

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

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

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

Comité editorial:

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

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

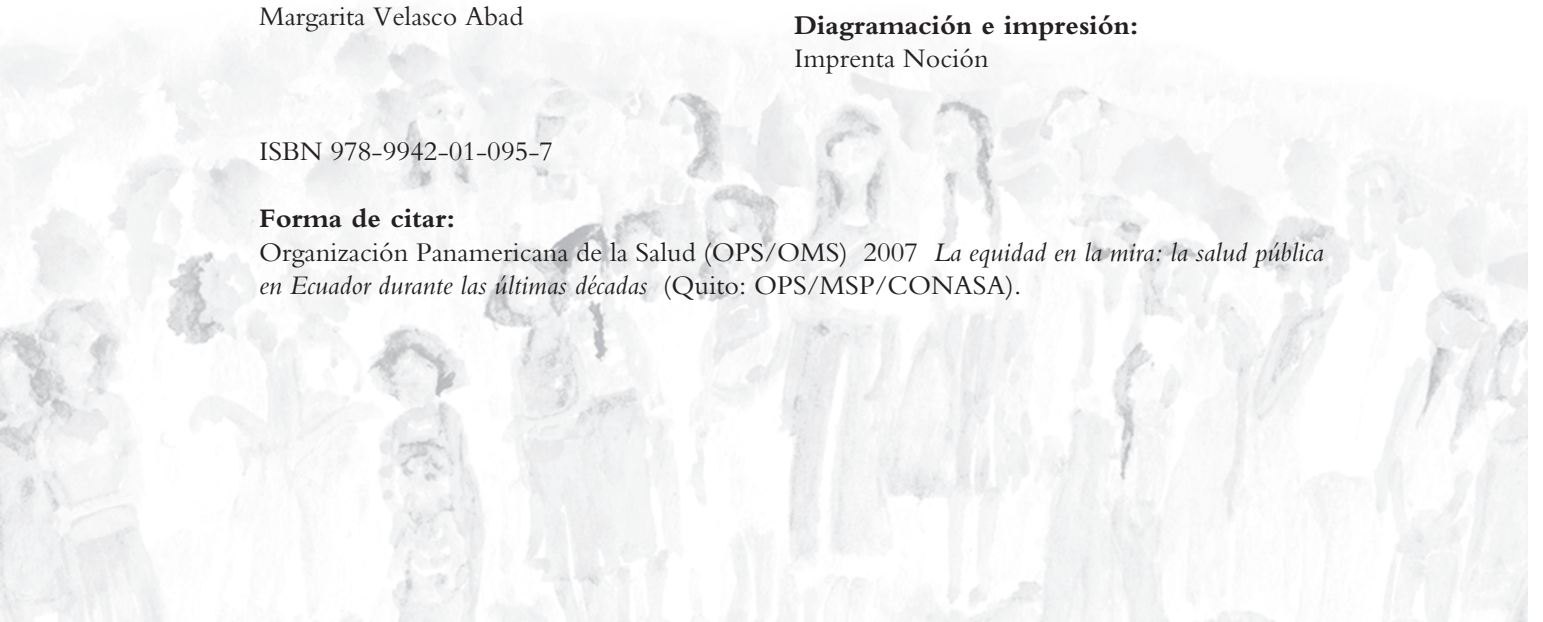
Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

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



Índice

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

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

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

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

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

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

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

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

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

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

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

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

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

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

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

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

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

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

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

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

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

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

LISTA DE RECUADROS

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

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

Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana

Margarita Velasco Abad*

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

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

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

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

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

Los hallazgos

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 1

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

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

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

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

El cambio en los indicadores de resultado

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

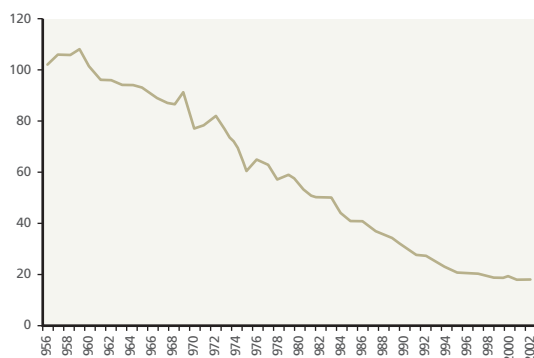
Por su parte, la *mortalidad infantil* desde 1959 hasta 1980 había descendido a la mitad, pasando de una tasa de 102 a otra de 54 niños y niñas fallecidos por cada mil nacidos vivos. La disminución de la mortalidad de los menores de un año fue sostenida en la década del setenta luego del *boom* petrolero.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

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

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

Gráfico 1

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



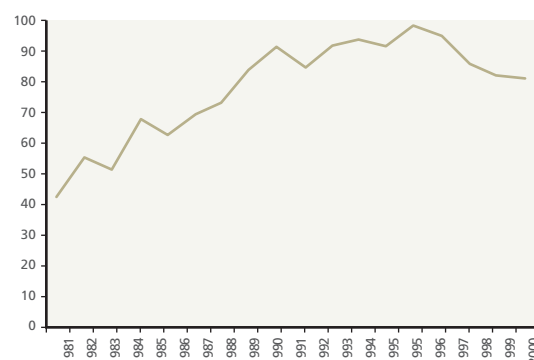
* Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.

