

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 proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud

César Hermida Bustos*

Antecedentes históricos

El primer antecedente en la construcción de la nueva ley del Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye lo que podría denominarse la “institucionalidad centralizada” desarrollada durante las décadas de los sesenta y setenta. Algunos elementos caracterizan a este tipo de institucionalidad en el ámbito de la salud en Ecuador. Para empezar, ya desde la década de los sesenta, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) construyó grandes hospitales equipados con tecnología moderna en Quito, Guayaquil, Cuenca y otras ciudades. Mediante su modelo de atención alemán, estilo “Bismark”, este instituto cubría a sus aportantes. El IESS sustentaba su crecimiento económico sobre la base del incremento progresivo del número de sus contribuyentes. Sin embargo, un aspecto de este sistema de seguridad social lo volvía especialmente problemático en términos de la promoción de la equidad: el IESS incluía exclusivamente a los afiliados y no atendía ni siquiera a sus parejas, peor a todos sus hijos. Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública (MSP), creado durante la segunda mitad de los sesenta, se fortaleció en la década siguiente. Esto por dos motivos. Primero por la provisión del Servicio Rural de médicos, odontólogos y enfermeras, que egresaron en varios miles a fines de la década, obligando incluso a extender los servicios del Internado Rotativo a todos los hospitales. Y segundo, el MSP se fortaleció con la adscripción de la mayoría de camas hospitalarias nacionales del Servicio de

Asistencias Sociales Provinciales, de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y de otras instituciones. Con todos estos antecedentes, durante estas décadas el Estado vigorizó su capacidad para asumir la responsabilidad de atender a la mayoría de la población de escasos recursos, bajo un esquema que seguía el modelo inglés “Beveridge” financiado con impuestos.

En este marco, aunque los servicios de la LEA se integraron al MSP, los de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y otros estructurados más tarde, como los de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), mantuvieron su autonomía, aunque continuaron recibiendo fondos públicos. Por el carácter mixto de sus fuentes de financiamiento, estas organizaciones son de carácter semi-público.

Por su parte, la actividad privada, anteriormente circunscrita a consultorios individuales, hizo su aparición ya desde los sesenta con servicios clínicos empresariales modernos en las tres grandes ciudades. Esto provocó el agrupamiento de especialistas en torno a instituciones privadas y a sociedades médico quirúrgicas (lo que fortaleció las agrupaciones gremiales de colegios y la Federación Nacional).

La década de los ochenta se inició con la propuesta de un Consejo Nacional de Salud (CONASA) para atender la necesaria coordinación interinstitucional de estos tres modelos de provisión de servicios (público, semi-público y privado). Sin embargo, durante esta década, en

* Ex-subsecretario de Salud

la práctica no se logró dar pasos consistentes en la institucionalización de este Consejo.

La respuesta social organizada

El “capital social” es la suma de estructuras institucionales y de organizaciones de la sociedad civil. El primer hito en nuestra historia contemporánea en la construcción de capital social viene dado por la creación de instituciones estatales centralizadas (donde el movimiento obrero jugó un papel muy importante). El segundo hito, correspondiente a años más recientes, se refiere al surgimiento de nuevos movimientos sociales organizados. La década de los noventa, como sabemos, se caracterizó por el despegue de algunas experiencias de “participación ciudadana”, teniendo como actores más importantes a los indígenas y las mujeres; luego emergerían también a la esfera pública otros sectores como los jóvenes, los jubilados, entre otros.

Para referir un ejemplo de los alcances políticos de estos nuevos movimientos, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, originada en 1994 como respuesta a la tendencia de cobros en los servicios de salud del Estado (bajo el argumento de la “autogestión”), es el fruto de la presión de las organizaciones femeninas a través del Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU). Aunque ninguna institución puso en vigencia esta Ley inmediatamente, en 1998 el Congreso aprobó sus reformas y el MSP la implementó en 1999; estos dos hechos se dieron, básicamente, por la presión de este grupo de mujeres organizadas y por el apoyo de quienes consideran que la gratuidad es inseparable del aseguramiento universal. Por otro lado, también a manera de ejemplo, los logros de la Constitución de 1998 en general y en particular en materia de salud, se deben a la presencia, documentos, debates y reflexiones producidos por los movimientos sociales de indígenas, de mujeres, entre otros, organizados como tales o formando parte de diversas ONG. Finalmente,

la Política Nacional de Salud, la Política Nacional de Investigación en Salud, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y la propia Ley del Sistema Nacional de Salud (SNS) que aquí nos ocupa, son expresiones o productos últimos de una nueva “cultura de la participación ciudadana”: todos estos cambios en el nivel institucional del Estado son producto de la exigencia de organizaciones sociales, en las que intervienen también las autoridades y los delegados institucionales.

