

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 <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 Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoiza</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

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Nancy Vásconez*¹

Guadalupe Pozo*²

Irene Leal S.*³

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se basa en la resolución WHA 27.57, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y la resolución WHA 30.53 de 1977. Los objetivos del PAI a largo plazo fueron los siguientes:

1. Reducir la morbilidad y la mortalidad por difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, tuberculosis y poliomielitis, prestando servicios de inmunización contra estas seis enfermedades a todos los niños del mundo en 1990 (se pueden incluir otras enfermedades prevenibles por vacunas, siempre y cuando sea pertinente).
2. Promover la autosuficiencia de los países en la prestación de servicios básicos de inmunización dentro del marco de los servicios de salud.
3. Fomentar la autosuficiencia regional en asuntos relativos a la producción y al control de la calidad de las vacunas.

La misión del PAI es el “desarrollo de políticas y estrategias para maximizar el uso de las vacunas de importancia de salud pública y su distribución”, a través del “apoyo a las regiones y países para adquirir las competencias, habilidades, e infraestructura a fin de implementar las políticas y estrategias tendientes a conseguir los objetivos de control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas”.

La declaración de Alma Ata sobre atención primaria de salud (URSS, 1978) prevé en su inciso VII, numeral 3, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. Este tipo de inmunización es, en efecto, uno de los ocho componentes esenciales de la atención primaria de salud.

En la región de las Américas, las políticas y estrategias generales planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) –incluyendo la meta de prestar servicios de inmunización a todos los niños del mundo para 1990– fueron respaldadas por la resolución 25.37 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en septiembre de 1977.

La necesidad de acentuar el componente de reducción de las enfermedades objeto del programa llevó a los países de las Américas a establecer, en 1985, la meta de eliminar la polio para 1990. Con el fin de coordinar todas las actividades del PAI destinadas a cumplir las metas de inmunización infantil universal y de erradicación del poliovirus salvaje en la región, la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Club Rotario Internacional, conformaron el Comité Coordinador Interagencial (CCI) en 1985. En ese mismo año se estableció el Grupo Técnico Asesor (GTA) del PAI con la participación de

*1 Ex-jefa, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)

*2 Experta nacional, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) – Ministerio de Salud Pública (MSP)

*3 Asesora de inmunizaciones, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

cinco expertos en inmunización y control de enfermedades para guiar la ejecución del plan de acción regional.

La erradicación de la poliomielitis impactó no sólo en la interrupción de la circulación del poliovirus sino en el alto grado de compromiso político de los países. En consecuencia, en 1994 los ministros de Salud de las Américas aprobaron la resolución de la eliminación del sarampión y, sobre la base de lo aprendido con esta enfermedad, en el 2003 se estableció la resolución de la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010.

Por otra parte, en 1979 se creó el Fondo Rotatorio (FR) del PAI con la finalidad de:

1. Mantener a los países provistos de vacunas que se ciñan a las normas de la OPS/OMS a precios bajos y de acuerdo a la programación anual de cada país.
2. Facilitar la planificación de las actividades de vacunación, evitando perturbaciones debido a la falta de vacunas o de fondos.
3. Facilitar el uso de la moneda local para el pago de facturas de los países (la aceptación de moneda local depende de la situación de cada nación).
4. Celebrar contratos consolidados con proveedores de vacunas y jeringas, a fin de conseguir precios bajos y realizar pedidos urgentes.

Este fondo opera con ciclos anuales. La OPS/OMS (en nombre de sus países miembro) selecciona a los proveedores que ofertan precios más bajos, que cumplen con sus especificaciones en cuanto a calidad y que están en capacidad de atender los pedidos puntualmente, y realiza una licitación internacional.

El PAI en el Ecuador

Las primeras acciones de vacunación en el país se iniciaron aproximadamente a partir del año 1942. En 1943 se organizaron campañas de protección masiva con la vacunación antivariólica. Mediante la producción nacional de la vacuna DT (mixta o doble) en 1945 y luego de la vacuna BCG, empieza la protección de niños susceptibles de contraer estas enfermedades. En 1972, se desarrolla la primera campaña de vacunación antipoliomielítica, y en 1974 se marca el comienzo de la lucha contra el sarampión.

Las denominadas “campañas de vacunación” no eran de tipo permanente o sistemático, sino más bien de carácter emergente y se emprendían ante brotes epidémicos de una u otra enfermedad. Las coberturas obtenidas y, en consecuencia, los efectos de protección, lograban el descenso progresivo y constante de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil ocasionadas por enfermedades transmisibles como sarampión, tos ferina, difteria, tétanos, poliomielitis y tuberculosis.

A esta realidad han contribuido factores geográficos, demográficos y socioculturales, amén de la disponibilidad mínima de servicios con capacidad de ofrecer estas vacunas en todo tiempo y lugar (pese a que el Ministerio de Salud Pública (MSP) estableció la atención gratuita para la población). Por otra parte, los aportes presupuestarios del Estado asignados a las actividades de tipo preventivo, eran insuficientes ante la magnitud y trascendencia de las enfermedades transmisibles y de la vulnerabilidad de los grupos expuestos.

Ante lo señalado, para mejorar las coberturas e indicadores de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, se hacían necesarias las siguientes acciones:

- 1) Aumentar el presupuesto destinado a la compra de vacunas.
- 2) Fortalecer la conducción y gerencia del PAI en todos los niveles, incluyendo las áreas de salud como unidad técnica-administrativa, para apoyar efectivamente el sostenimiento y mejoramiento de todos los componentes del PAI (organización, coordinación, sistema de información, logística y cadena de frío, vacunación segura, capacitación, comunicación social, supervisión, monitoreo, evaluación).
- 3) Fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- 4) Cumplir con compromisos internacionales adoptados en el seno de la OPS/OMS por los países miembro, como campañas de puestas al día y seguimiento para la erradicación del sarampión.
- 5) Introducir nuevas vacunas para romper brechas de inequidad existentes (sólo unos niños podían ser vacunados privadamente con SRP, pentavalente, la vacunación contra la fiebre amarilla se la hacía únicamente en brotes y a los adultos les costaba la vacunación contra esta enfermedad).
- 6) Impulsar el cumplimiento de los indicadores de excelencia del PAI (coberturas sobre el 95%).
- 7) Promocionar la vacunación como un derecho.
- 8) Desmitificar que la vacunación es solamente para mujeres y niños.

