

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Flacso-Ecuador**

**Maestría de Políticas Públicas con mención en Políticas Sociales
Programa 2002-2004**

**Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con mención en
Políticas Sociales y Gestión del Desarrollo**

**Tema: Las políticas públicas de salud local como una
forma de enfrentar la pobreza. Estudio de caso**

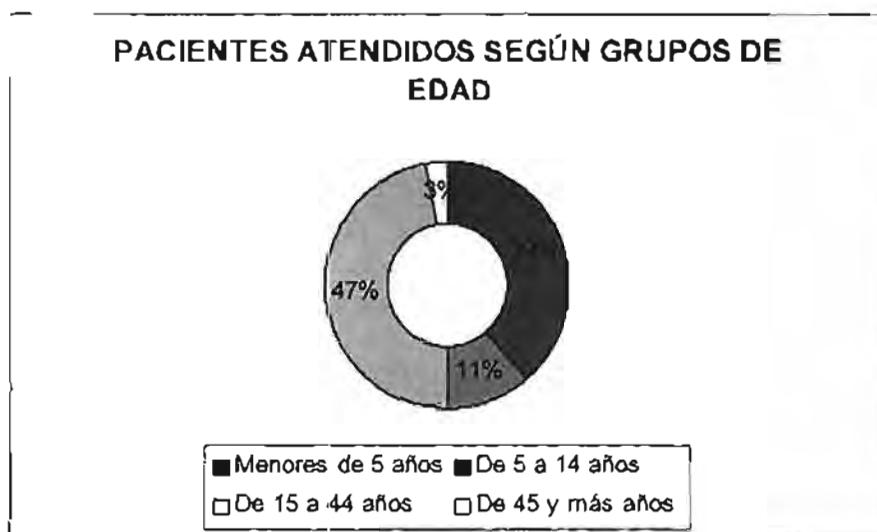
Christian Rodríguez

Quito, 2004

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	5
Capítulo 1	7
LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN LO LOCAL	7
Introducción	7
Capítulo 2	13
LA SALUD EN EL DESARROLLO	13
Desde la economía	13
Desde lo social	22
El Desarrollo del Capital Humano	23
Capítulo 3	28
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	28
Políticas sociales de salud	31
Indicadores Básicos de Salud 2002-2005	33
La reforma a la Seguridad Social	35
Capítulo 4	43
LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN EL ECUADOR	43
El Sistema Nacional de Salud –SNS-	43
La situación en el Ecuador	48
Perfil de morbimortalidad en Ecuador	51
Riesgos, vulnerabilidades y exclusión	53
La Reforma del Sector Salud –SS-	55
Capítulo 5	57
LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE SALUD	57
Introducción	57
El proyecto	59
Análisis de la Situación de Salud en San Luis de Pambil	71
(a) Análisis de la Demanda	71
(b) Análisis de la Oferta	95
(c) Definición de los problemas	97
Análisis de los resultados del proyecto	99
(a) La vigilancia epidemiológica	99
(b) Control sanitario	100
(c) Impactos de la intervención	101
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
(a) Primera	110
(b) Segunda	114
(c) Tercera	116
(d) Cuarta	117
(e) Quinta	119
(f) Sexta	120
Bibliografía	122
Anexos	126
Mapas geográficos	127
Encuesta Conocimientos Actitudes y Prácticas	128
Encuesta de Accesibilidad y Calidad de los servicios en San Luis de Pambil	129

Durante el período considerado para la realización de la encuesta se encontró que la mayoría de los pacientes atendidos fueron mujeres (66.7 %) y los pertenecientes al rango de edad entre 15 y 44 años (Gráfico N° 09).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

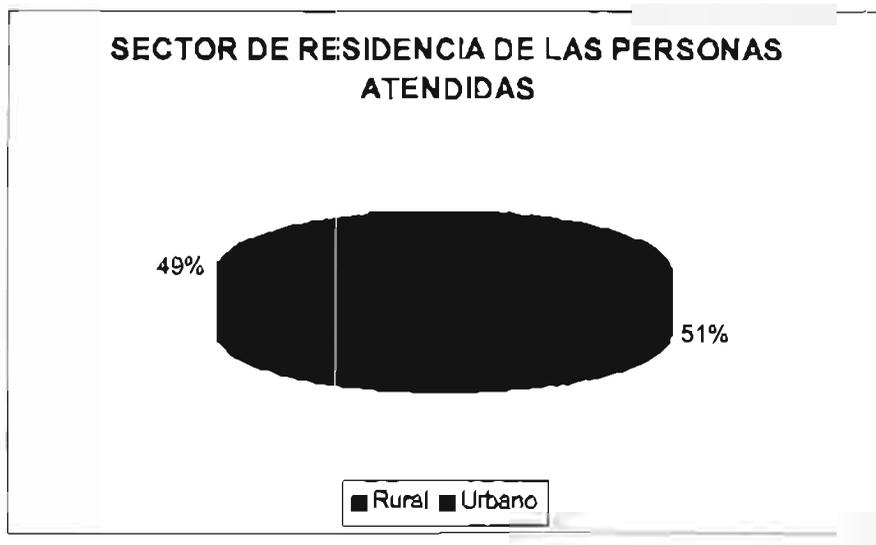
Los beneficiarios del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia suman la mayoría de consultas cumplidas, con lo nos ha permitido afirmar que a través de este programa se ha facilitado la accesibilidad económica a sus beneficiarios (Gráfico N° 10).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

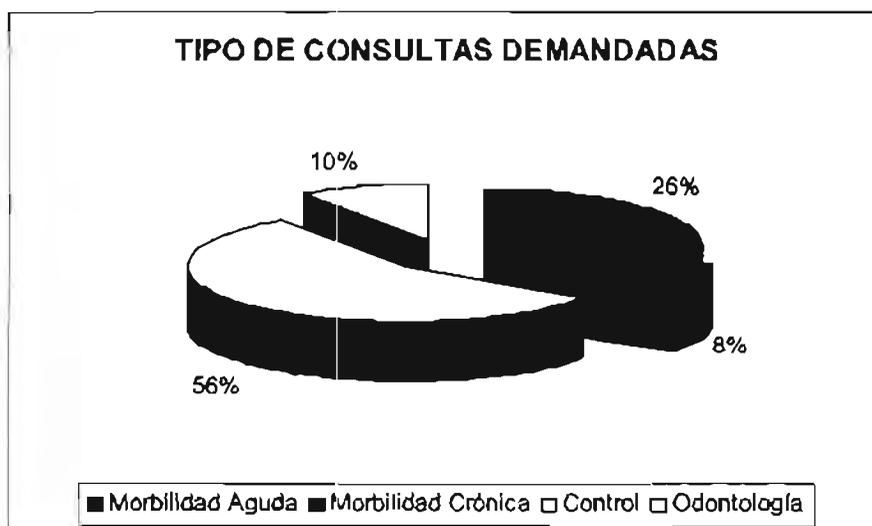
Por la información siguiente se puede advertir cierta limitación en la accesibilidad geográfica de la población a esta unidad de salud, pues si sólo la cuarta parte de la población parroquial está

asentada en la cabecera urbana, esta demanda cerca de la mitad de las consultas, tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico (Gráfico N° 11):



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

También se puede establecer que las personas beneficiarias del programa de Maternidad Gratuita modulan el tipo de atención demandada, pues fácilmente se puede advertir el predominio de las consultas de control propias de este programa (Gráfico N° 12):



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Las consultas de control contemplan la atención a los menores de 5 años, el control de la gestación y puerperio, planificación familiar y DOC, lo que explica lo importante de esta

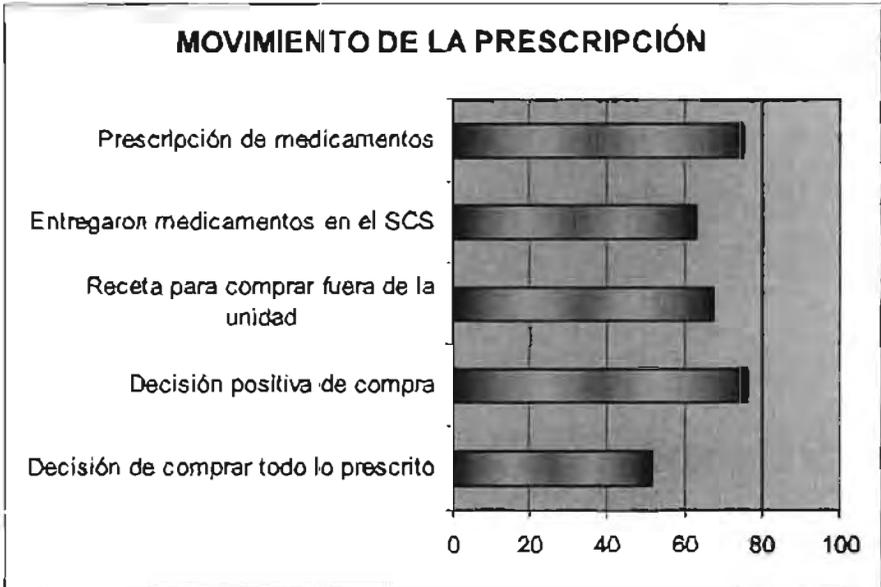
cobertura. Luego están las consultas para morbilidad aguda con un perfil que incluye síndromes febriles, IRA y parasitosis. La atención de la morbilidad crónica está relacionada con tuberculosis y cuadros reumáticos; por último la atención odontológica destinada sobre todo a restauración. Fácil es darse cuenta que la mayor carga de trabajo la soporta el médico (Gráfico N° 13):



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Detalles del tratamiento

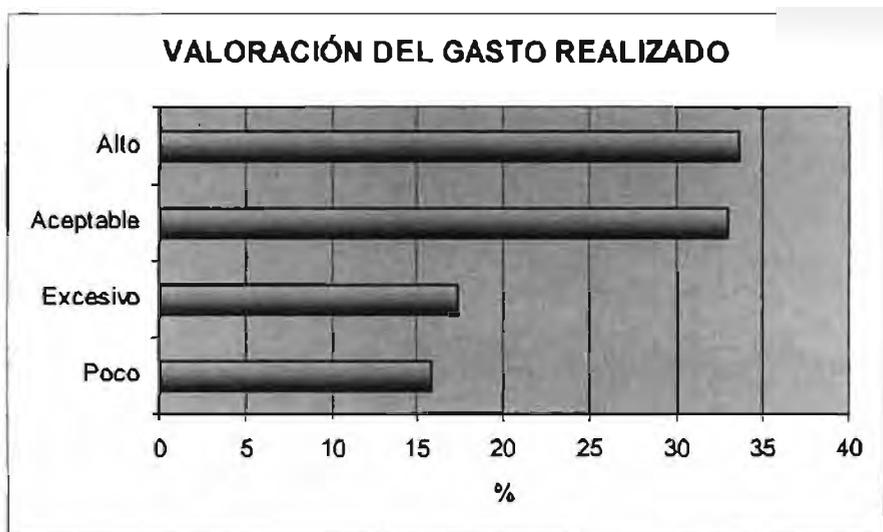
Se prescribió medicamentos al 75 % de las personas atendidas, de ellas recibieron medicamentos en la misma unidad el 63%. Del total de pacientes a quienes se les prescribió medicamentos, el 67.2 % recibieron recetas para adquirirlas fuera de la unidad (Gráfico N° 14).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Quienes recibieron recetas para comprar fuera de la unidad declararon positivamente que comprarían la receta entregada, aunque de entre ellos sólo la mitad aseguraron que comprarían todo lo prescrito, aduciendo siempre razones de limitación económica en su mayoría, y unos pocos casos por dudar de la credibilidad profesional de quien les atendió.