La realidad de la reforma

Todos quisieran ver cristalizada la reforma, y así, ver estructuras públicas mejoradas donde se practiquen los valores éticos de la equidad, de la mano con la calidad y la eficiencia. Pero este sueño adquiriría matices de pesadilla desde cierta perspectiva unilateral de la globalización, que buscaba liberar las fuerzas del mercado, “modernizar” los Estados e implementar “reformas” sectoriales, en la salud y educación por ejemplo, para favorecer los intereses privados. Esto exigía reducir el papel, tamaño y presupuesto del Estado. La responsabilidad pública sobre lo social parecía perderse en un camino sin retorno. Esta tendencia proponía un “modelo de mercado” para la salud, caracterizado, entre otros aspectos, por separar la “salud pública” (definida sólo como atención primaria no rentable) que quedaría en manos del Estado, de la atención individual a las personas (usualmente referida a la atención hospitalaria) que pasaría a manos privadas. Así, la propuesta pasaba por separar las funciones de rectoría y financiamiento, en manos del Estado, de las de provisión, en manos privadas; también por entregar todas las competencias y recursos financieros del MSP (cuyo 75% corresponde a personal) a los municipios, en el marco de la “descentralización”; y, finalmente, por cobrar servicios antes gratuitos, a nombre de la “autogestión” (combatiendo el “paternalismo” estatal), impidiendo que el Estado asumiera su

responsabilidad de atender lo social con una cobertura universal.

Esta “modernización” (con sus “reformas” sectoriales y su “descentralización” correspondiente), aunque negada en un referéndum de la década de los noventa, conti-nuó siendo impulsada. Aquí jugó un papel clave la influencia externa apalancada, básicamente, desde los organismos internacionales de crédito. Dichos organismos prestaban dinero para estos proyectos de “reforma”, sobre todo a través del Consejo Nacional de Modernización (CONAM) y de nuevas asociaciones, como la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), que inicialmente veían a la privatización como la gran panacea. Sin embargo, en el caso de la salud, la cultura participativa logró oponer a la corriente privatizadora del mercado, una tendencia propia de carácter “plural” o interinstitucional. Esta alternativa defendía procesos de amplia participación (que permitieran a los y las ecuatorianas sumar sus propios esfuerzos, no duplicarlos), que garanticen la cobertura universal mediante la coordinación local y nacional. Las instancias señaladas para efectivizar esta coordinación entre distintos niveles eran los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de Salud, que prepararían los respectivos Planes Integrados de Salud a cumplirse mediante redes interinstitucionales de servicios.

El sueño de la reforma: la política y la ley del SNS

En el año 2002, el Congreso por la Salud y la Vida, una expresión de la sociedad civil, adoptó en el mes de mayo la Política Nacional de Salud. A la vez, en el mes de septiembre, el Parlamento Nacional aprobó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (CONASA, MSP, 2004). Tanto esta nueva política como esta nueva ley fueron el resultado de un trabajo interinstitucional, colectivo y participativo, en el cual el CONASA actuó como facilitador y

gestor, principalmente a través de su Comisión Técnica de Reforma. Por medio de estos instrumentos se juntaron los esfuerzos de las instituciones y organizaciones pertenecientes al CONASA y las de las agencias de cooperación externa, particularmente de las Naciones Unidas, en una construcción nacional con identidad, basada en la participación y el consenso, que inició su largo proceso de implementación.