En 1998 fue creada la Ley de Vacunas, mediante la cual se le asignaba al PAI 360.000 unidades de valor constante (UVC) que, aproximadamente, sumaban un monto de 1'141.000 dólares. Sin embargo, estos fondos fueron insuficientes ante la compra de vacunas de segunda generación. Por ello, en el año 2000 se realiza la reforma a la Ley. Ello ha ayudado a que se le asigne al PAI el monto necesario para sostener las vacunas del programa regular y ha permitido la introducción de nuevas vacunas.

Con la gestión permanente del PAI en todos los niveles, se ha logrado mejorar tanto los indicadores de vacunación en general, como los de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) en particular.

Historia del inicio del PAI

Aprobado por los niveles de decisión del MSP, el PAI se constituyó en diciembre de 1976. Así, el Ecuador se convirtió en el primer país latinoamericano en implementar este programa y en aplicar las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Plan Decenal de Salud para las Américas.

Para dar inicio al PAI se eligieron como áreas piloto o demostrativas las provincias de Pichincha, Manabí, Carchi e Imbabura. Posteriormente y en forma progresiva, el programa se amplió hacia las demás provincias, hasta que en 1982 se alcanzó a todo el país siguiendo las normas técnico-administrativas elaboradas por el PAI.

A partir de 1978 y 1979, se inició la implementación del carné de vacunación como instrumento para el control de vacunas y dosis recibidas por los niños menores de cinco años, y por las gestantes en zonas consideradas endémicas para el tétanos. Este instrumento fue, asimismo, utilizado como elemento de motivación para que las madres participen en el seguimiento del calendario de vacunación.

El eje integrador y conductor del PAI a nivel nacional fue la motivación permanente al equipo de salud. Destacándose la importancia del rol individual y colectivo, se estimuló el desempeño y participación de este colectivo de recursos humanos.

A continuación se describen cada una de las fases de implementación del PAI.

Definición clara de los objetivos y metas por alcanzarse

Sobre la base de la declaración de la vacunación como derecho universal, se estimó que el 100% de grupos específicos tiene derecho a recibir esta prestación.

Identificación de la población objeto

Esta identificación se realizó en cada unidad de salud (programación local).

Normalización del esquema de vacunación e intervalo entre dosis

El PAI inició su calendario con las seis enfermedades básicas establecidas por la OMS: meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar en menores de cinco años (BCG), difteria, pertussis y tétanos (DPT), poliomielitis (OPV) y sarampión (ASP).

Definición de la fase de arranque y mantenimiento del programa de vacunación a mujeres en edad fértil para prevenir el tétanos neonatal

Definición de las estrategias de vacunación

Estas estrategias se establecieron sobre la base de la complejidad que presentan las comunidades para el acceso a la vacunación. A partir de esa definición, se recurrió a “miniconcentraciones” donde se instaló un puesto de vacunación. Previa comunicación y programación, la vecindad acudía a este puesto. En aquellas localidades muy dispersas con menor capacidad de comunicación social, se recurrió al uso de brigadas para vacunación “casa a casa”. Las “campañas” en el nivel local y nacional para recuperar coberturas se aplican para sustentar la eliminación y erradicación de enfermedades.

El PAI destaca la importancia de la visita domiciliar por sectores como medio para lograr el acercamiento a las familias de la zona y conocer sus problemas de salud, nutrición, higiene y saneamiento ambiental, a fin de canalizar oportunamente las acciones resolutorias de acuerdo a las competencias institucionales y extrainstitucionales. Sobre decir que, en virtud de lo expuesto, el personal encargado de la vacunación maneja en forma expedita esta técnica utilizada en salud pública.

Organización y funcionamiento de la cadena de frío por niveles

Al comienzo, esta cadena fue organizada según niveles administrativos, contando con un banco nacional, bancos provinciales y cantorales, y dotando a los centros, subcentros y puestos de salud de los termos y equipos frigoríficos indispensables para que los biológicos mantengan la potencia necesaria y sean capaces de crear en el organismo la protección esperada.

El personal responsable de estas actividades fue seleccionado y capacitado para el manejo de un estricto control en la recepción y entrega de vacunas y otros suministros afines. Este personal tenía a su cargo la tarea de reportar las novedades que se registraban, sobre todo en relación con la suspensión circunstancial de la corriente eléctrica, que podía atentar contra la efectividad de las vacunas.

Con la introducción de nuevas vacunas, se hacía imperiosa la necesidad de ampliar la capacidad de almacenaje en todos los niveles, para lo cual se gestiona la creación de dos bancos subregionales en Cuenca y en Ambato, la adquisición de 10 generadores y la de 10 cuartos fríos para la red mayor. Esto se realiza con el aporte del Banco Mundial. A través del Gran Ducado de Luxemburgo, se logra la donación de 2.000 congeladoras, 2.000 refrigeradoras y 5.000 termos. Como resultado, actualmente se cuenta con una red suficiente.

Capacitación del personal

El PAI siempre consideró que el recurso humano constituye el elemento de mayor importancia dentro de la estructura: en gran medida, de él depende la generación y desarrollo de las acciones y los resultados que se busca obtener. Cada persona aporta sus conocimientos, habilidades, actitudes, sentimientos, intereses y motivaciones al quehacer diario de su trabajo. Al inicio, se impulsó la capacitación interdisciplinaria del equipo de salud con miras a lograr un desempeño eficiente, utilizando la metodología de auto instrucción. Para tales efectos, la OPS/OMS elaboró seis módulos de enseñanza-aprendizaje, en los que se inducían las orientaciones técnicas y se compartían experiencias locales en trabajos de grupo multidisciplinarios.

La adopción de esta metodología permitió capacitar a todo el personal involucrado en el programa (entre otros, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería e inspectores de salud del MSP). Posteriormente, la capacitación se extendió al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), al Seguro Social Campesino, al Servicio Médico del Municipio de Quito y a los docentes y estudiantes de las escuelas de enfermería de las diferentes universidades del país que cuentan con esta disciplina profesional.

La mayor motivación del personal se ha basado en la constatación de que con su trabajo se ha logrado que la enfermedad comience a desaparecer. Asimismo, la aparición de casos en comunidades donde la vacunación no ha registrado cobertura suficiente, se ha constituido como un indicador clave.