Fuente: INEC (1956-2002)

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

Gráfico 2

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



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

Fuente: SIISE (2003)

Elaboración: FOSE (2005)

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

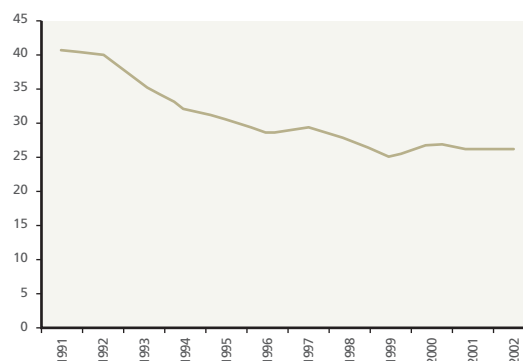
En lo referido a la *mortalidad de la niñez*, otro indicador de resultado, se pueden observar los impactos de múltiples factores sobre las condiciones de vida entre los niños y niñas antes de cumplir los 5 años. Los datos del INEC permiten construir el gráfico 3. En éste se observa que en 1991, de cada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

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

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

Gráfico 3

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



* Tasa de mortalidad de la niñez por mil nacidos vivos

Fuente: INEC (1991-2002)
Elaboración: FOSE (2005)

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

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

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

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

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

La educación

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

Cuadro 2

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

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

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

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

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

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

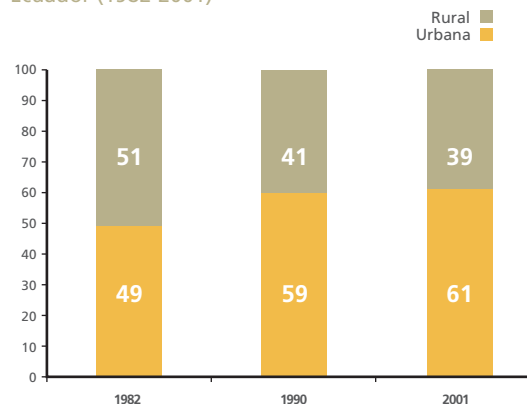
Además de los niveles de deserción, los rezagos del país son visibles cuando se repasa en las altas tasas de analfabetismo de las mujeres que viven en el campo. Este problema es otro de los desafíos para los próximos años. Allí están, llamando nuestra atención y preocupación, las cifras de las provincias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

Los cambios demográficos: la concentración poblacional en las ciudades

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

Gráfico 4

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



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

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

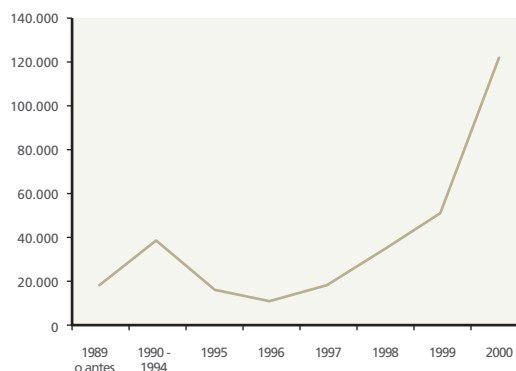
Como se observa en el gráfico 4, el cambio más significativo registrado durante las últimas décadas, es el que ocurrió entre 1980 y 1990, cuando el 10% de la población migró del campo a la ciudad. En los últimos 11 años del período analizado, el porcentaje descendió al 2%.

La emigración

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

Gráfico 5

Evolución de la emigración. Ecuador (1989-2000)



Fuente: EMEDINHO (2000)

Elaboración: FOSE (2005)

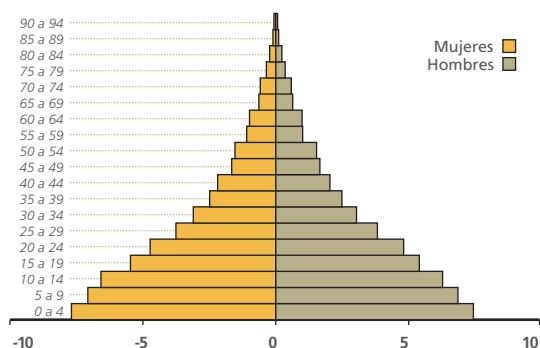
El cambio etareo en la pirámide poblacional

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

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

Gráfico 6

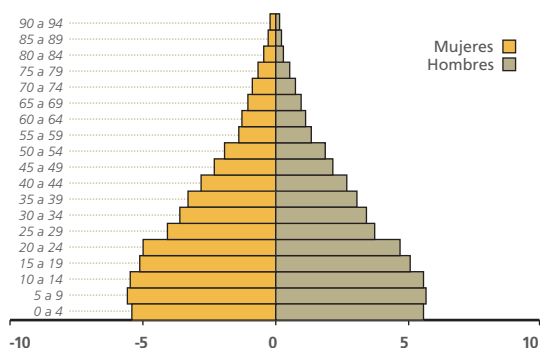
Pirámide poblacional. Ecuador (1982)



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

Gráfico 7

Pirámide poblacional. Ecuador (2001)



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

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

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

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

Conclusiones y desafíos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cronología de los cambios en la salud pública en Ecuador

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

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

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

La década de los noventa

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

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

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

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

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

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

Bibliografía:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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