

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

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

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

Comité editorial:

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

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

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



Índice

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

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

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

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

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

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

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

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

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

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

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>

 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

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

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

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

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

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

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

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

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

LISTA DE RECUADROS

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

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

La promoción de la salud en el Ecuador

Carmen Laspina*

La promoción de la salud como concepto define objetivos y estrategias esbozadas en las recomendaciones de la Conferencia Mundial celebrada en Alma Ata en 1978. Sin embargo, es solamente a partir de 1986, en el marco de la reunión mundial sobre promoción de la salud celebrada en Canadá, cuando se estableció claramente su alta implicación para lograr salud para todos. Esta meta se explicita en la Carta de Ottawa que, acogiendo los objetivos planteados en Alma Ata, buscaba dar una respuesta a las nuevas y crecientes demandas de la nueva situación de la salud, tanto en los países desarrollados como en los llamados países en vías de desarrollo.

La promoción de la salud está relacionada con los procesos que favorecen el control de los individuos sobre el conjunto de factores que determinan su propia salud, así como la salud colectiva y ambiental. Por lo tanto, la promoción de la salud da respuesta a la necesidad de optimizar el nivel de salud y enfatiza en la calidad de vida, fortaleciendo o protegiendo los factores que la condicionan y reduciendo los determinantes de la enfermedad. En la práctica, la promoción de la salud debe partir del análisis del perfil de salud-enfermedad de la población, del comportamiento sociodemográfico, y de las inequidades en los diferentes contextos económicos o estructurales, políticos y ambientales en que ésta se desarrolla. Por lo tanto, el concepto de salud que se maneja desde esta perspectiva, está asociado a una visión integral del bienestar. De esta manera, se supera

ampliamente el punto de vista medicalista propio del modelo clínico, destacando la importancia de las opciones personales, grupales o comunitarias. Consecuentemente, desde este modo de entender a la salud, se deja de lado la visión paternalista heredada del pasado y se admite la importancia y determinación de la acción sistémica de otros sectores, además del sector específicamente sanitario.

Desde esta mirada, el nuevo objetivo de estudio de la salud pública es, precisamente, identificar, no tanto las causas de la enfermedad, sino las condiciones que posibilitan la salud. Ello en la medida en que es mucho más beneficioso exhortar o estimular la adopción de prácticas saludables, que impedir hábitos nocivos para la salud. De esta manera, se pone en el orden del día la responsabilidad individual en el cuidado y autocuidado de la salud, así como la responsabilidad social y política en el bienestar general de la población.

En este sentido, durante las últimas décadas se han propuesto diferentes opciones tendientes a la reformulación del quehacer del Estado en el campo de la salud. Estas nuevas perspectivas incluyen la reasignación de roles y la elaboración de un nuevo esquema que permita que las intervenciones públicas sean resultado de consensos sociales. Esto ha obligado a los diseñadores y ejecutores de las políticas sanitarias a difundir y promover el concepto de salud y generar condiciones de salud conformes a lo

* Directora, Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública – Ministerio de Salud Pública (MSP)

consensuado. El Estado, consecuentemente, se transforma en un garante de la política alentando a la sociedad civil en su propia gestión y generando condiciones para que los ciudadanos puedan autodeterminar las condiciones y factores de su salud propiciando un manejo adecuado de los recursos.

Desde la década de los ochenta, son constantes las movilizaciones y marchas ciudadanas en favor de la salud. Tómese como ejemplo el creciente movimiento de las mujeres, no tanto exigiendo creación de hospitales y centros de salud, sino demandando mejores condiciones sanitarias, como son la dotación de agua potable, alcantarillado, viviendas y espacios adecuados. No es una coincidencia que la Constitución aprobada en 1998 responda a esas demandas, y que los artículos 42, 43 de la Salud y 23 de las Garantías y Derechos Ciudadanos señalen de manera explícita el mandato de promover la salud y el acceso a la información (que constituye la base del componente comunicacional de la promoción de la salud).

