

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 salud pública en América Latina

Margarita Velasco Abad*

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La atención primaria de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

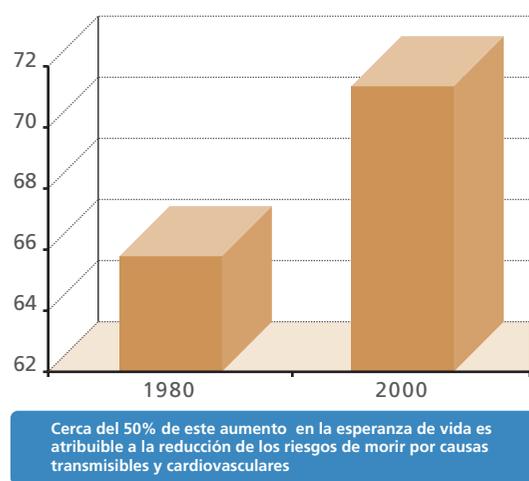
No es arriesgado afirmar que la atención primaria tuvo un gran impacto, mensurable en algunos indicadores fundamentales, en la calidad de vida de los países de América Latina. En efecto, la OPS considera que algunas de las mejoras que detallamos a continuación, empezando por la esperanza de vida (ver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

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

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

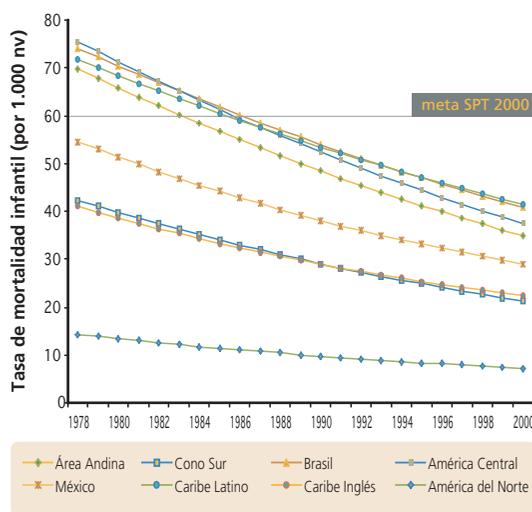
La reducción de enfermedades transmisibles constituye el logro más importante registrado en el estado de la salud de la región. En el gráfico 3 se puede observar la magnitud de esta mejoría. Cabe resaltar que la polio fue erradicada del continente en la década del noventa. Asimismo, es digno de mención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

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



Fuente: OPS (2002)

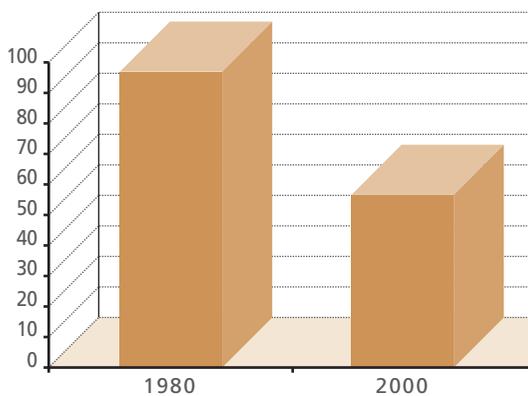
Gráfico 2
Reducción de la mortalidad infantil
América Latina (1978-2000)



Fuente: OPS (2002b)

Gráfico 3

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



* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: OPS (2002b)

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

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

La promoción de la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Los sistemas locales de salud en América Latina

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

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

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

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

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

La reforma del sector salud en América Latina

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

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

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

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

Los resultados de la reforma de salud

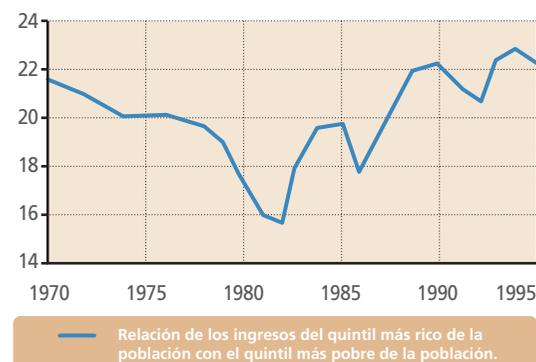
A nivel global, resulta preocupante observar que en la actualidad los países pobres no han alcanzado siquiera los niveles de mortalidad infantil que los países ricos tenían en 1950. América Latina, como región, es la más inequitativa

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

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

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

Gráfico 4
Inequidad en América Latina (1970-1995)



Fuente: Londoño y Szekely (1997)

Cuadro 1

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

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

Fuente: OPS (1999)

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

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

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

economías como las capacidades de las distintas sociedades se debilitaron.

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

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

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

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

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

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

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

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

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

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

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

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

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

América Latina y El Caribe: indicadores de salud

Población en el 2002: 800 millones

Esperanza de vida al nacer en el 2005: 70 años

Población sin servicios básicos en el 2002: 125 millones

Población sin seguro de salud en el 2002: 230 millones

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

Hogares pobres en el 2002: 41%

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

Avances

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

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

Cobertura del saneamiento ambiental en el 2005: 77%

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

Tasa de mortalidad general en el 2005: 6%

Partos atendidos por personal calificado en el 2005: 82%

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

Bibliografía:

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