Los pacientes que recibieron medicamentos en la unidad y por no ser beneficiarios del PMGAI debieron pagar por ellos, el monto promedio de gasto fue de \$ 2.29 USD y que es calificado por una tercera parte como alto y por otra tercera parte como aceptable (Gráfico N° 15).

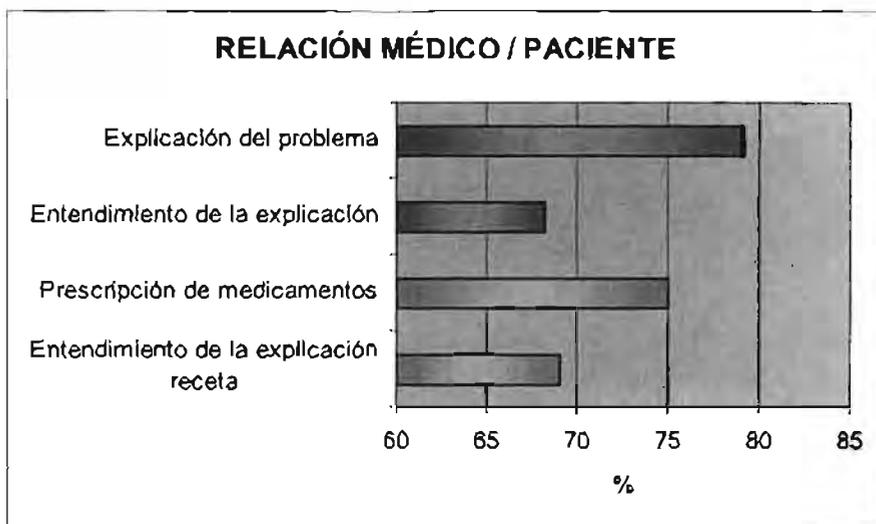


Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

La calidad

Dentro de la evaluación de la calidad en primer lugar analizaremos la que tiene que ver con la relación interpersonal del servicio. Para apreciar la calidad de la atención es importante valorar la relación médico/paciente. Una manera de hacerlo es ponderando la cantidad y calidad de información que se entrega para establecer una situación simétrica que permita avalar la autonomía del paciente y su capacidad de tomar decisiones.

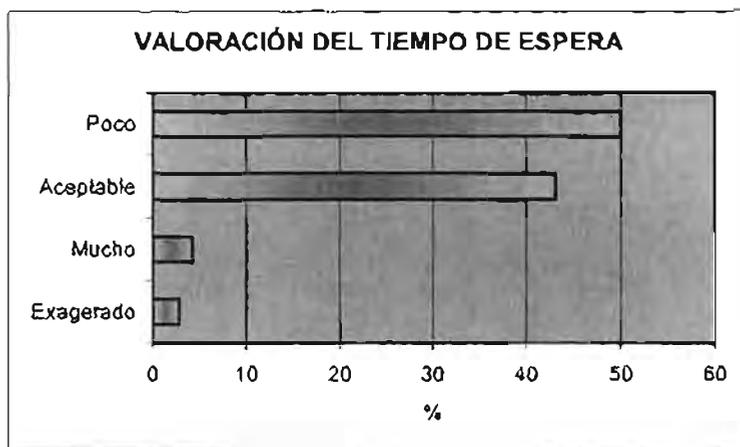
En este caso, al 79.2 % de las personas, quien les atendió, explicó sobre el problema de salud que les afectaba, pero de ellos sólo el 61.2 % entendió la explicación dada. De igual manera, a un 75 % de las personas atendidas se les prescribió medicamentos, pero sólo el 69.1 % entendió claramente las explicaciones para su uso, lo que bien puede afectar la eficacia del tratamiento (Gráfico N° 16).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Tiempo de espera:

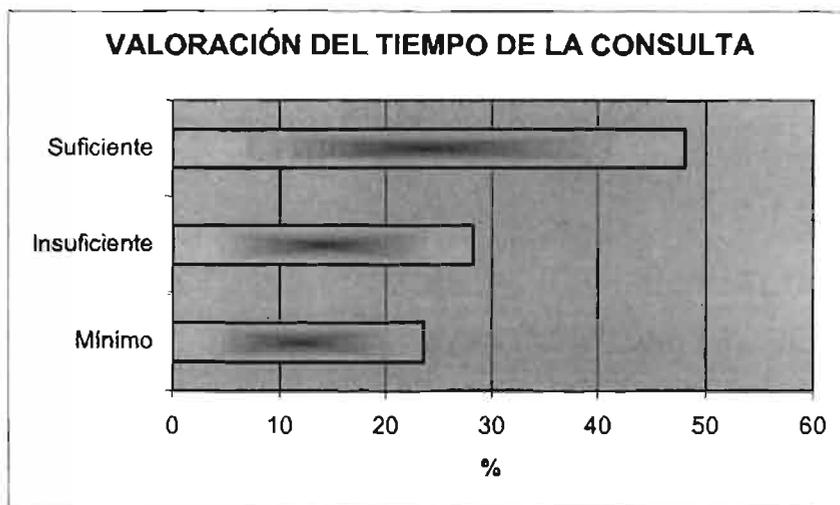
El tiempo de espera antes de entrar a la consulta en esta unidad varía entre los dos y los 30 minutos, en los días que se presta el servicio, que para quienes recibieron la atención consideran que este tiempo es poco o aceptable, en gran parte de los casos (Gráfico N° 17):



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Tiempo de consulta:

El tiempo que se ocupa en la atención de la consulta es de 10 minutos en promedio, lo que es valorado por los usuarios como suficiente en cerca de la mitad de los consultados (Gráfico N° 18).

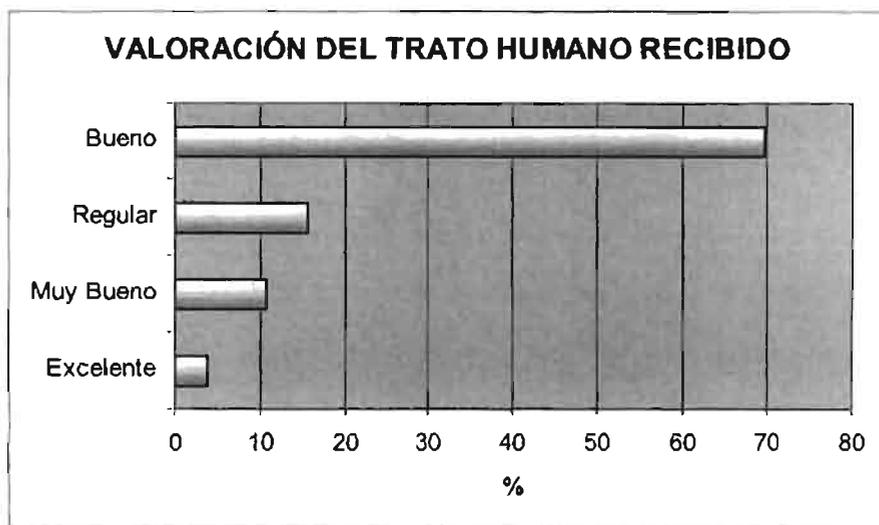


Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Pero también la otra mitad cree que este tiempo es insuficiente o mínimo, por lo que el ideal del tiempo promedio que debería tomar la consulta dicen los encuestados es de 16 minutos.

Valoración del trato recibido

La valoración del trato recibido por los pacientes del personal de la unidad, conjuga todos los elementos de la atención. El 70 % pondera que el trato recibido fue bueno. Más que señalar la calidad de la relación personal, este dato encierra un reconocimiento al servicio, por ser la única posibilidad a la que mucha gente puede acceder. Sin duda quienes califican de esta manera son en su mayoría los beneficiarios del PMGAI y que en gran parte pertenecen al segmento población que no tiene autonomía económica para pagar servicios de atención médica. Y se debe entender así, a pesar de que los niveles de comprensión dentro de la relación médico/paciente no son lo suficientemente satisfactorios, pues aún no se superan problemas relacionados con la barrera cultural. En suma, esta valoración no califica directamente el trato recibido sino más bien valora la existencia del servicio (gráfico N° 19).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Desde esta misma óptica, se puede entender que el grado de satisfacción entre los encuestados refleja su acceso al recurso más que a la efectividad del servicio, es decir se lo considera como un recurso local disponible, en el sentido de dominio y pertenencia.(Gráfico N° 20). Tanto es así, que la totalidad de los pacientes atendidos reconocieron su voluntad de volver a esta unidad.



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Calidad de la atención

La calidad desde las evaluaciones de los servicios de salud tiene tres elementos que la caracterizan: continuidad, globalidad e integralidad.

Atención continua

Tiene que ver con compartir la responsabilidad con el paciente hasta el fin del episodio (continuidad intra-episodio), tener en cuenta la historia clínica y personal (continuidad inter-episodio) y realizar una síntesis longitudinal.

Por la manera como las familias han narrado como fue llevado el problema de salud (en las dos encuestas) se puede inferir que hubo dificultades en el tratamiento (disponibilidad y acceso a fármacos) lo que reduce las posibilidades ciertas de recuperación. Además de que en ningún caso hubo un deseo de conocer el resultado de las actividades que permitiera a los profesionales auto-evaluarse. El sistema integral de salud carece de la aplicación de formas y mecanismos de autoevaluación participativa comunitaria de los profesionales de la salud, lo que si va en desmedro de la calidad de la atención.

Desde luego que una garantía de continuidad pasa por eliminar las barreras financieras, cuestión que ciertamente no es satisfecha en este caso, por que cerca del 67% de los pacientes a quienes se les prescribió medicamentos tuvieron una receta para adquirir fuera de la unidad sin que haya una garantía cierta de que ello ocurra.

De hecho en la unidad no hay un sistema de citas, tampoco un sistema de búsqueda de información – coordinación entre miembros del equipo de salud y tampoco una forma clara y efectiva de coordinación entre primera y segunda línea (sistema de referencia-contrarreferencia) lo que afecta de manera notoria la continuidad en la atención a los pacientes. Este límite se expresa de manera institucional por la rotación del personal luego de su periodo de rural.

Atención integrada

Se trata de que los mismos proveedores se sientan responsables por la atención promocional, preventiva, curativa y de rehabilitación de su población asignada. Se trata por tanto de una síntesis de varios niveles de acción.

Como se anotó anteriormente en esta unidad, a pesar de lo reducido de su personal, se actúa de manera departamentalizada. Las consultas se consignan autónomamente: unas para control, otras para morbilidad, tanto es así, que en ocasiones para eventos simples se fragmenta la consulta en varios momentos y días (hoy vacuna, mañana entrega de complemento alimentario, pasado

consulta odontológica, la otra semana evaluación pondero-estatural, el otro mes vitamina a); esto aporta a un incremento de la demanda rechazada, la autoreferencia.

Atención global

Se trata de considerar al paciente no como un cuerpo sino como un ser humano complejo; se trata también de considerar los problemas médicos contra un fondo del entorno psico-social-cultural del paciente; valorar la enfermedad del paciente como una fuente de información útil.

En esta unidad local de salud, en muchos casos se ignoran los aspectos psico-sociales y culturales de la población de su influencia lo que lleva a errores diagnósticos, se rechaza a las personas que sufren “síndromes culturales”. A este respecto será interesante evaluar la participación de los médicos nuevos, producto de la reforma universitaria: los médicos de familia, en las distintas zonas del país.