Paralelamente a estos procesos, durante la última década del siglo pasado, en el país se desarrollaron otros marcos jurídicos modernos que contextualizan y ponen en práctica las principales experiencias que surgen a partir del concepto de promoción de la salud. Citemos, por ejemplo, la Ley de Descentralización y Participación Ciudadana; la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna; la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; la Ley 103 Contra la Violencia a la Mujer y la Familia; la Ley de Protección al Ambiente; la Ley de Seguridad Alimentaria; la Ley de la Sexualidad y el Amor; el Código de la Niñez y Adolescencia. Finalmente, también cabe mencionar la promulgación de ordenanzas desde los gobiernos seccionales.

Cambios institucionales

En este contexto y siguiendo las pautas del proceso antes descrito, al interior del Ministerio de Salud Pública (MSP) se creó la Dirección de Salud Ambiental en 1995. Este cambio institucional se inscribe en el proceso integral de reforma del Estado. Con la mirada puesta en las nuevas demandas de salud relacionadas con el ejercicio de los derechos ciudadanos, se inicia un proceso de reforma que adopta la promoción de la salud como eje político institucional.

Posteriormente, se crearon instancias técnico-administrativas, como la Dirección de Promoción y Atención Integral de Salud (DPAIS), en operaciones desde 1998. Mediante esta dirección se trató de aglutinar a todos los programas y actividades de fomento y protección de la salud, superando en primera instancia el enfoque preventivo del programa materno-infantil. Este giro se produce en consonancia con los enunciados constitucionales, con las recomendaciones de la Carta de Ottawa de 1986, y con las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994. De este modo, se avanzó hacia un enfoque de promoción de la salud. Ejemplo de ello son las Normas de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, que se fundamentan en el ejercicio de los derechos y en los mandatos constitucionales, y que recogen los lineamientos del Plan de Acción de la CIPD de 1994. Igualmente relevante en este sentido es que se haya incluido en una misma gestión administrativa (el DPAIS) a otras instancias del MSP, como las ex Direcciones de Nutrición, Salud Mental y Estomatología. Por último, se debe mencionar que, más recientemente, en el MSP se creó el Subproceso de Promoción de la Salud como parte del Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública; esto último, en línea con la nueva gestión estatal orientada por la lógica de ejecución por procesos.

Por su parte, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) ha respondido a los nuevos requerimientos creando la Comisión de Promoción de la Salud en el año 2002. Este Consejo articula a instituciones del sector de la salud con otros sectores para así volver más efectivas las acciones de las primeras. Adicionalmente, a través del CONASA, y particularmente del primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida por él promovido, se consiguió la promulgación de nuevas leyes. Me refiero, en primer lugar, a la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Con esta ley, el CONASA adquiere un marco jurídico sólido cuyo carácter articulador del quehacer de la salud posiciona al MSP en la estructura jurídica institucional del Estado ecuatoriano como la máxima instancia político administrativa para la rectoría del proceso. De esta manera, la rectoría del MSP se ratifica y se fortalece al Estado en su calidad de garante del bienestar y de la calidad de vida de los y las ecuatorianas. Asimismo, gracias al CONASA se promulgaron las políticas de salud, que incluyen las de promoción de la salud en el capítulo de la protección integral.

A partir del primer Congreso por la Salud y la Vida, podemos decir con propiedad que la promoción de la salud adquiere carta de ciudadanía. En efecto, desde el 2002 el posicionamiento estatal frente a la promoción de la salud es muy claro. Tal posicionamiento halla su expresión en los principios rectores de la reforma del sector salud como son la equidad, la universalidad, la eficiencia y la calidad de la atención. En este contexto, el nuevo modelo de atención adoptado por el MSP se sustenta en la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud es indisoluble de todo el proceso de transformaciones sociales. En relación a ello, la construcción de ciudadanía en salud es la nueva exigencia de la población. Diferentes sectores actuantes dentro de movimientos ciudadanos, expresan la respuesta progresiva a esa necesidad de construir

ciudadanía desde el ámbito de la salud. El MSP representa la instancia estatal legitimadora de la movilización social en salud y además debe alentar esas expresiones de la voluntad de la población, tal como lo establece la Ley que consagra la coordinación intersectorial con la sociedad civil. En este sentido, el MSP, otros sectores y varias organizaciones no gubernamentales (ONG), han incursionado exitosamente en el campo de la promoción de la salud. Igualmente, la academia se ha involucrado en lo que se refiere a la formación de recursos humanos, en particular los de salud.