Comunicación social y educación en salud

Este componente, que acompaña a toda acción de salud, fue incorporado al PAI como un conjunto de actividades tendientes a lograr que la comunidad acepte la vacunación y a promover

cambios en el modo de pensar, sentir y actuar de los individuos frente a las enfermedades transmisibles en los niños y frente al uso de los servicios de salud, destacándose la importancia de la vacunación. Los recursos humanos especializados en esta área desarrollaron en forma simultánea los contenidos y materiales educativos destinados a los distintos medios de comunicación social, personales o comunitarios, y al nivel operativo. El uso de materiales didácticos simplificados, elaborados a partir de los materiales de la zona, constituye un aspecto laudable. Adicionalmente, el equipo de salud fue capacitado en el manejo de contenidos y ayudas audiovisuales que se emplearon en los lugares de trabajo.

Trabajar con grupos de teatro locales fue una estrategia muy efectiva. A través del uso de marionetas, no sólo se incorporaban los contenidos sugeridos por el programa sino que también se agregaban el idioma local, los modismos y los acentos reconocidos por la comunidad. Mediante este tipo de estrategias compartidas para llevar a la práctica las acciones educativas, se consiguió cubrir a un mayor número de la población, y se permitió que los propios ciudadanos y ciudadanas adquieran experiencia participativa y robustezcan su compromiso frente a su propio desarrollo. En este aspecto, nuevamente, la cooperación internacional ha hecho grandes aportes financieros y en la propuesta comunicacional.

Si bien en los últimos años no ha existido un componente de información, educación y comunicación para promover la vacunación del programa regular, durante las campañas efectuadas se ha divulgado la importancia de la prevención para sostener la ausencia de enfermedades o para eliminarlas de nuestro medio. En esta tarea, se ha enfatizado el derecho de los niños y de la comunidad a la prevención y a la salud. Como resultado, se ha obtenido una respuesta favorable de la comunidad, expresada en las coberturas obtenidas en las campañas.

Supervisión y monitoreo

Las experiencias iniciales de las actividades de supervisión no fueron adecuadas. Su enfoque, centrado en la fiscalización y la sanción, respondía a conceptos antiguos según los cuales el supervisor es considerado como un superior que busca las fallas en el desempeño del supervisado para llamar su atención.

Poco a poco se ha ido promoviendo la supervisión como un proceso educativo, recíproco y permanente, regular y planificado, que permite desarrollar los conocimientos y la capacidad del personal, crear actitudes positivas y contribuir al funcionamiento de un programa y al fiel cumplimiento de sus objetivos.

La supervisión directa, como elemento básico para el desarrollo y mantenimiento del programa, tenía como función principal identificar y solucionar sobre el terreno los problemas técnicos y operativos que la supervisión indirecta no podía detectar. La supervisión indirecta, por su parte, fue ejercida por los niveles nacional, provincial y cantonal para controlar periódicamente el cumplimiento de las actividades a través del sistema de información, corregir las desviaciones de la norma o detectar faltas en el cumplimiento de las metas, y proponer acciones correctivas oportunas.

Más adelante, se elaboraron las llamadas “Guías de supervisión” desde el nivel nacional al provincial, y desde el nivel provincial al cantonal. Sin embargo, la falta de presupuesto dificultó el cumplimiento periódico de esta estrategia. No obstante, con el apoyo de la OPS/OMS, el uso de estas guías ha sido impulsado en todos los niveles.

Organización y gerencia

En los distintos niveles de la estructura del MSP, se establecieron coordinadores de programa. En su mayoría, éstos eran responsables de las

actividades de epidemiología y su función principal fue la de estimular y dirigir a los trabajadores del sistema hacia el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

En este ámbito, se destaca la función de liderazgo en varias provincias del país, donde el estilo participativo generaba una mayor satisfacción entre los trabajadores, una mayor motivación en el quehacer, una creciente participación y actitudes positivas frente a los cambios y exigencias de las estrategias empleadas localmente.

Con el advenimiento de la descentralización se abrió una oportunidad para mejorar el trabajo local a través de la constitución de equipos de salud que, progresivamente, han ido desarrollando competencias técnicas para actuar y resolver, con mayor prontitud, los problemas que se presentan en el nivel local. Esta oportunidad se ha reflejado también en el desarrollo de los aspectos gerenciales y de gestión del programa, y en el aumento de los esfuerzos de acción intersectorial y de participación comunitaria en las provincias. Para estos efectos, la rectoría del MSP contó con el apoyo sustancial de la OPS/OMS, USAID, UNICEF, Club Rotario Internacional, y otras agencias de cooperación que contribuyeron traspasando competencias técnicas, donando equipamiento, y apoyando la comunicación social, la capacitación y la evaluación, entre otros componentes.

Los niveles directivos del programa tuvieron la oportunidad de ejercitar la gerencia desde la organización y coordinación de recursos disponibles para la ejecución eficaz y eficiente de las actividades bajo su responsabilidad. Esto facilitó la toma de decisiones para la consecución de biológicos, materiales y demás insumos. Como los elementos gerenciales son replicables en otras áreas de acción, se asume que las experiencias en tareas específicas sirvieron para el mejor desempeño administrativo y gerencial en general.

Las agencias de cooperación que apoyan al PAI, han establecido el Comité Interagencial que trabaja en base a un plan establecido por el PAI y a las prioridades definidas por cada agencia. Este Comité está integrado por las siguientes instituciones: OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, Plan Internacional, Dirección General de Salud del MSP, PAI, Comunicación Social del MSP, MODERSA, CONASA, FFAA, Ministerio de Bienestar Social, Seguro Campesino, INNFA, Médicos sin Fronteras, Visión Mundial, entre otros. Todas estas instituciones proveen apoyo político, técnico y financiero.

Por otra parte, el Comité Nacional de Inmunizaciones fue organizado en el año 2004. Está integrado por las sociedades de pediatría y ginecología, el Club Rotario, las facultades de las Escuelas de Medicina, la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el Instituto Nacional de Higiene. En las reuniones de este Comité se analizan las decisiones técnicas del PAI y se permite la confluencia del conocimiento y la experiencia de distintos sectores para tomar decisiones con mayores niveles de consenso.

Una forma de plasmar las actividades anuales del PAI, es contar con un plan de acción anual por niveles, que permitiría monitorear su cumplimiento y reprogramar las actividades no realizadas.