De manera complementaria, fue posible levantar alguna información de corte etnográfico sobre todo mirando la relación personal / usuarios-pacientes, los hechos más relevantes fueron los siguientes:

- La obligación de atender a los pacientes se lleva como una carga, que termina descomponiendo el ánimo y culpabilizando de esa molestia al usuario. Hay impaciencia por atender a los pacientes, lo que de suyo genera comportamientos relacionales conflictivos.
- La relación médico – paciente se da en circunstancias de absoluta asimetría: el poder del médico a expensas del dominio de conocimientos y destrezas, es expresado con actitudes de superioridad y es el eje central de la relación. Sus indicaciones son órdenes y su lenguaje tiene un modo de prédica dominante-imperativo con un alto grado de autoreferencialidad. No hay ninguna oportunidad para la autonomía del paciente. El ambiente es dominado por el paradigma bio-médico-desarrollista y las palabras del paciente son soslayadas pues sólo son “*creencias*” sobre todo cuando los pacientes son indígenas.

- El personal auxiliar y de servicio, toma como elemento de trabajo a los pacientes para resolver sus problemas laborales; su discurso de grupo privilegia el cuidado de su sobrevivencia, prioridad que está por sobre sus obligaciones laborales.

Calidad en el servicio

El otro componente de la calidad está relacionado con lo técnico, y desde esta perspectiva tres son los factores que determinan la calidad del servicio: accesibilidad, polivalencia y permanencia.

Accesibilidad

Ciertamente que los servicios descentralizados mejoran la accesibilidad. Esta contempla tres maneras: geográfica, cultural y económica.

- **Accesibilidad geográfica**

Para el caso, como ya se ha mencionado, un número importante de comunidades rurales están ubicadas muy lejos de la cabecera parroquial, en sitios de difícil acceso y con una infraestructura vial muy deficitaria; así, en el invierno las vías se deterioran de tal manera que impiden la comunicación con la cabecera parroquial. El resto del año, también por las limitaciones del transporte disponible, las familias sólo van a la cabecera parroquial 1 ó 2 veces por mes, para abastecerse de los insumos necesarios para su sobrevivencia.

Es característico que las familias de muchas comunidades prefieran acudir a servicios de salud de otras jurisdicciones pues la comunicación vial es más fácil así como el tiempo de acceso es más corto. Esto sin duda, le resta capacidad de cobertura a la unidad, sobre todo por su forma de trabajo fuertemente receptiva.

Todos los datos apuntan al hecho de que la cobertura poblacional (para prevención) de la unidad es muy restringida y que además suma una tasa de utilización muy baja (para morbilidad). Sin duda varios son los factores que conducen a esta situación, pero de hecho, estos factores geográficos y de transportación favorecen con peso esta circunstancia.

- **Accesibilidad cultural**

Vale recordar que esta parroquia es de reciente colonización y que en ella conviven pobladores de diverso origen y con normas de sobrevivencia distintas. En la franja alta están los indígenas, en la franja media están los colonos serranos y en la parte baja los migrantes costeños; cada uno de ellos con formas productivas y maneras de convivencia particulares. Esto desde luego confluente en la existencia de conflictos intergrupales en un ámbito en el que se replican los patrones de dominación y exclusión que se expresan a través de manifestaciones sobre todo racistas y de intolerancia étnica.

El punto sobre el que gravita el conflicto cultural está en el hecho de que existe una especie de barrera que impide una comunicación adecuada entre las dos vertientes, pues en un importante número de casos las explicaciones dadas a los usuarios no se traducen en acciones claras y determinantes, por lo que se ve afectada la eficacia terapéutica. Es decir, a pesar de que la relación se da a través de un mismo idioma, la comunicación no se establece y no rinde actos valederos, disminuyendo la efectividad de este proceso.

De hecho esta en la mayoría de los casos es despersonalización y desvalorización del paciente (*"espere pss, acaso soy su sirviente"*, *"que tiene taitico"*, *"aguante mijita"*, *"ahora si se queja noo"*, *"cállate, aquí mando yo"*, *"indio atrevido, más el favor que se le hace y pedirme que me apure"*...y la lista es larga. Pero lo importante aquí es que como parte del mismo proceso cultural que asigna al médico un poder distinto al del paciente y este último asume como normales estas relaciones y tratos

También se dan otras formas de malos tratos desde actitudes que podríamos denominar como elaboradas, por ejemplo:

- Las formas escondidas y elaboradas de irrespeto, agresión y hasta rechazo a las personas, particularmente indígenas, se da principalmente cuando el personal de salud *"no entiende"* y *"no atina"* las dolencias de los usuarios y las califican peyorativamente como *"creencias"*, *"supersticiones"* y demás adjetivos despreciativos.
- Lo común es que se atienda superficialmente a las personas, tratando de hablar lo menos posible y desembarazarse del *"problema"* lo más pronto posible.

Sin duda esto es el producto del desencuentro de cosmovisiones distintas, en donde predomina una persistente posición logocéntrica y excluyente del personal de salud, que ignora y/o rechaza las expresiones culturales locales.

- **Accesibilidad económica**

El tema central en torno a la accesibilidad limitada a la atención de salud tiene que ver con la situación económica de la población. A partir del modelo empírico antes expuesto, se puede colegir que si bien existe un grupo de familias que tiene autonomía económica para acceder a cualquier tipo de atención médica, cuando en su seno se presenta algún problema de salud, un segmento poblacional importante no goza de esta ventaja, por lo que para acceder a la atención médica tiene que activar mecanismos que en último término afectan su economía en tanto se tienen que sacrificar algunos componentes que favorecen la subsistencia, como la alimentación, el vestido o la educación.

El Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia –PMGAI-, en parte ha solucionado el problema del acceso económico a la atención médica a una fracción poblacional en condiciones de mayor riesgo (Mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años), pero sus prestaciones aún no son suficientes para tener resultados efectivos (eficacia operativa).

Se puede advertir que los puntos críticos del manejo económico familiar se centran sobre todo en la dificultad para acceder a medicamentos y a exámenes complementarios, aún entre los beneficiarios del PMGAI. Este es el principal problema que se debe resolver en torno a la situación económica de la población.

Polivalencia o servicio multi-propósito

Teóricamente los servicios multi-propósitos se encargan de todos los tipos de quejas o problemas de la población, directamente o con referencia. Favorecen los contactos repetidos con el mismo proveedor, lo cual puede incrementar la aceptabilidad. También mejoran la atención comprehensiva.

Este es otro punto débil del servicio. La atención es fragmentada según el título de cada miembro del personal y replica el modelo departamentalizado que guarda la estructura del MSP, lo que le hace perder en eficiencia y efectividad; lo que hemos señalado: vacunación, alimentación, son en sí mismas dadas como prestaciones absolutamente independientes.

Probablemente aquí radica cierto grado de desconfianza que tiene la población frente al servicio, que lo mira como incompleto y poco eficaz. La demanda rechazada, sin ser cuantitativamente importante, es notoria en cuanto progresivamente induce a una auto-referencia a niveles superiores. Dicho de otra manera, se entra al sistema sin pasar por el primer nivel y se demanda en los otros niveles superiores atención a problemas ambulatorios que debieron ser resueltos en el primer nivel local, problema que se expresa en todo el sistema de salud del país. Así lo demuestran los datos de atención demandada sobre todo en el ámbito extra-local.

Los pocos casos que justificaban una atención extra-local (hospitalización y cirugía mayor) tampoco pasaron por la unidad local, con lo que esta no puede desarrollar la síntesis y menos responsabilizarse con los pacientes, que son las obligaciones básicas de una unidad del primer nivel.

Permanencia

El ideal es que los servicios de salud estén disponibles todo el tiempo o al menos cada día, con lo cual favorecen la accesibilidad en tiempo o aceptabilidad.

De hecho, una de las más importantes expresiones de la población en relación con el SCS San Luis Pambil, tiene que ver con problemas en el horario de atención. Las críticas generalizadas giran alrededor de que no hay atención todos los días, que los horarios de atención dependen de la disponibilidad y conveniencia del personal de la unidad y no de las necesidades y demandas de la población (es decir el servicio se da desde la oferta y se deja muy de lado la demanda), a más de que no se atienden emergencias durante las noches.

Pero además en los ojos de la población están las señales de la modernidad y que tienen que ver sobre todo con la tecnología disponible. Uno de estas señales es la ausencia de recursos diagnósticos complementarios, como un laboratorio clínico por ejemplo. Al no tener esta unidad de este servicio y sí disponerla la Cruz Roja, a algunos usuarios dejan de acudir al primero y priorizan el segundo, lo que se constituye en un efecto no deseable que rompe la noción de complementariedad de un sistema local y que hay que resolverlo en el sentido de una red de servicios.

(b) Análisis de la Oferta

Oferta Pública

La parroquia de San Luis de Pambil cuenta con una sola unidad del Ministerio de Salud Pública en su territorio geográfico, el Sub Centro de Salud, el mismo que cuenta con personal operacional, este mismo es el que realiza la parte administrativa. Solo la auxiliar de enfermería es personal de planta, el resto del personal son rurales (ciclo costa y ciclo sierra), de contrato y en ocasiones existe la presencia de internos rotativos de enfermería⁵⁵.

Las políticas del SCS de San Luis para garantizar la protección integral de la salud de población son:

- Promoción de la salud.
- Vigilancia, prevención y control de enfermedades.
- Recuperación y rehabilitación de la salud.

Para promover la ciudadanía en salud:

- Veeduría social.
- Participación social organizada en los servicios de salud.
- Descentralización para la gestión participativa de los planes y programas de salud desde las necesidades reales de la población.

Para desarrollo sectorial:

- Establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollo integral del talento humano.
- Desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información
- Dotación de los recursos materiales, tecnológicos y financieros.⁵⁶

55 Hasta el año 2003, el MSP contaba con personal de contrato, pero a partir de enero de 2004 el presupuesto para su contratación ha sido eliminado, lo que ha disminuido la capacidad de oferta del MSP, a nivel de país.

56 MINISTERIO de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito- Ecuador. Oct/2002.

a) Personal

El equipo del Sub Centro está conformado por: un médico, una obstetra, una enfermera y una auxiliar de enfermería (contaba con un odontólogo a contrato), esto ocasiona que el trabajo sea restringido y sea focalizado a acciones dentro del sub centro, el constante cambio de personal en esta unidad es otro factor para disminuir las coberturas (en el caso de los médicos rurales su período de estancia es de ocho meses), actualmente por la situación que atraviesa todo el MSP por la aplicación de la nueva ley de carrera civil y administrativa tiene deficiencias en la contratación de personal para llenar las vacantes en donde no ha sido cubierto por los rurales.

EL Sub Centro de Salud cuenta con los siguientes servicios: medicina general, obstetricia, odontología, curaciones e inyecciones, post consulta, emergencia y estadística en horario de martes a sábado de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00 atiende a todo usuario de demanda espontánea de su área de influencia.

b) Infraestructura

La Unidad de Salud cuenta con una estructura física en tres bloques, en el primero se encuentra el área de estadística, curaciones e inyecciones, consultorio de medicina, consultorio de obstetricia incluida rehidratación y farmacia y post consulta (vacunas), en el otro bloque se encuentra el consultorio de odontología, el banco de vacunas y la vivienda del profesional, y el tercer bloque la vivienda para los otros profesionales. Esta unidad es pequeña y la mayoría de los equipos e inmuebles se encuentra en mal estado, hay filtraciones de agua por las paredes y el techo.

c) Oferta privada

Dentro de la oferta privada de servicios de salud está Cruz Roja Ecuatoriana a través de la intervención presente. Además existe un consultorio médico auspiciado por la iglesia, que es atendido por una médica cubana de viernes a domingo, dando prioridad a los problemas de vías respiratorias. Además existe una farmacia, cuya propietaria no es técnica. Toda esta oferta se encuentra en la parte urbana de la parroquia.

