

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 <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>
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

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,

crystaliza 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).