco de estricto cumplimiento de los derechos humanos.
6. Lograr los acuerdos nacionales requeridos para la concreción de estos retos.

El cumplimiento de los ODM no implica, evidentemente, únicamente un problema de orden técnico. Mucho más allá de este aspecto, alcanzar los ODM involucra un proceso de reconstrucción de las políticas públicas implementadas en el Ecuador. Para ello, es necesario un trabajo conjunto y mancomunado, o bien, asumir una agenda mínima que propenda a lograr el bienestar de la población ecuatoriana.

3 Para acceder a información desagregada sobre el nivel de avance en el cumplimiento de los ODM en las provincias de Pichincha, Azuay, Bolívar, Los Ríos y Manabí, consultar los informes elaborados por el Centro de Investigaciones Sociales del Milenio (CISMIL) con el auspicio de AEI, CONCOPE y PNUD. Adicionalmente, en la introducción de estos informes se incluye una reflexión conceptual que desarrolla una mirada crítica frente a algunos presupuestos que subyacen al establecimiento mismo de los ODM. [Nota del editor.]

Índice alfabético de autores

Acurio, David	441-445
Director, Dirección de Desarrollo Social – Consejo Provincial del Azuay	
Aguilar, Marcelo	104-110, 145-157
Experto nacional en malaria	
Aguilar Santacruz, Edison	368-377
Director, Instituto de Salud Pública – Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ex-médico salubrista, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	
Arauz, Víctor	158-165
Consultor, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador	
Barreiro, Pedro Isaac	378-385
Asesor técnico, Dirección General – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	
Barreto Vaquero, Dimitri	134-141
Profesor principal, Área de psiquiatría – Universidad Central del Ecuador	
Benavides, Miriam	97-103
Enfermera nacional, Programa de Control de Tuberculosis – Ministerio de Salud Pública (MSP).	
Betancourt, Óscar	177-192
Director ejecutivo, Fundación Salud Ambiente y Desarrollo (FUNSAD)	
Bustamante, Fernando	3-12
Profesor-investigador, Área de sociología y ciencias políticas – Universidad San Francisco de Quito	
Carpio, Arturo	428-437
Ex-funcionario, Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT)	
Cevallos, Othón	145-157
Consultor, Proyecto Gestión del Riesgo ENSO en América Latina	
Coello, Xavier	145-157
Consultor, Proyecto Gestión del Riesgo ENSO en América Latina	
Coral, Patricia	145-157
Profesora, Departamento de Ciencias del Agua – Escuela Politécnica Nacional de Quito	

Índice alfabético de autores

Echeverría, Ramiro	213-221
Director, Fundación Eugenio Espejo	
Fierro Benítez, Rodrigo	70-73
Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador	
Fuenmayor Flor, Guillermo	271-276
Funcionario, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
González, Ramiro	352
Ex-prefecto de Pichincha	
Granda, Edmundo	393-406
Profesional nacional en recursos humanos, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador. Profesor, Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública – Universidad Central del Ecuador y profesor – Universidad Nacional de Loja	
Guerrero, Marco	301-313
Ex-asesor técnico, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)	
Herdoiza, Amyra	96
Directora, Corporación KIMIRINA	
Hermida, César	57-60, 284-289
Ex-subsecretario de Salud	
Laspina, Carmen	294-298
Directora, Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Leal, Irene	256-270
Asesora de inmunizaciones, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)	
Lolas Stepke, Fernando	407-413
Profesor titular de psiquiatría, Universidad de Chile. Coordinador, Unidad de Bioética – Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Chile	
López Pulles, Ramiro	271-276
Funcionario, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Merino, Cristina	222-237
Ex-consultora, Consejo Nacional de la Salud (CONASA) y proyecto MODERSA. Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ecuador (ORHUS-E)	
Moncayo Gallegos, Paco	350-351
Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito	
Moreano Barragán, Marcelo	238-248
Oficial, Programa Mundial de Alimentos (PMA) sede Ecuador	

Naranjo, Plutarco	61-69
Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Presidente de la 43.ª Asamblea Mundial de la Salud. Condecorado por la OPS/OMS como Héroe de la Salud Pública. Miembro de número de las Academias Ecuatorianas de Medicina, Historia y de la Lengua. Autor de más de 30 libros y opúsculos y más de 300 publicaciones en revistas	
Narváez Grijalva, Eulalia	87-95
Experta nacional, Subproceso de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Narváez Olalla, Alberto	87-95
Ex-director, Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/sida e ITS – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Ortega Pérez, Fernando	414-423
Director, Departamento de Desarrollo Comunitario Integral – Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito	
Ortiz, Eduardo	158-165
Ex-consultor, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador	
Ortiz, Santiago	31-40
Profesor-investigador, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) sede Ecuador	
Paredes Suárez, Mario	271-276
Director nacional, Proceso de Ciencia y Tecnología – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Pozo, Guadalupe	256-270
Experta nacional, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Quan, Ana	158-165
Consultora, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador	
Rodas Andrade, Edgar	277-283
Ex ministro de Salud Pública del Ecuador	
Rodríguez, Lily	203-210
Experta nacional en salud reproductiva, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) sede Ecuador	
Roldós Aguilera, León	446-447
Profesor, Universidad de Guayaquil	
Sacoto, Fernando	317-349, 363-364
Director, Fundación Ecuatoriana para la Salud y el Desarrollo (FESALUD)	
Salazar, Fernando	386-390
Jefe de planificación, Dirección Nacional de Salud – Policía Nacional del Ecuador	
Salazar, Pablo	448-451
Ex-consultor, Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM)	

Índice alfabético de autores

Sarrazin Dávila, Luis	249-255
Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Miembro de la Comisión Nacional de Farmacología – CONASA	
Terán Mogro, Guido	166-176
Profesor, Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Técnica de Manabí y Facultad de Ciencias Médicas – Universidad de Guayaquil	
Tituaña, Auki	353-362
Alcalde de Cotacachi	
Vásconez, Juan	195-202
Oficial de salud y nutrición, UNICEF sede Ecuador	
Velasco Abad, Margarita	13-25, 41-54, 290-293, 365, 366-367
Profesora-investigadora, Instituto Superior de Posgrado en Salud Pública y Escuela Nacional de Enfermería – Universidad Central del Ecuador	
Vásconez, Nancy	256-270
Ex-jefa, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Vélez, Lenin	111-121
Experto nacional, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y otras enfermedades vectoriales – Ministerio de Salud Pública (MSP)	
Vega, Luz Marina	424-427
Consultora nacional. Asesora, Comité de Salud de Cotacachi	
Vera, Bolívar	177-192
Director administrativo, Fundación Salud Ambiente y Desarrollo (FUNSAD)	
Victoria, Diego	299-300
Ex-representante, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador	
Villacrés, Nilhda	301-313
Ex-asesora técnica, Secretaría de Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM-AUS)	
Yépez, Patricio	428-437
Ex-funcionario, Fundación para la Ciencia y la Tecnología (FUNDACYT)	
Yépez, Rodrigo	74-86
Director, Instituto de Salud Pública – Universidad Central del Ecuador. Presidente, Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN)	
Yépez Maldonado, José	122-133
Experto nacional, Registro Nacional de Tumores – Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) núcleo de Quito	