(c) Definición de los problemas

Este análisis del problema salud en la parroquia desde el análisis de la demanda y la oferta de servicios en San Luis de Pambil nos permite identificar algunos problemas que deben ser considerados como prioritarios; es decir tras el diagnóstico se ha realizado una problematización y priorización de problemas. Entre estos existen aquellos que responden a problemas estructurales del país, otros a los intrínsecos del débil Sistema de Salud del Ecuador y otros a condiciones o determinantes de la salud propios de la zona nor occidente del cantón Guaranda.

Problemas Prioritarios

Ámbito	Descripción
Accesibilidad geográfica	Comunidades muy alejadas; infraestructura vial insuficiente, ausencia de medios de transporte.
Accesibilidad cultural	Diversidad cultural local: barreras culturales que limitan una comunicación eficiente. Tres pisos ecológicos con grupos humanos distintos: indígenas, serranos, costeños. Situación que no coincide ni con la división político administrativa ni con la división de unidades de salud del MSP o del Seguro Social ecuatoriano.
Accesibilidad económica	Ingresos deficitarios que limitan el acceso a la atención médica: sobre todo a medicamentos y exámenes de laboratorio. El gasto en salud afecta la economía familiar y deteriora otros componentes de la sobrevivencia, complicando la vida de las familias. Son sectores sin acceso a crédito y con fuentes de ingreso únicas, por ejemplo, siembra de arroz, naranja o plátano, productos que varían en sus precios durante todo el proceso de producción, lo que no permite realizar una planificación de gasto.
Permanencia o accesibilidad de tiempo	La aceptabilidad es restringida. Los horarios no satisfacen las necesidades y demandas de la población. Al igual que en el resto del país la atención médica sigue sin ser entendida como preventiva y solo es demandada cuando se presenta la enfermedad, y esto no coincide con los horarios administrativos de las distintas unidades de salud.
Polivalencia	Modelo de atención departamentalizado y segmentado No hay laboratorio clínico en la unidad. No se atienden emergencias.
Continuidad	La unidad no es la puerta de entrada al sistema para la mayoría de las personas. No hay coordinación inter-nivel. No hay síntesis del paciente. No funciona una red local de servicios. En esto no se ha consolidado una

	cultura política de demanda de la población dentro de un proceso de descentralización y descongestión en el ámbito salud.
Integración	Mirada biomédica de la atención, se atiende al paciente de manera segmentada, por especialidad (aunque no hay especialistas, pues los que prestan la atención en sí están realizando su año de ruralidad previo a la obtención de título de médico).
Globalidad	La relación médico – paciente es conflictiva; hay asimetría de la información; no se favorece la autonomía del paciente; manifestaciones de discriminación en el trato. Esto siempre incrementará el riesgo moral y el pre juicio entre las partes.

Fuente: Investigación. Elaboración: Investigación

De este conjunto destacan algunos problemas, que fueron ponderados en dos talleres⁵⁷, de este trabajo el resultado se expone en el siguiente cuadro:

Matriz de priorización de problemas

Problema	Frecuencia	Importancia
Accesibilidad económica restringida para la atención médica, considerando sobre todo la falta de capacidad de pago para la adquisición de medicamentos y la realización de exámenes de laboratorio.	++++	++++
Ausencia de una red de servicios en la parroquia: no hay complementariedad ni un sistema de referencia / contrarreferencia.	++++	++++
Fallas en la gestión de los medicamentos en el SCS San Luis Pambil. Aunque actualmente se tiene cobertura desde la Ley de Maternidad Gratuita de los requerimientos de una parte de la población.	+++	++++
Atención irregular en el SCS San Luis Pambil. Servicio organizado desde la oferta (y esta tiene fuertes restricciones).	+++	++++
Falta de laboratorio en el SCS San Luis Pambil	+++	+++
Tiempo de consulta restringido	++	+++

Fuente: Investigación. Elaboración: Investigación

Por consenso⁵⁸ se acordó considerar el problema económico relacionado con la atención médica como el más frecuente e importante y por ello sujeto de intervención prioritaria. Este problema

57 Talleres con la participación de promotores de salud, dirigentes comunitarios y usuarios del servicio, realizados durante los meses de enero y febrero.

económico debe ser entendido como un hecho social extendido en el que los ingresos deficitarios en un sector importante de la población de San Luis Pambil provoca una restricción en la capacidad del gasto, lo que impide un adecuado acceso a la atención médica, sobre todo porque no se puede adquirir medicamentos ni realizarse los exámenes de laboratorio necesarios, lo que afecta de manera significativa la eficacia del proceso de atención médica, arrojando como consecuencia tratamientos incompletos o no cumplidos.

Análisis de los resultados del proyecto

Teniendo en mente este contexto general en el que se ejecuta el proyecto de salud comunitaria y señaladas los objetivos específicos del mismo, que se vuelven en líneas específicas de trabajo, así como las distintas actividades realizadas para alcanzarlos, ahora vamos a ubicar los resultados que se pueden identificar de lo realizado por el proyecto. Cabe recalcar que no vemos el tema como logros particulares de “un” proyecto, sino que por el contrario estos responden a unas estrategias de intervención con fuerte participación de los beneficiarios: comunidad, unidad de salud, promotores, profesores.

En esa relación revisaremos los resultados logrados en cuanto a la vigilancia epidemiológica, primer objetivo específico, y luego el tema del control sanitario. Sobre los componentes de capacitación y formación de recursos humanos que consoliden un sistema de salud comunitaria consideramos que los dos primeros temas, vigilancia y control, son un resultado directo de los otros dos, educación y formación. De hecho, de lo ya señalado en los cuadros de las actividades realizadas por el proyecto se desprende que el componente educativo es central en el proceso.

(a) La vigilancia epidemiológica

Persiste la tendencia de consolidación de las actividades de vigilancia epidemiológica, que conjugan el rastreo que hacen los voluntarios y los puntos de observación en las escuelas. Sin embargo es necesario consolidar un modelo que imbrique estos dos conceptos en una modalidad menos fragmentada y más expedita para ser manejada en cada localidad en coordinación con el espacio de salud responsable en la zona, que por las condiciones de la zona es el Sub centro de Salud de San Luis de Pambil.

58 Ibid, nota a pie 57.

Cuadro N° 10**Detección de personas sintomáticas febriles**

Mes	Muestras de sangre tomadas por voluntarios	Placas positivas para P. vivax	Placas positivas para P. Falciparum	Total casos positivos	Tratamientos presuntivos ofrecidos por los voluntarios	Tratamientos radicales ofrecidos por los voluntarios	Total de casos registrados oficialmente
Agosto	21	1	0	1	6	1	2
Septiembre	34	0	0	0	5	0	1
Octubre	41	1	0	1	9	1	3
Noviembre	60	2	0	2	6	3	4
Diciembre	78	2	0	2	9	3	5
Enero	61	3	0	3	4	4	6
Total	259	9	0	9	39	12	21

Fuente: Cuaderno de registro proyecto. Elaboración: Investigación

- El trabajo de los voluntarios aportó con el 42.9 % del total de casos reportados para San Luis de Pambil.
- El índice de placas positivas es de 3.47 por cada 100 placas tomadas.
- La proporción de tratamientos suministrados a falsos positivos sigue siendo alta, aunque se insinúa cierto grado de decrecimiento.

(b) Control sanitario

En cuanto al componente de control sanitario en el semestre de estudio se ejecutaron un conjunto de actividades con las siguientes características:

Cuadro N° 11**Medidas de control sanitario agosto 2003 – enero 2004**

Medida de control aplicada	Facilitada por el Equipo*	Realizada por voluntarios	Total	Comunidades participantes
Número de jornadas sanitarias integrales cumplidas	41	73	114	31

Total de viviendas fumigadas:	290	89	379	31
Nebulización	84	20	104	
Rociamiento	206	69	275	
Número de toldos impregnados	811	171	982	31
Número de jabones repelentes entregados	256	146	402	31
Volumen de cloro líquido producido				
Personas desparasitadas	53	85	138	31

Fuente: Cuaderno de registro de investigación. Elaboración: Investigación

* El equipo está conformado por el personal contratado del proyecto y los médicos rurales del dispensario médico de San Luis

De lo que podemos deducir que:

- Se mantiene la tendencia de privilegiar la impregnación de toldos con insecticida más el uso de jabón repelente frente a la fumigación de las viviendas⁵⁹.
- A criterio de las personas, la presencia en este período de mosquitos (zancudos) ha sido significativamente menor que en los períodos anteriores. En este semestre virtualmente no han existido lluvias. La sequía ha marcado el período. Si bien el clima ha sido por demás benigno, sin afectar la salud de las personas, ha perjudicado ostensiblemente las actividades productivas agrícolas y ganaderas.

En consecuencia y desde la lógica de las personas por las condiciones expuestas no se demandó en mayor cuantía la aplicación de medidas protectivas y la oferta tampoco insistió sino hasta el límite de mantener un tono sanitario adecuado.

(c) Impactos de la intervención

Para la medición de los impactos de la intervención se levantó una encuesta CAP en la zona, a finales del mes de diciembre del 2003, sobre la base de los mismos contenidos de una anterior realizada en diciembre del 2001, para el mismo proyecto, lo que nos permite tener indicadores comparables.

La primera encuesta CAP levantada en diciembre de 2001, se propuso como fuente para marcar una línea de base para la ejecución del proyecto. Se la implementó sabiendo que en el área

⁵⁹ Además se ha de añadir que ha sido política del proyecto el no priorizar las fumigaciones frente a su poca efectividad de las mismas.

habían intervenido en el componente sanitario varias ONG's, la acción comunitaria de la Cruz Roja de Bolívar y desde luego el MSP y el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria – SNEM-, aunque también los municipios. Se calculó una muestra para universo indeterminado, con una prevalencia del evento del 10 % y con un nivel de confianza del 94 %, lo que significó la realización de 99 boletas.

La segunda encuesta CAP se levantó en Diciembre del 2003 con un buen aparato de apoyo, pues se contó con estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar. La muestra consideró el dato de prevalencia del evento (impregnación de toldos) de la primera encuesta, con un nivel de confianza del 95 % y un error aceptable del 5 %, lo que arrojó una muestra de 368 boletas a aplicarse. La distribución fue aleatoria estratificada, respetando el porcentaje de población distribuida por asentamiento, rural y en la cabecera parroquial. Además la encuesta se realizó en 33 comunidades, es decir en el 82.5% de las 40 comunidades intervenidas.

Es posible comparar las dos muestras en tanto datos que se utilizan para verificar la precisión general son estadísticamente idénticos, así la composición familiar en la CAP I tiene una media de 5.051 miembros y la CAP II una media de 5.247 miembros, con modas, medianas y percentil 25 iguales.