Los antecedentes históricos más recientes de esta reforma nos remiten al año 1998, cuando se aprobó la nueva Constitución y se inició una nueva gestión ministerial. Entre otras acciones, el renovado MSP implementó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, estableció propuestas claras de reforma del sector (CONASA, MSP, 1998) y fomentó las iniciativas locales para la constitución y desarrollo de los Consejos Cantonales de Salud, como por ejemplo el de Cuenca (Consejo Cantonal de Salud de Cuenca, 1998). Para cuando se celebró la Asamblea Constituyente de 1998, ya existían propuestas de las organizaciones sociales que permitieron que la Constitución incluyera una sección específica referida a salud con varios artículos, uno de los cuales incluso exigía la creación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, en abril del 2001, y como consecuencia del seminario nacional sobre financiamiento del Sistema Nacional de Salud (AFEME, 2001) varios miembros del CONASA propusieron al ministro la preparación de las propuestas de la Política Nacional de Salud y el anteproyecto de ley del Sistema Nacional de Salud (tareas que se concluyeron en diciembre del 2001). El mencionado seminario mostró que, más allá del ejemplo colombiano de la Ley 100 (único modelo recomendado hasta entonces), en los sistemas de España, Reino Unido, Canadá, Cuba, Costa Rica y otros países, toda la población tiene aseguramiento de cobertura universal y el sistema de salud no requiere que las personas dispongan de dinero en su bolsillo cuando solicitan un servicio.

A inicios del año 2002, el MSP a través del CONASA y con el apoyo de la OPS/OMS, designó a la comisión organizadora del Congreso por la Salud y la Vida. Realizando talleres y foros previos de consulta, esta comisión nacional aseguró el éxito del Congreso, consiguiéndose definir la Política Nacional de Salud. De igual modo, un Comité Interinstitucional preparó el anteproyecto que luego se transformó en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Estos procesos plantearon una alternativa nacional a la globalización económica, social y cultural en la que se debate el mundo. El CONASA analizó la reforma sectorial, estableció el proceso, lo coordinó, le dio direccionalidad y articulación, y tomó la opción más conveniente para su propia identidad y supervivencia. Desde luego, algunas dificultades se presentaron en este proceso, sobre todo por parte de ciertas autoridades institucionales reacias a participar o a volver expeditos los procesos. Pero estos hechos no fueron sino sombras que dieron mayor claridad a los perfiles de la propuesta.

En lo que se refiere a los contenidos de la Ley del SNS, ésta plantea que no se diferenciarán pobres (ni “subsidiados” ni “focalizados”, pero sí priorizados) de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin “paquetes” especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales. Por otro lado, para garantizar la equidad como valor fundamental de la Política y del SNS, se propone activar los Consejos Cantonales y Provinciales y el CONASA, basados en un esfuerzo colectivo de participación y complementariedad, no de competencia. Los Consejos permitirán la participación y veeduría de la sociedad civil, y abrirán una alternativa diferente tanto para

el modelo de gestión como para el de los servicios.

La opción ecuatoriana actual se encuentra, por una parte, entre los paradigmas nuevos de la salud y los antiguos de la enfermedad. y por otra, entre los intereses del mercado que propicia diversas líneas de privatización y el fortalecimiento del Estado como defensor de lo público. Desde luego, en la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva (OPS/OMS, 2002). Pero sí resulta crucial diferenciar los niveles del Estado en los que se puede realizar esta coordinación. Por ejemplo, en la formación de los recursos humanos en salud, el mercado profesional no puede responder a una planificación central, como tampoco puede quedar sujeto sólo al libre juego de oferta y demanda: debe, más bien, ser el fruto de una gestión interinstitucional coordinada, negociada y consensuada, a partir de los niveles locales del Estado hacia el nivel central.

En el proceso de construcción de la ley del SNS, se retomaron los desafíos que presenta la desigualdad –de diverso origen, naturaleza y alcance– en el país, y se trató de sistematizar la heterogeneidad nacional. Actualmente, las diferencias nacionales se dan sobre todo entre los sectores urbanos y rurales, siendo tradicionalmente los últimos los excluidos de las atenciones y los servicios. Entre las provincias, cantones y parroquias rurales, las poblaciones indígenas de la sierra central aparecen como las más perjudicadas. Y por otro lado, también persiste una diferenciación entre géneros: muchas mujeres sufren de problemas de violencia intrafamiliar y otras hasta mueren con problemas de su embarazo y parto porque no tienen servicios asequibles cuando los requieren.