Coordinación

Para integrar las acciones entre sus diferentes niveles y equipos de trabajo, el PAI estableció acercamientos sucesivos entre ellos. De igual modo se operó, aunque en menor escala, con otras instituciones del área de prestación de servicios e instancias formadoras de recursos humanos (como las escuelas de enfermería y los cursos de formación de auxiliares). A nivel local, también se incorporó a los maestros y líderes comunitarios formales e informales, con el objeto de contar con su participación en las

diferentes etapas del programa y en el desarrollo de estrategias locales.

La coordinación en sí misma no fue fácil. Fue necesario adaptarse a las circunstancias del momento y buscar oportunidades para hacerla posible.

Evaluación de resultados

La evaluación ha sido introducida como una herramienta de medición de procesos, resultados e impacto del programa. Actualmente se realizan evaluaciones nacionales, provinciales y locales. Además, la OPS/OMS realiza evaluaciones internacionales. En las evaluaciones nacionales o regionales, los responsables provinciales exponen los diferentes indicadores o aspectos relevantes del programa y, tras documentarse debidamente, exponen nuevos conceptos, avances y perspectivas. Así se consigue, entre otros resultados, estandarizar algunos conceptos.

Al respecto, se debe destacar que los siguientes indicadores del programa no sólo se han estandarizado a nivel nacional, sino que forman parte de monitoreos y evaluaciones internacionales: coberturas de vacunas, tasas de abandono o deserción, tasa de notificación de sospechosos de enfermedades específicas, porcentaje de casos con investigación epidemiológica oportuna, porcentaje de envío de muestras a laboratorio en tiempo oportuno, y porcentaje de resultados de laboratorio oportuno, entre otros más.

Vigilancia epidemiológica

Considerando que la red de servicios no ofertaba una competencia adecuada que permitiera el desempeño efectivo para el control de las enfermedades, se constituyó un equipo de epidemiólogos en el nivel central que, apoyado por la OPS/OMS, se desplazaba a los diferentes puntos geográficos que reportaban

un posible caso de enfermedades prevenibles por vacuna (especialmente de aquellas sujetas a erradicación, como la polio y el sarampión). En estas circunstancias, el epidemiólogo orientaba todo el proceso de vigilancia y control de la enfermedad y la información que obtenía era remitida a un centro de acopio de datos en el nivel central. (Dicho sea de paso, en la vigilancia epidemiológica para la erradicación de la polio, el aporte de la red de rotarios fue sustancial para la interrupción de la circulación del poliovirus).

Junto al fortalecimiento de la descentralización, el equipo de salud local fue desarrollando competencias en las provincias y en las áreas de salud, para que desde estos niveles se pueda responder en forma inmediata frente a la aparición de casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles. Como producto de la formación y capacitación de epidemiólogos por otras áreas del MSP, se ha potenciado el manejo adecuado de los casos. Ello ha permitido que desde el nivel local o provincial se puedan detectar, contar y analizar los casos, observar su comportamiento en el tiempo, identificar los grupos de población afectados, realizar acciones apropiadas para el caso presentado y la comunidad afectada, notificar inmediatamente al nivel superior e informar a la comunidad.

La disminución progresiva y constante de las tasas de morbilidad y mortalidad son causa directa de las coberturas de vacunación alcanzadas y de la eficacia de las vacunas. En este aspecto, la presencia y aporte del Instituto Nacional de Higiene en toda la red territorial ha representado un soporte vital para el diagnóstico diferencial y la identificación de los agentes que producen las enfermedades inmunoprevenibles. Fortaleciendo la descentralización y permitiendo un acceso más rápido al diagnóstico de sarampión, se ha delegado este procedimiento a una red provincial que tiene como referente al INH Quito. En el ámbito del cultivo e identificación de los agentes, el INH Guayas, por su parte, constituye un referente para el país.

En el caso de polio, el referente es el laboratorio internacional de la red de laboratorios de polio de la región de las Américas que, para Ecuador, corresponde a Colombia.

Sistema de información

Partiendo de necesidades específicas de información, una vez que fueron revisadas las normas de vacunación, el PAI promovió talleres multidisciplinarios con la participación de los diferentes niveles. Esto permitió modificar los instrumentos utilizados en la recolección de información, destacando su valor tanto para el análisis preliminar de los datos como para realizar investigaciones epidemiológicas, tomar decisiones y proceder a la retroalimentación del proceso.

El personal responsable del área de estadística en las distintas unidades de salud fue participante de este proceso de cambio. Así, el pilar del desarrollo de un sistema que sirve a toda la red nacional de información del MSP, se basó en el trabajo sistemático del personal de enfermería que actuaba en la fuente primaria de datos, tanto en la captación como en la supervisión.

Como un principio de control de gestión de las unidades de salud, se definió que los datos serían concentrados por área de salud (unidades ejecutoras). A cada área se le asigna una población por vacunarse y, sobre esta base, se estiman las coberturas de vacunación.

Uno de los principales problemas detectados es la diferencia de datos de vacunados en los diferentes niveles. A ello se sumó el retraso de más de cinco meses en la disponibilidad de la información a nivel nacional. Pero gracias a los esfuerzos para solucionar estos problemas, en la actualidad sólo existe un retraso de dos meses en la información. Adicionalmente, se ha emprendido el mejoramiento de la calidad del dato.

Adicionalmente, además del sistema implementado hasta hoy (que funciona por unidades de gestión) es imperativo agregar información a fin de identificar poblaciones por zona geográfica específica.

Evaluación de la administración y funcionamiento del PAI

La OPS/OMS realizó una evaluación internacional del PAI con el uso de una metodología estandarizada de encuestas. En este proceso participaron funcionarios internacionales de agencias de cooperación, jefes del PAI de otros países y personal seleccionado de las diferentes áreas técnicas del MSP. Este equipo internacional y multidisciplinario realizó la primera evaluación internacional del programa en 1981. Desde el punto de vista administrativo interesaba conocer, entre otros aspectos: cuál era la estructura del MSP; cuál era la posición del PAI en esta estructura; cómo se habían establecido la dirección del PAI y la línea de comando en el país; si había o no coordinación entre las dependencias que intervinieron en el programa; si el PAI disponía de los recursos humanos suficientes para cumplir con sus objetivos; si los recursos humanos estaban capacitados para el cumplimiento de las funciones y actividades; y, cuáles eran las áreas de dificultad política, técnica, económica y operativa para el funcionamiento del programa.