Cuadro N° 12
Comparación de datos relevantes entre encuestas CAP

Variable	CAP I 2002 (en %)	CAP II 2003 (en %)
Datos generales		
Boletas aplicadas	99	368
Comunidades en las que se aplicó la boleta		33 (82.5%)
Características familiares		
Miembros de la familia con fiebre 15 días antes de realizar la encuesta	47.5	25.8
Número de muertos por familia durante el último año	1.	9.7
Características sanitarias		

Familias con abasto de agua entubada, potable o no	61.6	68.7
Familias que se abastecen de estero o río	24.4	11.9
Familias que se abastecen de pozo o vertiente	14.1	19.4
Familias que cloran el agua	22.2	28.5
Donde compran el cloro		
Subcentro de Salud	45.5	14.6
ONGs	31.8	28.2
CRE		24.3
Tienda	22.7	27.2
Promotor		5.8
Escuela		6.8
Mercado		8.7
Familias que hierven el agua	5.2	42.1
Familias que manejan correctamente el agua	27.3	83.7
Destino de la Basura		
Aire libre	32.3	44.0
Entierran	19.2	5.5
Queman	25.3	40.7
Recolector	23.3	11.4
Manejo sanitario de la basura según sector		U = 21.3 R = 75.7
Manejo correcto de la basura		56
Excretas		
Aire libre	15.2	16.1
Letrina	44.4	73.4
Pozo	19.2	1.1
SS HH	21.2	9.4
Manejo sanitario de los desechos según sector		U = 16.1 R = 83.5
Acceso a alcantarillado		9.4
Condiciones de las viviendas		
Disponibilidad de ducha		29.4
Acceso a energía eléctrica		87.3
Control sanitario de vectores		
Familias que tienen toldos	60.6	80.9
Familias que han fumigado sus viviendas en el último año	44	33.8

Familias que han impregnado toldos en el último año	41.4	49.6

Fuente: encuestas CAP. Elaboración: investigación

En términos generales los hechos más destacables producto de la relación estadística entre los resultados de los dos instrumentos utilizados son:

- Las condiciones sanitarias atinentes al consumo de agua segura no se han modificado sustancialmente, más se puede percibir que los niveles de enfermedades donde el posible factor causante del problema se transmite por el agua han disminuido su incidencia de manera significativa, tal es el caso de las enfermedades diarreicas agudas –EDAs-. Esto bien puede deberse al adecuado manejo de la Terapia de Rehidratación Oral –TRO- por parte de las madres, a las jornadas periódicas de desparasitación y a la incorporación en la dieta de cada vez más productos semielaborados e industrializados. Otro factor importante puede ser el notorio incremento de disponibilidad, uso y cuidado de letrinas por parte de las familias, estas han pasado del 44.4% al 73.4% en relación a las familias encuestadas. El acceso a esteros o ríos cada vez es menor, en parte por la contaminación de estas fuentes de agua.
- Es importante el tema de la cloración, que aunque se modifica moderadamente, del 22 al 28%, si es significativo en cuanto al hecho de que la comunidad ha asumido esta práctica como cotidiana en mayor medida, lo que de mantenerse es ya una buena medida de control sanitario. Esto también está apoyado por una mayor diversidad de puntos para acceder al cloro, aunque en el caso de las ONG éstas han bajado su porcentaje se ve cómo Cruz Roja capta una buena porción del mercado, el 24.3%. Así como los promotores, las escuelas y el mercado se han vuelto en proveedores del producto, lo que permite aumentar sus puntos de distribución frente a lo que parece ser una demanda creciente. Finalmente, en el caso del Sub Centro la baja se debe al hecho de que su máquina productora de cloro se dañó hace casi un año sin que haya sido reparada.
- De manera general se ha evidenciado un incremento importante en el número de familias que manejan correctamente el agua (el 83.7%), ya sea clorando o hirviéndola (este último indicador es espectacular ya que varía de 4.2% al 42.1%), lo que sí dice de un cambio de

actitudes y prácticas dentro de las familias, que necesariamente debería entenderse vinculado al mayor conocimiento sobre los problemas de consumir agua no segura, así como de los mecanismos, de bajo costo, para controlar en buena medida este problema.

- La disposición de la basura todavía es un factor contaminante y que requiere de un manejo más integral del medio ambiente, teniendo incluso un retroceso al pasar del 32.3% al 44.0% en el caso de familias que arrojan su basura al aire libre. Desde la prioridad del uso de la tierra y el hecho de que las grandes propiedades se reducen en minifundios con el crecimiento familiar podría entenderse el hecho de no enterrar la basura (del 19.2% al 5.5%) sino el quemarla (del 25.3% al 40.7%) como la forma más importante de tratamiento de la misma, lo que podría estar generando otro tipo de problemas de contaminación ambiental (ya que se quema por igual plásticos, latas o papel). Como una muestra evidente de la desatención cada vez mayor de los espacios públicos y privados a temas como el de la basura se expresa la fuerte disminución en el porcentaje de basura que es recolectada de manera más o menos técnica (del 23.3% al 11.4%).
- En el manejo de las excretas humanas todavía se evidencian problemas graves, cuando el porcentaje de habitantes que hacen sus necesidades a campo abierto se mantiene, incluso con un ligero aumento; así como el número de servicios higiénicos utilizados también disminuye (podemos suponer que al realizar la segunda encuesta CAP, y cubrir áreas más rurales y alejadas del sector urbano esta podría ser una variable que explique en parte este crecimiento estadístico, pero para nada niega su existencia y gravedad). Es muy significativo, como ya se mencionó, el incremento del uso de letrinas; así como el hecho de que es en la zona rural donde al parecer se ha generado una mayor conciencia en el proceso de eliminación de excretas, en el 83% frente al 16% del área urbana.
- Continuando con el tema excretas, el acceso a sistemas de alcantarillado es muy limitado, solo el 9% de la población, y por las condiciones geográficas de la zona no se avizora a corto plazo una extensión significativa del sistema, por esto es fundamental para los objetivos del proyecto incidir con mayor fuerza en los temas de salud ambiental comunitaria, incluso reforzando procesos de capacitación directos a las comunidades, independientemente de la presencia o no de un/a ACS

- En la tradición local persisten las preferencias por la fumigación de las viviendas, actividad que tiene una historia de cerca de 50 años, más esta ya no es la principal estrategia para el control de vectores. Esto ha tratado con insistencia el proyecto y se ha logrado que crezcan significativamente los valores de impregnación de toldos con insecticida, como la estrategia más efectiva para este cometido. Esto ha hecho que el proceso de fumigación se focalice a espacios donde se han expresado casos de dengue o leishmaniasis, como un elemento de apoyo a una serie de acciones y no como la solución.
- La proporción de la disponibilidad y uso de toldos ha tenido un incremento notable entre las familias de San Luis (al pasar del 60% al 80%), aunque la impregnación de los mismos no se incrementa con la misma pendiente, pero sigue y comparte la tendencia. Probablemente este es el mejor logro sanitario del proyecto.
- También es significativo el descenso de la incidencia de enfermedades febriles, debido entre otras cosas a la insistencia de la capacitación y la aplicación de medidas de control sanitario. Esta es una consecuencia positiva del trabajo, aunque se deben considerar otros determinantes.
- Uno de los servicios de mayor cobertura en la parroquia es el de la luz eléctrica, lo que da acceso a la comunidad a medios de comunicación como la radio y la televisión, los que pueden constituirse en instrumentos útiles y de alto impacto para sensibilizar y educar a las comunidades. De hecho el proyecto ya viene utilizando este instrumento desde el año pasado y esto permite que la comunidad esté en contacto más directo con los mensajes claves de prevención.
- El tema de la existencia o no de duchas en las casas se explica de manera directa por las fuentes de abastecimiento del agua, las cuales en cierta forma permiten o no la instalación del servicio.
- Finalmente, se puede señalar que sí existe una modificación en ciertas prácticas de vida cotidiana en el conjunto de comunidades de influencia del proyecto, no decimos con esto que sean producto de la intervención solamente, pero la permanencia constante, de dos años, la convivencia en el proceso de capacitación y formación, si ha predisposto a la comunidad a preocuparse de forma más conciente sobre las acciones que pueden

emprenderse para mejorar sus condiciones de vida. Indudable que el proceso llamado de “calma epidemiológica” por diversas causas ha facilitado estos procesos.

- El último punto señalado también nos permite inferir sobre el problema de la asimetría de la información, y cómo el afectar sobre este tema, analizado desde la economía en general y de la salud en particular, permitiría, a través de procesos de comunicación e información tener ingerencia sobre formas de prevención y control de la calidad de vida, que de manera inmediata si se expresa como un mecanismo de disminución de los costos para el Estado de prestación de servicios de salud. Esto puede evidenciarse en temas como la calidad del agua, ya sea a través de su cloración o de hacerla hervir; y del uso y tratamiento de toldos para evitar picaduras de mosquitos. Esta se constituye en una veta para ampliar la presente investigación, que permita obtener de manera más precisa los costos económicos que podría estarse ahorrando el Estado, como prestados de servicios, si el tema de la asimetría de la información se lo reconoce como un componente social a se enfrentado a través de la difusión y sensibilización a la población de sus derechos y obligaciones.

La doble estrategia de uso familiar de toldos impregnados con insecticida y jabón repelente, que cubre los momentos de mayor riesgo de picadura de mosquitos es suficiente para consolidar un estado de control del paludismo en comunidades subtropicales, además de haber tenido una muy buena aceptación por parte de la comunidad. Este es el primer impacto relevante desde el punto de vista de la Salud Pública.

El segundo tiene que ver con la estrategia de vigilancia epidemiológica. Los voluntarios de salud, ganan en las destrezas técnicas necesarias, pues es notorio que ha pesar de una baja general de la incidencia de paludismo, detectan de manera eficiente a las personas con paludismo: menos tomas de placas y mayor número de casos positivos (es decir ha mejorado el índice de placas positivas), por lo que su aporte a la detección de la incidencia general es mayor.

Sin duda que la vigilancia epidemiológica regular realizada por equipos locales es una buena estrategia para el manejo y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Es un ejemplo práctico de cómo se puede dar la descentralización técnica (u operativa) de los servicios de salud para el control de enfermedades que afectan al grueso de la población y que requieren de su

participación activa, sin que esto signifique reemplazar la responsabilidad de los servicios públicos.

Esto es posible porque:

- Hay un reconocimiento general de la población a estas enfermedades transmitidas por vectores como problemas de salud y de orden público.
- Es posible la identificación y manejo de las enfermedades mediante el uso de protocolos estandarizados.
- Quedan claramente definidas las competencias para todos los actores, sobre todo familias y voluntarios de salud.
- El manejo de los recursos es claro y preciso
- El sistema de comunicación es sencillo y permite una circulación fluida de información para la toma de decisiones.
- La organización operativa permite una gestión horizontal y participativa.
- Los voluntarios de salud pasan a la estructura del MSP, no de manera formal, en roles, sino de manera práctica, desde el reconocimiento de sus habilidades y destrezas y de sus ámbitos de acción plenamente identificados, para ser parte de su sistema de referencia, contrarreferencia y rastreo.

Esperamos que madure esta propuesta desde la comunidad, desde la demanda, para que se faciliten con mayor soltura los procesos de supervisión y asesoría técnica desde los servicios públicos de salud, para sostener a largo plazo las estrategias de vigilancia y control sanitario, como aportes concretos al proceso de descentralización de los servicios, sin que se den formas perniciosas de transferir a la población las responsabilidades inherentes a los servicios públicos.

