

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

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.	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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.</p> <p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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.</p> <p>Elaborar y establecer normas de ética y bioética como base fundamental en el ejercicio médico e investigación científica y tecnológica.</p> <p>Elaborar y establecer normas para la organización de comités de bioética a nivel nacional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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.	<ol style="list-style-type: none"> 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 sorpresa 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.