Las conclusiones y recomendaciones producidas por esta asesoría se convirtieron en retroalimentación para el desarrollo futuro del PAI. Esta evaluación se repitió en 1998 y en el 2006.

Impacto en la salud pública nacional

Como se puede observar en el cuadro 1, la evolución de las coberturas de vacunación durante los últimos 30 años en el país ha sido progresiva. La década del noventa constituye

Cuadro 1

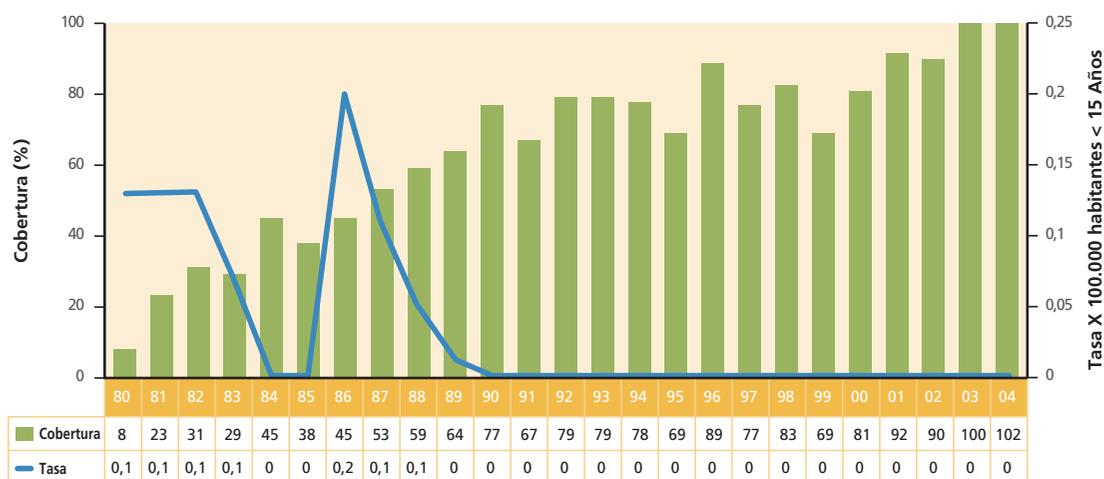
Coberturas de vacunación en menores de un año Ecuador (1974-2004)

Año	BCG	DPT3	PENTA3	OPV3	AS	SRP
1974	56	28		19	9	
1975	4	7		16	3	
1976	6	3		2	2	
1977	100	76		77	75	
1978	42	16		16	29	
1979	42	9		11	21	
1980	76	10		19	24	
1981	82	26		27	31	
1982	100	35		35	45	
1983	85	31		32	34	
1984	100	48		47	54	
1985	100	41		39	51	
1986	94	44		44	50	
1987	85	51		51	47	
1988	86	54		58	53	
1989	91	55		64	57	
1990	89	68		67	60	
1991	82	59		61	54	
1992	100	87		86	69	
1993	100	76		79	73	
1994	100	80		78	72	
1995	100	74		69	73	
1996	100	88		89	79	
1997	100	76		77	75	
1998	98	85		83	89	
1999	101	80		69	74	105
2000	113	89		81	54	60
2001	121	90		92		117
2002	117	89		90		80
2003	100		89	100		100
2004	113		90	90		99

DPT3: difteria, *pertussis*, tétanos, tercera dosis
 Penta: difteria, *pertussis*, tétanos, *haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis B.
 Se introdujo al PAI en el año 2003
 OPV: antipoliomielítica oral, tercera dosis
 AS: antisarampión
 SRP: sarampión, rubéola y paperas. Se introdujo al PAI en el año 1999

Gráfico 1

Incidencia de polio y coberturas de vacunación con OPV3 en menores de 1 año. Ecuador (1980-2004)



Fuente y elaboración: PESS, MSP

un hito: las coberturas de DPT y antisarampión (AS) comienzan a mostrar cifras que, de manera sostenida, superan el 50%. Como estrategia para conseguir un mayor impacto, paralelamente se realizaron campañas masivas de vacunación consiguiendo cifras mucho más altas. De ahí que se haya logrado bajar la incidencia de las enfermedades.

Caber destacar que los días nacionales de vacunación antipolio lograron consolidar el proceso de erradicación de la polio en el país. Por otra parte, también es importante señalar que en 1999 se integró la vacuna sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y en el 2003 la vacuna pentavalente (difteria, tétanos, *pertussis*, *haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B).

Situación de las enfermedades prevenibles por vacunación

Hace unos años, enfermedades como el sarampión, la tos ferina y la difteria aparecían entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil. No obstante, a medida que la vacunación pasó de la fase de control de brotes

a la de consolidación del programa, el impacto comenzó a ser más evidente.

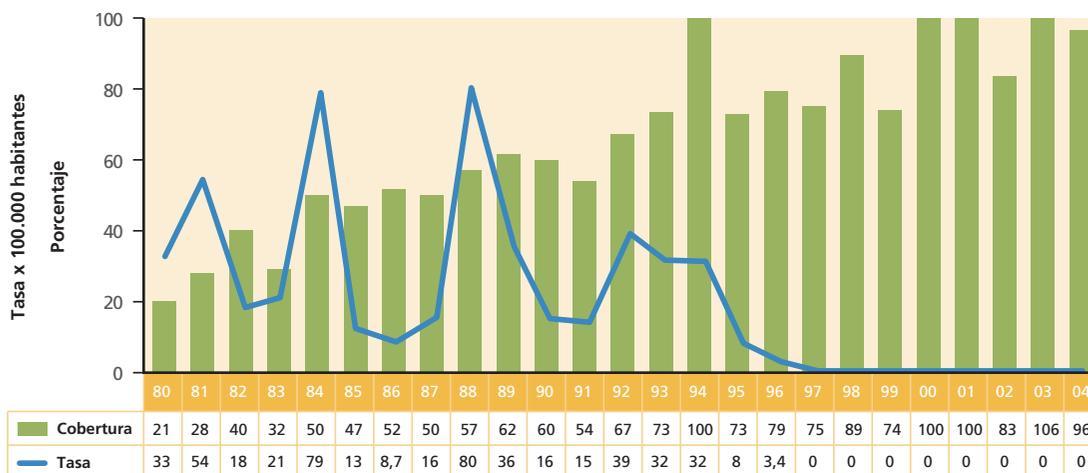
Tras la alianza entre los países para alcanzar la interrupción de la circulación del poliovirus, la eliminación de la poliomielitis es una de las primeras metas logradas: 1990 fue el último año en que se presentaron casos en el país.