La participación de la comunidad en la salud pública no debe encaminarse a sustituir la responsabilidad de los servicios públicos, sino más bien favorecer una demanda más ordenada. El rol de los voluntarios de salud debe ubicarse en la posibilidad de extender la descentralización funcional y operativa para la vigilancia y control de enfermedades de alta incidencia, insertos en un sistema local de referencia y contrarreferencia, a más, por supuesto, de facilitar las reflexiones necesarias para el desarrollo de la promoción de la salud desde la presión de la comunidad para que se cumplan las condiciones de calidad de la atención, de los servicios y del sistema de salud en el ámbito local. El concepto de una buena salud como algo más allá de la ausencia de enfermedad no solo debe manejarlo el técnico o el médico sino la misma comunidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo precedente, donde hemos conjugado una explicación teórica con la producción de evidencia empírica desde la evaluación de la propuesta del Sistema Local de Salud implementado en San Luis de Pambil, objeto de este estudio, podemos intentar señalar algunas conclusiones y recomendaciones, que conjuguen los hallazgos de la investigación y den respuesta a las preguntas que han intentado conducir la misma, que son:

1. ¿Hasta dónde la diversidad socio-geográfica del país demanda pensar en modelos locales de salud, que inscribiéndose dentro del proceso de descentralización de las funciones del Estado, contribuyan a la construcción de un Sistema Nacional de Salud?
2. ¿Cómo dar cabida a todos aquellos sectores que de alguna manera trabajan en los temas salud, públicos y privados, en la consolidación de una oferta de servicios con calidad, por un lado, y la satisfacción y cobertura de los llamados determinantes de la salud, por otro?
3. ¿Cómo aprovechar la descentralización como proceso político, administrativo y financiero, para mejorar la salud de la población?
4. ¿Cómo organizar sub componentes dentro del Sistema Nacional de Salud que en vez de fragmentarlo lo fortalezcan desde criterios de eficacia y eficiencia?, y
5. ¿Cómo construir un sistema nacional de salud con la participación de la comunidad en el mismo?

Partimos con una primera conclusión que da cuenta de una visión global y sucinta del contexto en el que países como el nuestro se desenvuelven, así como delinean horizontes hacia los cuales intentar llegar. Los momentos históricos de debate político de priorización del Estado sobre el mercado y viceversa están llegando a su fin sobre una base de evidencia empírica que ha demostrado los límites de los dos planteamientos, e incluso que la rivalidad propuesta no era real sino producto de intereses concretos y luchas ideológicas.

Dentro de esta primera visión general ya podemos usar nuestra propia evidencia para reforzar algunos de los planteamientos, así como para mostrar las posibilidades ciertas de que la respuesta a la pregunta primera sea que sí demandamos particularizar las intervenciones, pero que también este hecho no debe entorpecer la implementación de políticas eficaces y equitativas para la oferta de servicios de salud a la comunidad. De igual manera hemos podido dar respuesta al conjunto

de preguntas señaladas en relación al contexto, para dejar a conclusiones siguientes el trabajo de dar respuesta de manera más particular a cada una.

(a) Primera

El proceso desarrollado en el país desde los años sesenta hasta la fecha, que ha pasado por distintos momentos: “boom” petrolero, sustitución de importaciones, ajustes macroeconómicos heterodoxos y ortodoxos, liberalización y estabilización, hasta adoptar el dólar como moneda oficial, es coincidente de manera general con lo sucedido en la región (CEPAL, 2002), por lo que, de cierta forma, podemos asumir algunos consensos soportados en suficiente evidencia empírica.

Como hemos visto, esta historia reciente ha permitido la construcción de nuevos discursos en relación a la importancia del crecimiento económico y su vinculación a procesos sociales redistributivos, que permitan afectar de manera cierta los altos niveles de inequidad de la región y reducir la pobreza. Este nuevo contexto para la región obliga a repensar las funciones del Estado y de la sociedad, su interrelación con el primero desde acciones propositivas, desde las propuestas de políticas públicas. Así este llamado consenso puede ser expuesto a través de diez principios⁶⁰:

- **El crecimiento económico es necesario pero insuficiente.**

Es necesario un crecimiento económico sostenible que beneficie a toda la población, es decir, un crecimiento de base amplia, de calidad, que genere recursos para invertir en los activos que poseen los pobres (Birdsall & Székely, 2003). El crecimiento debe ser orientado hacia la construcción de una sociedad más equitativa, y para ello las políticas sociales y económicas tienen que ser articuladas en función de objetivos comunes, y, específicamente en el caso Ecuatoriano, vinculados a la política fiscal.

Frente a la situación crítica del crecimiento de la pobreza en la región y en el país es necesario enfrentar este problema no sólo desde políticas sociales públicas, sino desde un abordaje de acciones multidisciplinarias y multisectoriales, que convoquen a la sociedad en su conjunto, dando cabido a lo público y lo privado, al primero a través de una optimización en la utilización

⁶⁰ Adaptado de los “Diez Principios para Reducción de la Pobreza y la Desigualdad”, de la Estrategia Nacional para Reducción de la Pobreza. Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República del Paraguay, material de discusión. 2002.

de sus recursos actuales y los segundos desde la posibilidad de inyectar nuevos conocimientos a las prácticas cotidianas de oferta de servicios en salud, educación, vivienda. Ambos sectores demandarán realizar estas intervenciones desde un marco de equidad y calidad pues sobre los dos existen reclamos sobre su eficiencia y eficacia. Esta intervención integrada deberá pensarse también como integral para poder afectar de manera eficaz sobre los problemas de salud y sus determinantes, caso contrario, como hemos señalado nos movemos en un panorama de curación y no de prevención.

- **La desigualdad es una causa y un efecto de la pobreza.**

El crecimiento reduce la pobreza, pero la desigualdad disminuye los efectos de reducción de dicho crecimiento (Adams, 2003). No es posible realizar esfuerzos de reducción de la pobreza en tanto persistan profundas desigualdades de capacidades y oportunidades en la población, sobre todo aquellas referidas a los ingresos, la tenencia de tierras y el acceso a los servicios sociales básicos de calidad en salud, educación, agua, saneamiento, vivienda y seguridad social (Glewwe, et al, 2002).

En el caso de nuestro tema específicamente podemos tomar lo señalado por Kliksberg en el sentido de que la salud es ante todo un fin en sí mismo. Pertenece a la categoría de los derechos humanos más básicos. Crear condiciones favorables a la salud de toda la población no es una concesión, o una facilidad, es hacer honor a ese derecho básico. Es una de las obligaciones fundamentales de un sistema democrático por su misma definición. Como lo destacan adecuadamente George Alleyne (Director de la Organización Panamericana de la Salud) y Gerth Rosenthal (CEPAL) (1998), “el acceso equitativo a servicios de salud es un derecho esencial de los seres humanos en nuestro tiempo, y es una condición básica para asegurar la fortaleza de la democracia, la gobernabilidad de las naciones y la legitimidad de los Estados” (Kliksberg, 2004).

- **La reducción de pobreza exige intervenir en sus causas.**

La causa más inmediata de pobreza, medida en términos de ingresos, es la insuficiencia en cantidad y calidad de fuentes de ingresos, y las causas más remotas o profundas, constituyen las deficiencias en las capacidades y oportunidades de generar ingresos, por lo que es fundamental la generación de fuentes de empleo vinculadas a procesos productivos reales (frente a procesos especulativos) que necesariamente deberán ir acompañados de una reflexión teórica sobre el modelo económico actualmente vigente y presentado como único, porque de lo contrario estas

acciones tienen grandes límites como mecanismo de redistribución de la riqueza (Holzmann & Jörgensen, 2000; MIDEPLA, 2002; Vos & León, 2003).

- **La reducción de la pobreza constituye un esfuerzo de largo plazo.**

Las causas más profundas de la pobreza están en la debilidad del factor humano⁶¹ y de funcionamiento de la sociedad en su conjunto, y el fortalecimiento de éstos requiere de tiempo, por lo que el debate deberá partir desde la relación dual de modelo económico y crecimiento humano (MIDEPLAN, 2002;). No querer reflexionar sobre los límites del modelo económico actual es dar continuidad a límites teórico conceptuales que legitiman un proceso de acumulación en pocas manos, de empobrecimiento de la mayoría.

Además el tema no solo se enfoca desde cuánto tiene cada quién sino desde cuánto podemos producir socialmente sin agotar el planeta; es decir el tema no solo es coyuntural sino que pone en juego la supervivencia futura del planeta. En ese sentido la formación de agentes comunitarios de salud no solo es significativo por el fin inmediato que cumplen sino por la revalorización cultural de aquellos sujetos que seleccionados por su comunidad deben empezar este proceso de formación, lo que se constituye en un enriquecimiento del factor humano y generar preocupaciones por temas como el medio ambiente, los procesos productivos, las condiciones de equidad de género que tradicionalmente mantienen, etc.

- **La condición de pobreza exige acciones inmediatas.**

Las metas de largo plazo son realizables en tanto se cumplan con metas de corto y mediano plazo. Entre las metas de corto plazo que exigen acciones inmediatas se halla, como ejemplo, asegurar las condiciones mínimas de vida a la población en extrema pobreza y la salud es básica.

- **La responsabilidad de la pobreza no es exclusiva del Estado.**

La sociedad funciona como Estado y el Estado incluye a todas las personas de una sociedad. El sector público es el principal responsable en la administración del Estado, pero precisa de la intervención responsable e igualmente comprometida de los demás actores sociales, como los partidos políticos, los empresarios y las organizaciones civiles en general. Un tema que señalamos de manera más extensa ya en el primer punto y que refuerza lo señalado.

⁶¹ Soportado sobre todo el desarrollo de los planteamientos de la teoría del Desarrollo Humano y del Capital Social, ratificados en las cumbres de desarrollo. como Copenhague, 1995.

- **El desarrollo sustentable y con equidad exige un desarrollo endógeno a nivel local.**

El desarrollo del país depende del desarrollo de quienes lo conforman. Las intervenciones desde las políticas y los programas públicos (lo que no quiere decir que deban ser ejecutados solamente por el sector público, ni que las formas de financiamiento excluyan tajantemente iniciativas privadas/de la sociedad civil) deben potenciar las capacidades locales de desarrollo.

Lo que con el crecimiento de las ciudades como grandes polos de desarrollo, obliga a pensar en estrategias desde lo local, porque su consolidación como espacios de respuestas a los problemas globales expresados en demarcaciones territoriales menores permite que la forma ciudadana se exprese de una forma más directa, con lo que el tema del desarrollo pasa por el del reconocimiento de los derechos y la satisfacción de las necesidades de grupos más homogéneos en cuanto a intereses.

- **La participación ciudadana es imprescindible.**

En la medida en que la gestión pública sea ejercida en estrecha relación con la ciudadanía podrá garantizar eficiencia, calidad, pertinencia y equidad en sus intervenciones. Es particularmente imprescindible la participación de la población pobre en la definición, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, los programas y los proyectos que los benefician (buscando las formas de superar los límites culturales que podrían expresarse).

Los procesos de control y auditoría social no solo buscan lograr mayores niveles de eficiencia económica, sino que las acciones públicas persigan un bien común de efectos múltiples, como es el de la reducción de la pobreza, que necesariamente demanda de un mayor equidad social, económica, de género, de derechos (Bustelo, 2000).

- **La reducción de la pobreza constituye una inversión económica y social, no un gasto.**

Los recursos eficientemente destinados a reducir la pobreza constituyen una inversión que favorece tanto el crecimiento económico como el desarrollo social, y estos beneficios alcanzan a toda la población.