Como lo establece la Política Nacional de Salud, la equidad es “el principio rector y la prioridad fundamental de la política nacional de desarrollo

y, por lo tanto, de la política del sector salud. [...] Sin equidad no es posible lograr el desarrollo y tampoco la ‘salud para todos’. La equidad no es alcanzable sólo desde el sector salud, por lo tanto es imperativo establecer un Acuerdo Nacional por la salud y la vida en el marco de uno integral por el desarrollo” (CONASA, 2002). Desde la perspectiva de algunos organismos internacionales, compatible en varios puntos con la nueva política nacional, la función esencial de la salud pública de “evaluación del acceso equitativo” (OPS,OMS, 2001) parte de un enfoque multisectorial y pluricultural que permite el trabajo mancomunado de diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios de salud. Para lograr este objetivo, se debe fortalecer a la autoridad sanitaria en diversos procesos que van desde los niveles centrales hasta los locales de las prestaciones. La equidad se garantiza mediante el acceso universal financiado por todas las instituciones, con el concepto integral de salud servido por las redes, dentro de un sistema descentralizado pero con la rectoría del Estado mediante el Consejo Nacional y los Consejos Locales.

Se espera que estos procesos de salud contribuyan a la estabilidad política, económica y social del país, fortaleciendo las instituciones sectoriales, legitimando la más importante disposición jurídica requerida por la Constitución y propiciando un esfuerzo mancomunado por una nueva construcción nacional que parta de análisis ponderados y de consensos. Se espera que este esfuerzo termine con los conflictos que detienen el trabajo y la producción de los servicios y permita una mejor gobernabilidad al existir una política de Estado, dando continuidad al proceso iniciado.

La Política Nacional de Salud constituye una sistematización, establecida desde el Estado

ecuatoriano, de postulados filosóficos y teóricos a partir de los cuales se propone, de manera concreta, una estructura nacional de base jurídica que es el Sistema y una serie de acciones ordenadas y prioritarias que constituyen el Plan Nacional de Salud. Esta Política fue definida por la sociedad civil en su primer Congreso por la Salud y la Vida, mientras el Sistema Nacional fue aprobado con una ley orgánica por el Congreso Nacional de la República (Hermida, 2004). Los postulados o principios de la nueva Política y la nueva Ley en el campo de la salud, constan en la Constitución y pueden resumirse en la necesidad de atender el derecho a la salud de manera equitativa y universal, con servicios que la aborden integralmente, es decir que la promuevan, que prevengan las enfermedades y que las curen con la mejor calidad disponible en el país. El SNS parece ser la única posibilidad que tiene el país de garantizar esa cobertura y ese acceso universal, articulando funcionalmente a las instituciones que prestan servicios en el Ecuador, operando con redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia.

En una sociedad como la ecuatoriana, que se regula por una economía de mercado, y en la que existen brechas enormes producto de la desigual distribución de la riqueza, el SNS es la posibilidad de garantizar la anhelada equidad. En el marco del mandato constitucional, es necesario emprender procesos ordenados de descentralización que no impliquen el mayor fraccionamiento del sector y den respuestas efectivas a la realidad y necesidades locales y nacionales. Para que ello sea posible, contamos con el SNS, es decir con una instancia de coordinación de todos los actores, que de manera participativa e integrada deben buscar colectivamente el objetivo común que propone la ley orgánica y en cuya construcción todos nos hallamos empeñados.

Bibliografía:

AFEME 1998 *Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Financiamiento con aseguramiento universal* (Quito: AFEME, CONASA, MODERSA (BM), OPS/OMS).

CONASA, MSP 1998 *Rol del Estado, políticas nacionales de salud y reforma constitucional. Propuesta para mejorar la salud de todos los ecuatorianos. 2ª. Ed.* (Quito: CONASA, MSP).

CONASA 2002 “Política Nacional de Salud”. Congreso por la Salud y la Vida, Quito, mayo 2002.

CONASA, MSP 2004 Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador (Quito: CONASA, MSP).

Consejo Cantonal de Salud de Cuenca 1998 *La salud en Cuenca* (Cuenca: Editorial Monsalve Moreno).

Hermida, César 2004 *Gestión social para el Sistema Nacional de Salud. La equidad es posible* (Quito: JCG).

OPS, OMS 2001 *La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública* (Washington DC: OPS/OMS, CDC, CLAISS).

OPS, OMS 2002 *El cóndor, la serpiente y el colibrí* (Quito: OPS/OMS).