En cuanto al sarampión, las exitosas campañas de puesta al día implementadas en 1994 tuvieron una cobertura del 100% en los menores de 15 años. En 1998, las dos campañas de seguimiento tuvieron coberturas superiores al 95% para menores de cinco años. Y en el 2002, la revacunación a menores de 15 años sirvió para que el virus dejara de circular. Con las campañas del 2002 y 2004, dirigidas a la población de 16 a 39 años, se consolidó la erradicación del sarampión.

En lo que se refiere a la rubéola, su erradicación se inició conjuntamente con la consolidación de la erradicación del sarampión. Asimismo, la vigilancia de ambas enfermedades ha sido conjunta. La circulación del virus rubéola se interrumpió, fundamentalmente, por el impacto

Gráfico 2

Incidencia de sarampión y coberturas con vacuna AS/SRP. Ecuador (1980-2004)



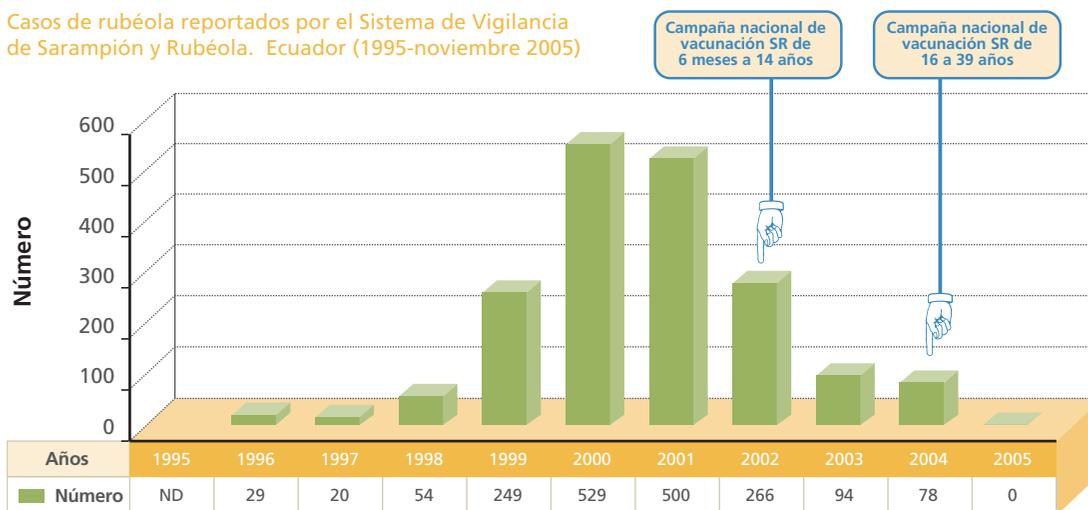
Fuente y elaboración: PAI, MSP

de la campaña de vacunación sarampión rubéola (SR) realizada a niños y niñas de 6 meses a 14 años en el año 2002 y, posteriormente, a hombres y mujeres de 15 a 39 años en el 2004. Como resultado, se lograron coberturas óptimas (de 95% y más) en ambos eventos.

El impacto de la intervención quedó demostrado con la ausencia de casos registrada después de la segunda jornada de vacunación a fines del 2004 y en la posterior ausencia de casos. Con esta estrategia también se persigue eliminar el síndrome de rubéola congénita (SRC).

Gráfico 3

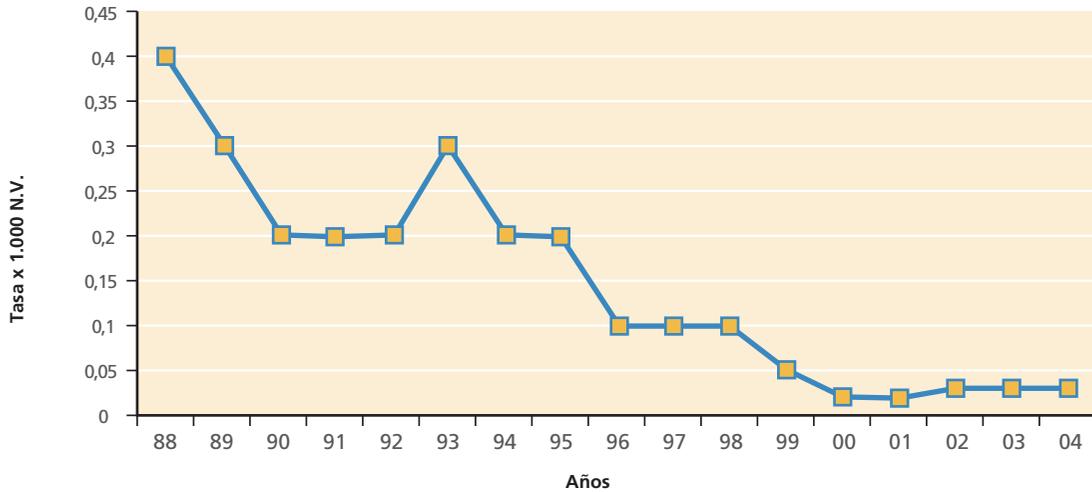
Casos de rubéola reportados por el Sistema de Vigilancia de Sarampión y Rubéola. Ecuador (1995-noviembre 2005)



Fuente: MESS

Gráfico 4

Tasa de incidencia de tétanos neonatal. Ecuador (1988-2004)



Fuente y elaboración: MSP

A la luz de estos resultados, el Ecuador aparece como país pionero en la subregión andina, constituyéndose como un ícono para el resto de los países.