- **La eficiencia de las inversiones en pobreza exige focalización.**

Focalizar es definir con precisión una población determinada conforme a sus características económicas, sociales y culturales, y sus necesidades específicas de atención. “focalización (...)

no se contraponen a la universalización de los derechos sociales y mucho menos significa desmontar los derechos conquistados”, sino que “se trata de una (forma) de discriminación positiva de grupos especiales de la población que están demandando atenciones especiales para permitir su efectiva inclusión en el acceso a la riqueza y a los bienes y a los servicios socialmente producidos, capaces de situarlos en un estadio de dignidad” (Silva e Silva, 2001)⁶². A esta visión positiva de la focalización es conveniente sumar la siguiente: “la focalización debe considerarse un instrumento para que los servicios sociales tengan una cobertura universal y nunca como un sustituto de la universalidad” (Ocampo, 2001)⁶³.

Es fundamental este último punto en cuanto nos pone de frente a un tema mal entendido y utilizado para justificar intervenciones unilaterales o impuestas por los financiadores. La focalización no es contraria o la antinomia de la universalización, es una herramienta de la segunda para lograr mayor impacto y optimización de los recursos frente a grupos especialmente vulnerables de la sociedad y que requieren de intervenciones urgentes. Pero cada focalización debe responder a una estrategia universal y esto vuelve a ser responsabilidad del Estado.

(b) Segunda

En relación al tema de las políticas públicas, es necesario señalar que luego de años de ser consideradas como un gasto que ponía en juego la estabilidad económica de un país, en la actualidad empiezan a ser consideradas necesarias para la superación de la pobreza en la región. Frente a esta perspectiva alentadora todavía existe la ausencia de una institucionalización de las mismas, por lo que se ven en un constante estado de lucha por recursos económicos.

En este estudio se han analizado dos propuestas de políticas públicas sociales, la de Fierro-Renoy & Naranjo (2003) y la de Vos & León (2003), que son coincidentes en cuanto a la necesidad de trabajar en una correlación entre la política fiscal y el desarrollo del capital humano. Reconociendo que son los pobres los que han sido más afectados por los procesos de ajuste en la región, no solo en cuanto a sus niveles de acceso a recursos económicos, sino también en cuanto al debilitamiento de sus capacidades y dotaciones de recursos.

62 Citado en Franco, 2002

63 Citado en Franco, 2002

Los pobres son los que más rápido salen del sistema educativo, del de salud, del de generación de procesos productivos, de acceso a créditos; los que más rápido agotan los pocos recursos económicos que generan; es decir, son los espacios más vulnerables los más devaluados y por lo tanto los menos favorecidos al momento del acceso a las posibilidades que debería abrir el mercado.

Por eso reiteramos algunos de los planteamientos señalados en este texto que consideramos como elementos fundamentales para su implementación y la búsqueda de consensos que garanticen su aplicabilidad:

- La instrumentación de una política fiscal sostenible que priorice el Desarrollo Humano Sostenible.
- Promover en el Ecuador la adopción de la Meta de Cobertura Universal en la entrega de los Servicios Sociales Básicos (SSB) –educación básica, salud básica, y atención integral de la infancia-, como una meta explícita hacia el Desarrollo Humano Sostenible.
- Que los gobiernos asignen Prioridad Fiscal⁶⁴ y Macroeconómica⁶⁵ a la provisión de los SSB como meta factible de gasto público social.
- Revertir la tendencia de deterioro social y el carácter residual en las prioridades macroeconómicas y fiscales de la inversión en SSB observada en el pasado, como medio para mejorar la acumulación del capital humano, el bienestar de la población, atenuar la pobreza y contribuir a acelerar el desarrollo económico.
- Mejorar la eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos destinados a los SSB (rendición de cuentas).
- Buscar un acuerdo fiscal y social que priorice el desarrollo humano en el marco de una gestión de finanzas públicas sostenibles.
- El impulsar procesos de generación de procesos productivos y, desde estos, la generación de fuentes de empleo, reconociendo que en estos momentos la globalización es un escenario del cual no estamos exentos.
- Podría agregarse a estas siete consideraciones una octava, que ponga atención al hecho del desarrollo de esta estrategia considerando las diferencias entre el

64 La relación del gasto público en SSB respecto al gasto público total, es lo que se denomina prioridad fiscal del gasto en SSB. (Fierro-Renoy & Naranjo, 2003)

65 La relación de gasto público en SSB respecto al PIB, se denomina prioridad macroeconómica del gasto en SSB (Fierro-Renoy & Naranjo, 2003)

espacio urbano (Arraigada, 2000) y rural (Tejo, 2000) que vive el país y la región, donde necesidades básicas insatisfechas, niveles de infraestructura productiva, niveles de accesibilidad de los servicios, calidad de los mismos, así como los procesos de desarrollo y de inversión se han expresado de manera radicalmente distinta, y donde el proceso de modernidad vivido en el Ecuador las agudizado.

Esta argumentación permite ver que si entendemos a la descentralización como un instrumento de política pública, que debe sujetarse a condiciones técnicas y no solamente políticas su implementación podría tener menores obstáculos y lograrse así una redistribución de los recursos de manera más eficiente.

(c) Tercera

Al evaluar si una propuesta local de salud comunitaria permite o no enfrentar el problema de la pobreza, incidiendo en el tema de la reducción de las desigualdades y de esta forma contribuir a lograr mayor equidad en la oferta de servicios de salud, dando respuesta a las preguntas tres, cuatro y cinco, se ha ubicado el debate desde el marco de la propuesta de un Sistema Nacional de Salud descentralizado, desconcentrado y participativo⁶⁶, reconociendo que al trabajar en el tema salud el interés es apoyar el desarrollo integral del país, desde la inversión en su capital humano, para lo cual el consolidar el SNS es prioritario.

En relación a esto podemos señalar que frente a las discontinuidades del proceso de Reforma del sector salud en el país, no ha sido posible constatar de manera real procesos de descentralización en la zona de ejecución del proyecto; sí de desconcentración a nivel del Ministerio de Salud, lo que permite cierta autonomía administrativa entre la Jefatura Provincial de Bolívar y el Área de Salud N° 4 Echeandía; sin embargo, la carencia de recursos económicos del MSP provoca que lo realizable en la práctica sea muy poco.

En este contexto, y tras la evaluación del proyecto es necesario señalar que:

- La falta de institucionalidad del SNS del país afecta de manera directa la sostenibilidad de las propuestas locales soportadas en la comunidad, a través de la formación de promotores comunitarios de salud, porque una vez terminada la intervención externa lo

66 Constitución de la República del Ecuador, 1998, artículo 47

generado se va agotando poco a poco, no solo en cuanto a las acciones desarrolladas, sino también en cuanto a la voluntad de participar de las comunidades en la solución de sus problemas.

- La equidad en salud también tiene límites por la carencia de integralidad de las distintas acciones de todos quienes trabajan en el; espacio público y privado se encuentran seguidos en el ámbito salud, sin embargo las intervenciones de unos y otros no se complementan con lo que la posibilidad real de influir sobre las prácticas y comportamientos preventivos en las comunidades, que permitan disminuir la vulnerabilidad y el riesgo epidemiológico que enfrentan cotidianamente se diluye y pierde efectividad.
- Un determinante básico en el estado de la salud de la población ecuatoriana es su nivel educativo y cultural, por lo que es fundamental trabajar desde procesos de capacitación y sensibilización que doten de los conocimientos básicos a las comunidades pobres para que estas enfrenten sus problemas con ventaja. Si bien todavía faltarían datos complementarios, si podemos señalar que los procesos comunitarios pueden constituirse en un mecanismo para enfrentar la asimetría de la información y, a través de esta, bajar costos económicos para el Estado y el sector público en la oferta de servicios de salud desde un interés de equidad y eficiencia (en este orden).
- Es fundamental reconocer que el tema de enfrentar los problemas de salud-enfermedad de la población ecuatoriana no es un tema exclusivo del Ministerio de Salud sino un tema estructural del Estado. Se ha recordado en esta investigación que el sistema de seguridad social inglés fue implementado por el ministerio de economía, así como en el período de Teacher se dio un paso restringido a formas privadas de prestación de servicio de salud por los altos costos económicos sociales que esto representaba. El debate necesariamente debe redireccionarse y entenderse desde varios ángulos: económico, social, político.

(d) Cuarta

De la evaluación de la experiencia analizada podemos concluir tres temas especialmente relevantes que son producto del trabajo conjunto entre los involucrados del proceso analizado, es decir, desde lo público el Ministerio de Salud, desde lo privado, una ONG y la comunidad. La participación de esta última se ha constituido en eje básico para el funcionamiento de uns

Sistema Local de Salud, sin que esto signifique que se afecte de manera negativa a un Sistema Nacional de Rectoría única. Estos puntos son:

- Primero: la estrategia para enfrentar los problemas de salud desde la relación dual de los determinantes de los problemas de salud y la práctica familiar comunitaria, ha permitido que el uso de toldos impregnados con insecticida y jabón repelente, que cubre los momentos de mayor riesgo de picadura de mosquitos sea suficiente para consolidar un estado de control del paludismo en las comunidades subtropicales de intervención.
- Segundo: intervenciones en lo local requieren de alianzas intersectoriales estratégicas, de la comunidad, las unidades del SNS y de los recursos gestionados por la cooperación para el desarrollo a través de ONGs, que permitan que las decisiones de qué hacer sean consensuadas y asumidas por todos, desde sus distintos niveles de responsabilidad, evitando duplicidad de acciones y desperdicio de recursos. Esta primera relación necesariamente es ya un nivel de lo institucional desconcentrado, que hay que reforzar, y que puede ser potencializado, con la descentralización.
- Lo tercero tiene que ver con la estrategia de vigilancia epidemiológica desarrollada. Los voluntarios de salud ganan en las destrezas técnicas necesarias, donde se puede evidenciar que es posible el transmitir un conjunto de conocimientos considerados como saberes científicos a la comunidad, que les permitan mejorar sus condiciones de vida, para tratar y detectar de manera preventiva a aquellos problemas que han afectado a su salud de manera casi cotidiana, esto se ha comprobado con la detección de manera eficiente de las personas con paludismo con cada vez menos tomas de placas para mayor número de casos positivos (es decir ha mejorado el índice de placas positivas), por lo que su aporte a la detección de la incidencia general es mayor.

Todo esto ha permitido que la vigilancia epidemiológica regular realizada por equipos locales de promotores comunitarios de salud (familiares - comunitarios) sea una estrategia con resultados positivos para el manejo y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Es un ejemplo práctico de cómo se puede dar la descentralización técnica (u operativa) de los servicios de salud para el control de enfermedades que afectan al grueso de la población y que requieren de su participación activa, sin que esto signifique reemplazar la responsabilidad de los servicios públicos o aumentar los costos financieros de los mismos.