El desarrollo de la promoción de la salud en el Ecuador

En concordancia con las áreas estratégicas de acción planteadas en la Carta de Ottawa relacionadas con la construcción de políticas públicas saludables, en nuestro país se ha impulsado la creación de entornos saludables (físicos, sociales, económicos, políticos y culturales), el fortalecimiento de la participación social, y el desarrollo de aptitudes personales o estilos de vida para el auto-cuidado de la salud individual, colectiva y ambiental. Son muchas las experiencias en promoción de la salud, por lo que desde el CONASA y el MSP, está pendiente un esfuerzo de sistematización. Entre las experiencias exitosas cabe resaltar el avance en la construcción de ambientes saludables y protectores de la salud y el ambiente.

Los procesos de democratización de la salud y los procesos de descentralización son logros fundamentales que se han alcanzado mediante la potenciación del rol de los gobiernos locales en la gestión de la salud. Los municipios, en coordinación con el sector salud y otros sectores y con el apoyo de la cooperación internacional, han logrado avances significativos, en particular en la incorporación de la promoción de la salud como política pública. A manera de ejemplos, cabe señalar el desarrollo desde el municipio de

Cotacachi del proyecto Espacios Saludables, y también la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud ejecutada en cinco municipios de la provincia de Loja que dejó planteada una propuesta de intervención clara, en particular en lo referente a la construcción de 13 módulos de capacitación, que fueron validados por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y adoptados por el programa de textos Paltex de OPS/OMS como referente para América Latina. Adicionalmente, el municipio de Loja mereció el primer premio internacional de Municipio Saludable, por el manejo de basura y la construcción de ambientes saludables; el municipio de Pedro Moncayo alcanzó el reconocimiento de la OPS/OMS por su transparencia en al gestión; el trabajo en salud realizado por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito y el Municipio de Cuenca, son también dignos de mención. Por otro lado, merecen reconocimiento los catorce cantones de las provincias de Orellana, Bolívar, Chimborazo, El Oro, Zamora, Loja, Guayas y Manabí, en los que se ha logrado una franca participación de los gobiernos seccionales en pro de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación para la sexualidad, población y desarrollo, y la promoción de equidad de género.

Una experiencia importante de promoción de ambientes saludables es la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud, que se desarrolla ampliamente en el país en estrecha coordinación entre el MSP y el MEC, y en algunas provincias con el apoyo de proyectos locales (como en el caso de Loja o Esmeraldas). Las iniciativas institucionales de este tipo, propenden a desarrollar aptitudes y prácticas entre la comunidad.

En el campo educativo, se debe apuntar a que la activación de la participación ciudadana se oriente a preservar y fomentar, con enfoque de ciclo de vida y de género, la salud de niños, niñas y adolescentes, así como la de los y las

maestras, los padres y madres de familia y otras personas de la colectividad. Asimismo, se debe propender a que el respeto y la preservación del ambiente vaya de la mano con la valoración de la diversidad cultural. Por último, la iniciativa a favor de la promoción de la salud debe tener como objetivo primordial apoyar al desarrollo de la actoría de niños, niñas y adolescentes.