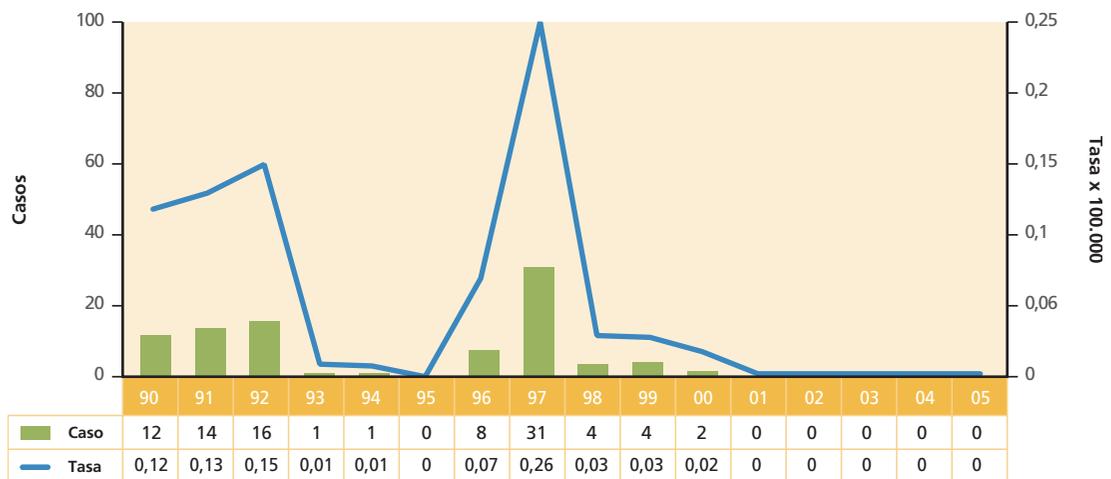
ha disminuido notoriamente, observándose el impacto de las acciones especialmente en 1990, 1997, 1999 (años en los que se aplicaron millones de dosis en áreas de riesgo).

El tétanos neonatal (TNN) también ha dejado de constituir un problema de salud pública nacional. Con la aplicación de la vacuna DT su incidencia

En la actualidad, la vigilancia epidemiológica es un desafío para el programa pues cada vez los casos son más esporádicos.

Gráfico 5

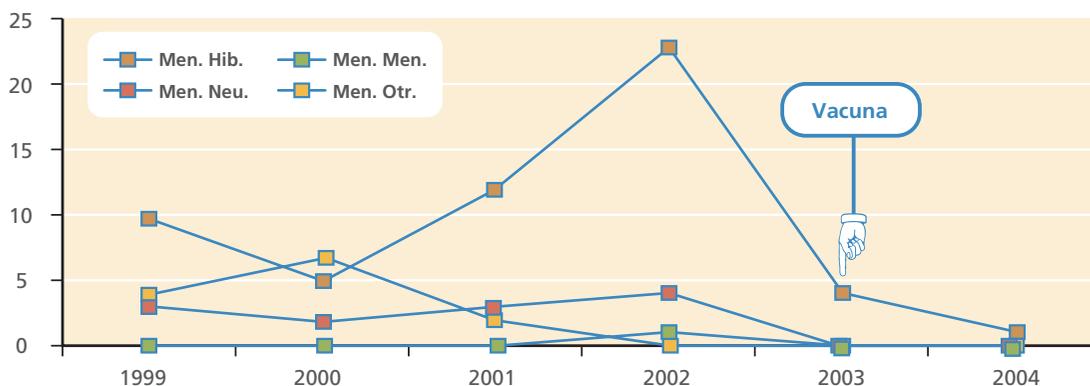
Número de casos y tasas de incidencia de fiebre amarilla. Ecuador (1990-agosto 2005)



Fuente y elaboración: PAI, MSP

Gráfico 6

Tendencia de meningitis bacterianas agudas según agente aislado, VE centinela MBA. Guayaquil (1999-2004)



Fuente y elaboración: MSP

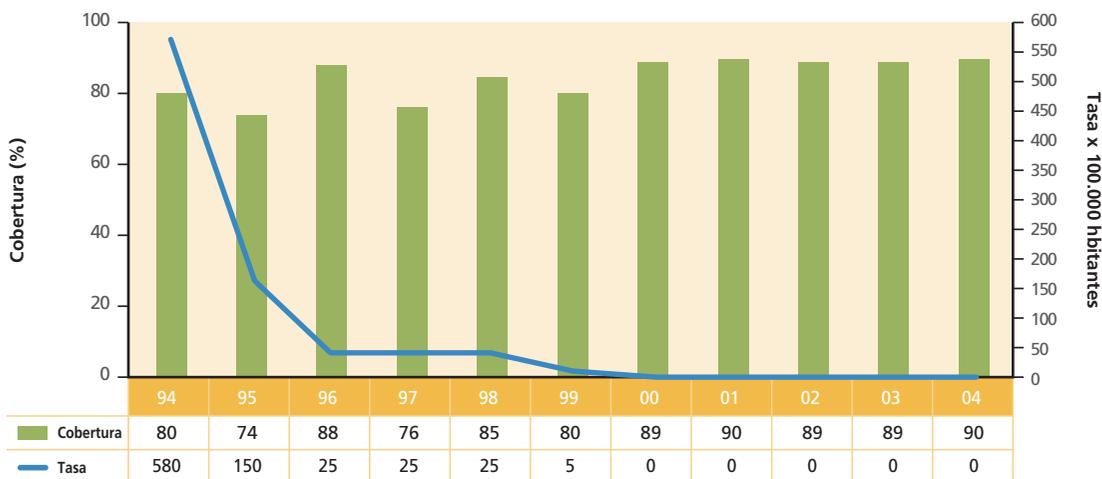
En cuanto a la fiebre amarilla, la vacuna se introdujo en el esquema del PAI en 1999. Hasta entonces, era utilizada solamente para el control de brotes. El sostenimiento de altas coberturas en el grupo de 12 a 23 meses, las campañas emprendidas especialmente en el 2005 en las zonas enzoóticas y la provisión de vacunas para viajeros de zonas no enzoóticas a zonas enzoóticas, ha permitido mantener la ausencia

de casos en el país. El último caso fue registrado en el año 2000.