(e) Quinta

De la evidencia empírica producto de la investigación y de manera puntual debemos resaltar que:

- Es posible desarrollar procesos comunitarios de soporte al Sistema Nacional de Salud, que no solo apoyen desde procesos de empoderamiento, entendidos como control social y participación real en acciones específicas, como vigilancia y control epidemiológico, sino que además refuercen este Sistema en sus actividades de prevención y promoción, que revalorice las capacidades, aptitudes y prácticas de las poblaciones.
- Es pertinente plantear que debería haber tantos sistemas locales cuantas realidades locales existen en el país, que encontrarían su unidad como Sistema desde la rectoría del mismo, desde políticas nacionales que den cabida a varias alternativas o conduzcan los recursos hacia los sectores prioritarios, que permitan clarificar las responsabilidades del sector público en el SNS y las formas de articulación de aquellos que quieren entrar en él.
- El estado actual del Sistema Nacional de Salud tiene poca capacidad para dar respuesta al conjunto de demandas que se generan desde la población; además la modificación del perfil demográfico, de género y epidemiológico del país (su proceso en transición), el rebrote de algunas enfermedades erradicadas, la práctica de la implementación de programas verticales que segmentan la capacidad de prestación de los servicios, se vuelven en otros problemas que requieren solución desde el interior del Sistema y que consumen muchos de sus recursos.
- Políticas, expresadas en leyes como la de Maternidad Gratuita, enfocadas desde la garantía de los derechos, logran cubrir más del 60% de la demanda de la comunidad en áreas rurales, también permiten entender que sí es posible cambiar los mecanismos de pago al interior del Sistema, así como replantear las formas de intervención frente a problemas críticos de salud en el país, de forma como lo ha hecho esta intervención, donde una práctica de cuidado de la salud familiar comunitario puede enfrentar los límites del SS a nivel país y disminuir el riesgo de enfermedad en las comunidades.
- Los llamados promotores comunitarios de salud pueden constituirse en apoyo al Sistema, pero también es necesario que el Ministerio de Salud defina con precisión sus capacidades y habilidades, porque es una práctica bastante difundida en el país la de la formación de promotores, pero sin vinculación al espacio respectivo. Ante esto es necesario que el Estado defina un currículo, unas tareas, unos procedimientos y

protocolos para el trabajo con las comunidades a través de promotores de salud u otros agentes no institucionales, que permitan que estos sean entendidos como actores focalizados de apoyo, rastreo y denuncia temprana de las condiciones de salud-enfermedad de su comunidad.

(f) Sexta

A manera de cierre, es importante insistir en algunos elementos que han sido reiterados a lo largo de este trabajo.

La vinculación o relación entre el crecimiento económico y el desarrollo del capital humano como un mecanismo que permita enfrentar el tema de la pobreza, generar mayor equidad social y mejorar los mecanismo de redistribución de la riqueza social, debe necesariamente repensar las categorías de la economía contemporánea; es decir, no solo estamos enfrentados a pensar en nuevas actividades sino en nuevas acciones soportadas en formas nuevas de entender el mundo.

En un contexto de globalización, la revalorización de lo local, como constitutivo de lo nacional, permite particularizar algunas prácticas, prestaciones o acciones en salud. Lo fundamental es que estas logren encontrar su integralidad y articulación desde una normativa abarcadora pero flexible, pensada desde la revalorización de los derechos sociales de los seres humanos y no desde el interés de generar mercados de alta rentabilidad para sectores privilegiados. De esta forma deberemos buscar que desde marcos reguladores universales se apliquen soluciones que ubiquen instrumentos como la focalización para aportar a la articulación y disminución de la fragmentación del SNS.

Finalmente, las prácticas comunitarias-familiares de salud, donde el saber deja de ser un mecanismo para subordinar, para constituirse en información socialmente útil, no pueden excluir a los responsables públicos de brindarlas; el que cada comunidad asuma la responsabilidad de autocuidarse de manera preventiva, de ser los ojos del médico más allá de las paredes de las unidades de salud, puede ser viable y manejable económicamente. Y, algo que es muy importante, es que esta primera alianza debe ser la que conduzca los recursos de las ONGs que trabajen en cada zona hacia las necesidades identificadas colectivamente, y no se implementen procesos de imposición, ya que los recursos de la cooperación pueden ayudar a generar

crecimiento económico en un ambiente de equidad si responden a planteamientos sociales participativos, caso contrario solo agudizan los conflictos.

Bibliografía

- ADAMS, Richard, Jr, *Economic Growth, Inequality and Poverty: Findings from a New Data Set*, World Bank Policy Research Working Paper 2972, 2003.
- ARISTÓTELES, *Ética*, Madrid, Libsa, 2002.
- ARRIAGADA, Camilo, *Pobreza en América Latina: nuevos escenarios y desafíos de políticas para el hábitat urbano*, División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos, N° 27, CEPAL, 2000
- ARREDONDO, A, et al, *La incorporación del análisis económico al sector salud en países latinoamericanos, primera parte: principales aportes y aspectos a considerar*. México, Cuadernos Médicos Sociales, XXXIII, 2, 1992.
- BADILLO, Daniel, *La inversión social pública ecuatoriana en el contexto latinoamericano*, en colección *Ajuste con Rostro Humano* N° 8, UNICEF, 2001.
- BAKER, Judy, *Evaluación del Impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza, Manual para profesionales*, Banco Mundial, 2000.
- BARR, Nicholas, *The Economics of the Welfare State*, 3rd ed., Oxford University, Great Britain, 1998.
- , *La verdad sobre la reforma de los sistemas de pensiones*, en *Finanzas y Desarrollo*, septiembre, 2001, volumen 38, N° 3.
- BIRSALL, Nancy, and SZEKELY, Miguel, *Bootstraps Not Band-Aids: Poverty, Equity and Social Policy*, Center for Global Development Working Paper N° 24, 2003.
- BUSTELO, Eduardo, *De otra manera: Ensayos sobre Política Social y Equidad*, Santa Fé, Homosapiens, 2000.
- CASAS-ZAMORA, Juan, *Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del Sículo XXI*, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, OPS, Vol. II, N° 5-6, 2002.
- CEPAL, *Situación y Perspectivas, Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2001-2002*, 2002.
- CONTANDIOPOULOS, A, et al, *Preparar un proyecto de investigación*, Barcelona, Publicidad Pemanyer, 1991.

- , Evaluación en el campo de la salud: conceptos y métodos, poligrafiado, CIES-REISSCAC, 1997.
- DÍAZ, Arismendi, Modelos de desarrollo y políticas de salud, Santo Domingo, OPS, 1996.
- DOLLAR, David, and KRAAY, Aart, Growth Is Good for de Poor, World Bank, Development Research Group D3, I3, O1, 2002
- ECHEVERRÍA, Ramiro, El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: aportes para el debate, Quito, CEPAR, 1997.
- Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad del Gobierno del Paraguay, 2002.
- , El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador, Periodo agosto/97-agosto/2000, Quito, CEPAR, 2000.
- FIERRO-RENOY, Virginia y NARANJO, Mariana, Ecuador: Sostenibilidad Fiscal y Desarrollo Humano, 1970-2010, UNDP-UNICEF, Quito, 2003.
- FMI, Ecuador: Protección Social Frente a la Crisis Económica, *Aide-Mémoire*, 1999.
- FOUCAULT, Michel, La política de la salud en el Siglo XVIII, en Estrategias de poder, Obras Escenciales, Vol., II, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- , Defender la sociedad, Buenos Aires, FCE, 2000.
- FRANCO, Rolando, Grandes temas del desarrollo social en América Latina y el Caribe, en Mayra Buvinic, et al, Ed Carlos Sojo, Desarrollo Social en América Latina: Temas y desafíos para las políticas públicas, FLACSO, 2002.
- GAKIDOU, E, et al, Definición y medición de las desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza en salud, Boletín de la OMS, Recopilación de artículos N° 3, 2000.
- GUILLÉN, Rafael, Los costos de transición derivados de la sustitución de los regímenes solidarios de reparto: un compendio de estimaciones para América Latina, 2002, página web OIT.
- HOMEDAS, Núria y UGALDE, Antonio, ¿Qué falló en las reformas de América Latina, conferencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Lisboa-Portugal, 2002.
- KAMBUR, Ravi, Políticas económicas, distribución y pobreza: la naturaleza de los desacuerdos. Apuntes de clases, Diploma Internacional sobre Estrategias de Reducción de la Pobreza en América Latina, universidad de Chile- Banco Mundial, 2001.

- KLIKSBURG, Bernardo, Capital social y cultural, claves esenciales del desarrollo, en revista CEPAL N° 69, Santiago, 1999.
- , La inequidad en el campo de la salud pública en América Latina, Una cuestión crucial, www.iadb.org/etica, ingreso mayo 2004
- MESA-LAGO, Carmelo, Estudio comparativo de los costos fiscales en la transición de ocho reformas de pensiones en América Latina, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 112, CEPAL, Santiago de Chile, 2000.
- MIDEPLAN, Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza, documento de trabajo, 2002, www.mideplan.cl
- MOLINA, R, et al, Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias, Revista Panamericana de Salud Pública, N° 8, 2000.
- MSP, Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional, Segunda Edición, Quito, 1998.
- MSP/OPS, Protección Social en Salud: Ecuador Perfil de Riesgos, Vulnerabilidades y Exclusión Social en Salud, 2002.
- MURRAY, C, et al, Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué debemos medir?, en Boletín de la OMS, Recopilación de artículos N° 2, 2000.
- OBANDO, José, Seguridad Social: una visión general, 2000, página web OIT.
Observatorio de la Política Fiscal, número dos, septiembre, 2003.
- OLAVARIA, Mauricio, Pobreza, crecimiento económico y políticas sociales, Documento de trabajo, N° 71, IAP, Universidad de Chile, 2002.
- OPS., Evaluación del desempeño de los sistema de salud, informe del Consejo Ejecutivo EB107/9, 107 reunión, 2000.
- , Consulta Regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño d los Sistemas de Salud, Informe Final, 2001.
- , La Salud en las Américas, Vol. 2, Reporte Ecuador, 2002.
- , Extensión de la protección social en salud. Caracterización de la situación en el Ecuador, Power Point, 2003
- ORSZOG, Peter y STIGLITZ, Joseph, Un nuevo análisis de la Reforma de Pensiones: Diez Mitos sobre los Sistemas Seguridad Social, conferencia en Nuevas Ideas sobre Seguridad en la Vejez, 1999.
- PROSPERI, Jorge, Equidad y Reforma del Sector Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, OPS.

SEN, Amartya, Capacidad y bienestar, claves esenciales del desarrollo, en Nussbaum Martha C. y Sen, Amartya (compiladores) "La calidad de vida", México, FCE, 1996.

-----, La salud en el desarrollo, en Boletín de la OMS, Recopilación de artículos N° 2, 2000.

TEJO, Pedro, La pobreza rural una preocupación permanente en el pensamiento de la CEPAL, Red de Desarrollo Productivo N° 97, CEPAL, 2000.

VILLACRÉS, Nilhda, Políticas y Sistemas de Salud: conceptos y metodologías, syllabus del Programa de Formación de Políticas Sociales y Gestión: hacia la eficiencia y la equidad, Maestría Políticas Públicas y Gestión, febrero-mayo 2003.

-----, Análisis de la Situación de Salud, guía metodológica, 2003

-----, Salud y Descentralización en el Ecuador, fotocopiado de clases del Programa de Formación de Políticas Sociales y Gestión: hacia la eficiencia y la equidad, Maestría Políticas Públicas y Gestión, febrero-mayo 2003.

VOS, Rob, et al, Política Social y Tendencias en el Gasto Social: Ecuador 1970-2002, Proyecto Equidad y Eficiencia del Gasto Social, Informe N° 1, Quito, SIISE-ISS (mimeo), 2002.

VOS, Rob y LEÓN, Mauricio, Dolarización, dinámica de exportaciones y equidad: ¿cómo compatibilizarlas en el caso Ecuador?, Estudios e Informes del SIISE-STFS N° 5, 2003.