

# 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

 <b>Presentación</b> .....	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 <b>Prólogo</b> .....	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 <b>Introducción</b> .....	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 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>
---

## **CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS**

 La salud de las niñas, niños y adolescentes ..... 195 <i>Juan Vásconez</i>
---

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos ..... 203 <i>Lily Rodríguez</i>
---

## **PARTE III**

### **LA RESPUESTA DEL ESTADO**

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma ..... 213 <i>Ramiro Echeverría</i>
---

 Los recursos humanos en salud ..... 222 <i>Cristina Merino</i>
---

 Las acciones y políticas nutricionales ..... 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>
---

 La política de medicamentos ..... 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones ..... 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud ..... 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud ..... 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  
*Luz Marina Vega*
-  Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud ..... 428  
*Arturo Carpio y Patricio Yépez*

## PARTE VI

### BALANCE Y DESAFÍOS

-  Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud ..... 441  
*David Acurio*
-  Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador ..... 448  
*Pablo Salazar*

### LISTA DE RECUADROS

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

 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>
 <b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES</b> ..... 453

# Cambios en la vida de grupos humanos prioritarios

## La salud de las niñas, niños y adolescentes

Juan Vásconez\*

**E**n 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).