Para controlar la meningitis bacteriana y la neumonía bacteriana, en 1999 se inició la vigilancia centinela de la meningitis bacteriana aguda (MBA) y de las neumonías bacterianas agudas (NBA) en Guayaquil. En el 2003, se introdujo la vacuna pentavalente en el esquema

Gráfico 7

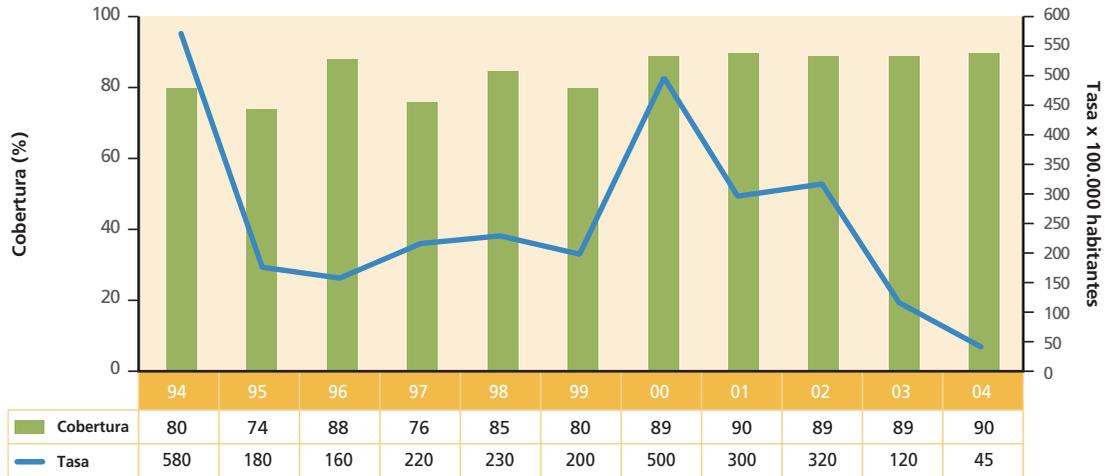
Incidencia de difteria y coberturas de vacunación con DPT3 en menores de 1 año. Ecuador (1994-2004*)



Fuente y elaboración: PESS, MSP

Gráfico 8

Incidencia de tos ferina y coberturas de vacunación con DPT3 en menores de 1 año. Ecuador (1994-2004)



Fuente y elaboración: PAI, MSP

regular del PAI, y a partir de entonces (con el control de laboratorio del Instituto Izquierda Pérez de Guayaquil), se ha observado que la incidencia de MBA y NBA producidas por *hemophilus influenzae* tipo b disminuye.

En cuanto a la difteria, con el aumento de las coberturas de DPT en los menores de un año antes de 2003, y luego de la aplicación de la vacuna pentavalente después de ese año, se ha logrado la ausencia de casos. El último brote data de 1999. No obstante, los refuerzos en los niños de 1 a 4 años han disminuido, por lo que se recomienda a los niveles locales el cumplimiento de las normas.

Dentro de la misión del PAI, se pretende mantener bajas las tasas de incidencia la tos ferina, una de las enfermedades endémicas. La vacuna tiene una eficacia aproximada de 80% con la tercera dosis y su impacto es evidente: la mortalidad y la morbilidad han disminuido notoriamente. De acuerdo a la epidemiología, se espera que se presenten casos esporádicos ya que la protección se consigue con las 3 dosis y, en condiciones óptimas, se logra a los 6 meses

cuando se han administrado las 3 dosis según el calendario. Sin embargo, el niño es susceptible a partir de los 15 días de vida.

Conclusiones

Los progresos del MSP a través del PAI en el control de enfermedades prevenibles por vacuna, constituyen una muestra del esfuerzo de miles de personas que se empeñan cada día por mantener las coberturas de vacunación en niveles adecuados. Tras los esfuerzos por impedir la circulación de los virus o bacterias específicos de las enfermedades objeto del PAI, se han conseguido estos resultados: 15 años sin polio, 8 años sin sarampión, 5 años sin difteria y una reducción significativa del tétanos neonatal y la tos ferina.

El MSP ha establecido políticas de vacunación que, una vez institucionalizadas en el presupuesto del Estado, han permitido que el país dependa menos de la cooperación externa. La red nacional de servicios desarrollada ha permitido alcanzar la meta de vacunación establecida en

Alma Ata. Pese a la falta de infraestructura de servicios en muchas comunidades, la cobertura de vacunación se ha extendido significativamente.

La implementación del PAI, en todos sus componentes, generó una metodología de trabajo que desarrolló competencias de atención primaria entre el personal de salud. Estas competencias fueron aplicadas a otras acciones. La educación sobre prevención con vacunación ha constituido una importante contribución al logro de las coberturas de esta prestación.

Como balance global, el país ha liderado el cumplimiento del acuerdo de la asamblea de la OPS/OMS sobre la interrupción de la circulación del poliovirus, la erradicación del sarampión y la erradicación de la rubéola y el SRC para el año 2010.

Perspectivas

En la sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas se fijó la siguiente meta para el año 2010: asegurar 90% de cobertura nacional con el mínimo de 80% en cada distrito (o unidad administrativa equivalente) de inmunización entre los niños menores de 1 año y eliminar la deficiencia de vitamina A. El cumplimiento de esta meta demandará del PAI grandes esfuerzos para mejorar la calidad de la información en las comunidades, monitorear cada una de ellas y establecer prioridades de población de mayor riesgo (tanto por dificultades en el acceso a la atención, condiciones de pobreza o estado nutricional).

El sistema de información requerido permitirá estimar el riesgo que enfrentan las poblaciones y hará posible que los niveles gerenciales tomen decisiones locales apropiadas para priorizar la vacunación.

Pese a los grandes avances en materia de impacto en la morbilidad y mortalidad infantil debidas a enfermedades prevenibles por vacuna, es imperativo profundizar la educación en salud de la población para fortalecer el derecho, pero también el deber y la responsabilidad de ejercerlo.

A pesar del aumento de las coberturas a nivel nacional y provincial, se exige su homogenización en las áreas de salud y en las unidades operativas. La meta en los próximos años es tener el 80% de las áreas con coberturas superiores al 95%.

Sobre la base de los desafíos establecidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el PAI aún puede hacer grandes aportes a la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil con la incorporación de nuevas vacunas (como rotavirus, influenza a grupos de riesgo, neumocócica, entre otras).

El fortalecimiento de la participación comunitaria debe superar la convocatoria a la comunidad para actividades puntuales de campañas, y ser extendida al análisis de la situación de salud de la comunidad y a la presencia activa en la toma de decisiones. De ello dependen la oportunidad de las acciones y la efectividad de las estrategias tanto en el acceso a la vacunación como en la vigilancia epidemiológica y el fortalecimiento de la responsabilidad ciudadana.

La coordinación con el sector privado en cuanto a información de vacunación y vigilancia epidemiológica es otro de los desafíos del PAI.

Por último, el fortalecimiento de la vigilancia en todo el sistema de salud demandará un abordaje interprogramático con el Proceso de Epidemiología y otros programas del MSP.