El rol del CONASA en la reforma*

El Consejo Nacional de Salud (CONASA) fue creado originalmente por el presidente Jaime Roldós Aguilera en 1980 (Decreto ejecutivo No. 56, Registro Oficial No. 124, 8 de febrero de 1980). Su papel como organismo de coordinación de las instituciones del sector de la salud atravesó por un cambio significativo desde hace seis años. De ser una instancia asesora del despacho del ministro de Salud, pasó a convertirse en la instancia que generó el marco fundamental para el impulso y creación del Sistema Nacional de Salud: en el año 2002, desde el CONASA se creó la primera ley orgánica del sector salud.

¿Qué implicó este cambio de rol?

Marco Guerrero, ex director del CONASA, señala que el cambio implicó la superación de décadas de fragmentación del sector salud. Ya en octubre de 1948 el Congreso Nacional había creado el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, cuyo principal objetivo se orientaba a corregir la atomización del sector y proponer políticas en materia de salud. Sin embargo, este Ministerio no llegó a fundarse, principalmente, porque intereses económico-políticos regionales impidieron su creación. El conflicto configurado alrededor de la disputa por el liderazgo entre fracciones de la costa y la sierra, se resolvió parcialmente con la creación del Ministerio de Salud en 1967. El nuevo Ministerio incluía una subsecretaría para el litoral con sede en Guayaquil.

Desde finales de los años sesenta, el Ministerio de Salud Pública (MSP) nunca consiguió superar la dispersión de acciones sanitarias generadas por una multiplicidad de instituciones públicas y privadas. Frente a ello, en el año 2000 la tarea fundamental del CONASA fue, precisamente, construir (con las 17 instituciones del sector salud que hasta hoy perduran) un espacio de concertación que permita crear políticas únicas y consensuadas, emitidas por la autoridad sanitaria nacional reconocida en el MSP. El antecedente para esta construcción fue la creación, en 1996, de una Comisión Técnica de Reforma del Sector Salud apoyada por el Comité Interagencial para la Reforma del Sector Salud (CIAR). A través de esta comisión, el CONASA pasó a liderar la reforma que antes había estado en manos del Consejo Nacional de Modernización (CONAM) y de la Comisión de Reforma Biministerial (conformada por el MSP y el Ministerio de Bienestar Social -MBS-).

Dentro de este proceso, el primer logro fue incluir en la Constitución de la República de 1998, un capítulo sobre salud. Uno de los artículos de este capítulo señala la necesidad de organizar un Sistema Nacional de Salud. La integración de este sistema, como lo indica la ley, se debe realizar con todas las entidades del sector y su funcionamiento debe ser descentralizado, desconcentrado y participativo.

Después de varios años, apenas hoy el CONASA es, en realidad, un espacio democrático y autónomo, donde se conocen, debaten y

* Elaboración a cargo de Margarita Velasco Abad, a partir de entrevistas personales realizadas a Jorge Albán (Quito, 16 de octubre, 2006) y Marco Guerrero (Quito, 26 de septiembre, 2006).

acuerdan los temas sanitarios más trascendentales. Ello permite orientar la organización de los servicios de salud a partir del criterio de calidad privilegiando la demanda, o bien, fomentando la accesibilidad técnica, geográfica, económica y cultural de los usuarios. Sin duda, este avance constituye un logro fundamental para la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Los principales elementos constitutivos de la reforma impulsada desde el CONASA se fundamentan en los siguientes aspectos.

El *modelo organizativo* propone la formación de un Sistema Nacional de Salud mediante la articulación funcional de las instituciones que conforman el sector, creando un eje para la definición de los nuevos roles y funciones institucionales en tres niveles: a) dirección, regulación y control; b) financiamiento y aseguramiento; y, c) prestación y provisión de servicios.

El *modelo de atención*, por otro lado, incluye dos elementos, el de la salud pública y el de la atención personal, cuya separación conduce a considerar una gestión y financiamiento diferenciados en dos niveles. a) Por un lado, en la salud pública se plantean como líneas de acción el fortalecimiento técnico y financiero de los programas (especialmente de los de mayor impacto epidemiológico), la territorialización de los programas, la asignación de recursos per cápita según índices demográficos y de riesgo epidemiológico, la realización de acciones de salud pública con otros sectores partícipes del

desarrollo social y económico del país, y el fomento de medidas de promoción y prevención.

b) Por otro lado, en los servicios personales se plantea un modelo de aseguramiento a través del cual toda la población pueda disponer de un seguro de salud que cubra sus riesgos de enfermedad y también medidas de prevención y promoción.