Como parte de los esfuerzos en esta dirección, se ha conformado la red nacional de Escuelas Promotoras de la Salud, integrada por el MEC, el MSP y varias ONG. La secretaría técnica de esta red recae en el MEC. Al momento se está trabajando en la consolidación de ámbitos provinciales y locales. Se cuenta con el “Manual de Escuelas Promotoras de la Salud” como un instrumento básico de guía y apoyo para la estructuración de estas escuelas y para la conformación y consolidación de la Red Ecuatoriana de Escuelas Promotoras de Salud. Esta red es, además, miembro de una red latinoamericana. También es importante rescatar el valioso trabajo que se ha logrado con la participación activa de los estudiantes de los últimos años de secundaria, quienes, en su rol de brigadistas, han contribuido en la región litoral del país al mejoramiento de la salud ambiental y al control de vectores (en especial para la mitigación del dengue y la malaria, en la conformación de eco-clubes que trabajan con el reciclaje de material de desecho y en la educación para la salud en sus comunidades).

La gestión central, provincial, municipal o local, cuenta actualmente con un amplio horizonte para la promoción de la salud. Las oportunidades se abren con el extenso marco jurídico del que hoy disponemos. Entre las varias leyes y ordenanzas municipales cuya aplicabilidad debe ser exigida, cabe mencionar a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Ésta demanda el desarrollo de estilos saludables de vida, en particular de alimentación sana y actividad física. En zonas urbanas, dado los promedios alarmantes de sedentarismo entre los

escolares, estas intervenciones tienen una gran relevancia frente al incremento significativo de enfermedades crónico-degenerativas (como la hipertensión arterial o la diabetes) que son de carácter prioritario en relación al nuevo perfil epidemiológico del Ecuador.

En lo referido a otras iniciativas en curso, actualmente existen tres proyectos de universidades saludables en Quito, Loja y Cuenca, en las que se promueven ambientes libres de humo. En relación a estas experiencias, un acuerdo ministerial recientemente aprobado declara a todas las instalaciones del MSP como espacios libres de humo. También se están desarrollando nuevos modelos curriculares para la formación de recursos humanos, que incluyen tres postgrados en promoción de la salud, y algunas experiencias en pregrado. Estas últimas iniciativas deben ser apoyadas, dada la importancia de la formación de los recursos humanos en salud y otras profesiones afines a este campo.

En cuanto al tema de las inequidades y frente a la demanda de la ciudadanía por mayor seguridad y su lucha contra la violencia, continuar con la promoción del buen trato y la prevención del maltrato, enfatizando el rol del sector salud y su coordinación interinstitucional e intersectorial, merece especial atención. Este tema está siendo afrontado en el contexto de la aplicación del Código de la Niñez y Adolescencia, particularmente a través de su Plan Decenal

que procura salvaguardar el desarrollo integral de este sector de la población promoviendo la preservación o restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes ecuatorianos. En este ámbito, existe ya un franco posicionamiento a nivel de política pública y se ha iniciado un proceso de mediano y largo plazo orientado a la construcción de una cultura a favor del buen trato.

Frente a las innumerables oportunidades y demandas de promoción de la salud, queda abierta la necesidad de continuar con la consolidación de los avances señalados. En particular, es necesario continuar con la difusión del concepto y su alta implicancia en el desarrollo social, además de persistir en la promoción de ambientes saludables (ciudades y municipios saludables y Escuelas Promotoras de la Salud), y en la atención primaria ambiental. Para promover y fortalecer hábitos saludables se deben implementar las estrategias de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), salud sexual y reproductiva, salud mental, lucha antitabáquica, alimentación y actividad física. Todas estas líneas de acción prioritaria, deben preservar el enfoque de ciclo de vida, de género e interculturalidad. Junto a ello, el desarrollo de un sistema de indicadores que permitan identificar el impacto directo e indirecto en el perfil de salud y la calidad de vida de los y las ciudadanas es una necesidad imperiosa.

Bibliografía:

Arroyo, Irma 2004 *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica* (San José: Universidad de Puerto Rico).

OPS/OMS, Fundación Mexicana para la Salud 2002 *Modelos para la implantación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina* (México: OPS/OMS).

Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), UNFPA, Embajada del Reino Unido, Fundación Utopía 2000 *Derechos humanos, género y desarrollo local* (Quito: DMQ).

UNFPA 2003 *Cuerpos, tambores y huellas. Sistematización de los proyectos de salud sexual y reproductiva* (Quito: ONU).

Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud

Diego Victoria*

¿En qué cambió la línea de cooperación de los organismos internacionales en Ecuador, especialmente de la OPS/OMS, cuando apareció el desafío de la reforma y el cambio del rol del Estado del Bienestar? ¿Cómo y por qué apoyó la OPS/OMS a la reforma de salud?

Desde nuestro punto de vista, la reforma en el Ecuador tuvo tres estadios o momentos claramente identificables en los últimos diez años. El primero tiene que ver con los esfuerzos orientados a garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios públicos de salud a las madres y niños menores de 5 años, mediante el financiamiento de un determinado número de prestaciones de salud y la gestión descentralizada para el pago al proveedor. Tal y como se lo contempló en su momento, estos servicios serían financiados a través de impuestos determinados en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en su reglamento.

El segundo momento de la reforma de salud en Ecuador fue de carácter organizacional. Mediante la aprobación e implementación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, instrumento legal que creó la figura de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública (MSP) para el ejercicio de la rectoría de esa institución, se creó el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Esta instancia fue concebida para viabilizar la concertación de políticas y planes de salud. El CONASA se organizó mediante un

esquema descentralizado que incluye Consejos Provinciales y Cantorales de Salud, y mecanismos de participación que garanticen la conducción de la salud a través, tanto del gobierno provincial y cantonal, como de la amplia participación de todos los actores que intervienen en el desarrollo de la salud.

Finalmente, el tercer momento de la reforma fue el lanzamiento de la política de Estado de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que plantea un sistema de aseguramiento en el que participan todos los seguros existentes en el país, con su correspondiente modelo de financiamiento, atención y sistema informático de apoyo.

En atención a los tres momentos de la reforma expuestos sucintamente, la OPS/OMS respondió plenamente al trabajo demandado durante cada uno de ellos. Y lo hizo brindando cooperación técnica especializada y apoyo político, movilizador de recursos y de opinión. Trabajamos de manera sostenida durante el periodo 1996–2006, en dos tareas cruciales de la reforma: la elaboración y ejecución de las Leyes de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y la del Sistema Nacional de Salud; y la elaboración del modelo conceptual y parte de los instrumentos del aseguramiento universal.

Durante este periodo, insistimos política y estratégicamente en que estos momentos de la reforma no se concibieran como excluyentes el uno del otro, sino por el contrario, como

* Ex representante, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) sede Ecuador

complementarios y sinérgicos entre sí. Sostuvimos esta posición a través de nuestra participación en diferentes foros o consejos, tales como los dos Congresos por la Salud y la Vida, el Consejo Político de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-Comité Asesor Técnico (LMGYAI-CAS), el Directorio del CONASA, las discusiones al interior de la Secretaria de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM), así como a nivel del despacho ministerial, de la presidencia y del Consejo de Ministros.

Actualmente, el proceso de reforma todavía es segmentado: no se registra una clara complementariedad sinérgica entre las partes. El sentido y los contenidos de la reforma deben debatirse a través de una amplia participación social. En el contexto del nuevo gobierno,

se debería aprovechar el mecanismo de participación en salud con el que cuenta el Estado ecuatoriano: el Congreso por la Salud y la Vida, cuya tercera reunión ya se realizó en este año mediante la conducción y organización del CONASA.

La OPS/OMS es respetuosa de la expresión de soberanía que adelantan las conclusiones a las que se arribó en este foro. Por tanto, acoge la agenda social de salud producida a través del consenso en el Congreso, respeta las prioridades en salud establecidas por el nuevo gobierno y los lineamientos de la agenda panamericana y mundial de la salud. Será a partir de todos estos factores que orientaremos y programaremos nuestra cooperación técnica para el periodo 2007-2011.