Los dos Congresos por la Salud y la Vida, organizados en los años 2002 y 2003, constituyeron mecanismos para legitimar y fortalecer el apoyo social a la ley orgánica del sistema de salud.

Un proceso difícil

La vida institucional del CONASA, como ya lo señalamos, ha tenido dos etapas históricas. La primera va de 1980 hasta el año 2002. Durante este periodo, el CONASA simplemente funcionaba como organismo asesor del ministro de Salud Pública de turno. Pero a partir de septiembre del 2002, de acuerdo a la ley, el CONASA es un organismo con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera.

Para Jorge Albán, director ejecutivo encargado del CONASA, uno de los avances más importantes conseguidos por esta instancia es que, 22 años después de su creación, finalmente ha logrado delimitar su acción, contar con financiamiento propio y con autonomía frente al MSP. Estos tres elementos garantizan su rol

como entidad de consenso y discusión de todo el sector salud. Albán señala, adicionalmente, que hoy existe una clara voluntad de aprendizaje por parte de las 17 organizaciones que, con el apoyo de un marco jurídico fuerte, articulan voluntades y necesidades de la sociedad civil y del Estado a través del CONASA.

El CONASA es un colectivo público-privado, y sus instituciones miembro cuentan con un alto grado de representación y empoderamiento. Al respecto, la noción de complementariedad entre lo público y lo privado constituye uno de los aprendizajes más importante del período. Como señala Albán, esto es funcional a la economía de libre mercado y es fundamental a la hora de preservar los objetivos de equidad y accesibilidad universal a la salud como derechos de la población. A través de la crisis de 1999 y la respuesta de los servicios de salud a la atención de los más pobres, se comprobó una vez más, a criterio de Albán, que la eliminación del MSP como instancia prestadora de servicios no es viable. Los modelos privatizadores que apuntan a eliminar esta función del sector estatal, tendrían consecuencias nefastas sobre la vida de los más pobres.

La difícil tarea de construir el Sistema Nacional de Salud debe basarse en acciones concretas, o bien, debe mantener como horizonte una 'utopía fáctica'. En esta línea, se ha planteado la construcción de tres políticas nacionales: de investigación en salud; de medicamentos; y, de derechos sexuales y reproductivos. Estas políticas deben concretarse en planes colectivos,

en acciones y también en sistemas de monitoreo y evaluación. Por ello, el diseño organizacional del actual CONASA considera como fundamentales a los procesos de promoción de la salud, de planificación, de financiación, de recursos humanos y de investigación.

Los riesgos

La autonomía del CONASA otorgada mediante ley aún no ha sido lo suficientemente aprovechada para la construcción del Sistema Nacional de Salud. Muchos intereses personales someten la institución a juegos políticos peligrosos que lo único que han hecho es debilitarla frente a sus propios miembros, ante todo el sector salud y ante la ciudadanía.

Los desafíos

Entre los desafíos del CONASA se cuenta la aplicación, desde la realidad concreta del país, de la Ley del Sistema de Salud. Las relaciones interinstitucionales, fundamentales para el éxito de este sistema, tienen en la regularización uno de sus más importantes elementos. Con la regularización es posible crear los consensos esperados entre las instituciones del sector. Para ello, es necesario desarrollar en estas instituciones, y con ellas, una voluntad de seguimiento, evaluación, acreditación y calidad.

En la opinión de su director encargado, los tres desafíos más importantes del CONASA son,

en primer lugar, consolidar esta instancia como entidad técnico-administrativa y financiera, fiel representante del Sistema de Salud. En segundo lugar, implementar en la realidad las leyes y políticas ya establecidas. Y, finalmente, lograr que las directrices de las políticas elaboradas con la autoridad sanitaria sean fruto del proceso de trabajo de todas las instituciones del sistema y se constituyan como referentes para la acción del Estado. Es decir, se debe lograr que las políticas

de salud sean el resultado de una construcción colectiva y que sean orientadoras y mandatarias para cualquier gobierno.

Queda mucho camino por recorrer para que las 17 instituciones de salud y el MSP lleguen, realmente, a ser socios en el fortalecimiento de la rectoría efectiva del Estado a favor de todas y todos los ecuatorianos.