

**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

Capítulo 4

LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN EL ECUADOR

El Ecuador ha definido a la Protección en Salud, según lo establecido en la Política Nacional de Salud del Ecuador, como un derecho universal que debe ser garantizado por el Estado; lo cual comprende acciones de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, acciones de recuperación, y rehabilitación de la salud (MSP/OPS, 2002).

El Sistema Nacional de Salud

Un sistema de salud, de manera general se ha pensado como constituido por cuatro subsistemas (OPS, 1998), rectoría o regulación, financiamiento, aseguramiento y producción, que se interrelacionan en un proceso en el cual cada componente cumple, o debe cumplir, una función específica.

En el Ecuador el Sistema Nacional de Salud está en construcción, para lo cual el proceso de Reforma del Sector, iniciado en 1995 bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, es un paso fundamental. Se han formulado varias propuestas bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), que no han llegado a aplicarse completamente; su construcción y aplicación parcial han permitido algunos cambios al interior de los distintos componentes del SNS, como la creación de los sistemas descentralizados de salud, los consejos cantonales de salud, los comités de participación social y el modelo de autogestión de servicios (Echeverría, 1997, 2000).

Objetivos de los Sistemas de Salud

De acuerdo con Murray y Frenk, los “objetivos finales, básicos, medulares o intrínsecos” (Murray y Frenk, 2000)³⁶ de los sistemas de salud son tres: mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud. Se trata de objetivos intrínsecos en tanto que son deseables en sí mismos³⁷.

36 Citado en “La evaluación de los Sistemas de Salud”, página web de Secretaría de Salud del gobierno mexicano, www.ssa.gob.mx.

37 En general hay consenso respecto a que el mejoramiento de las condiciones de salud de una población constituye el objetivo último o intrínseco fundamental de un sistema de salud. No existe el mismo nivel de consenso en relación con los otros dos

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo, con atención oportuna, de calidad, que de satisfacción al usuario.

Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también equitativo.

Un Sistema de Salud debe cumplir con principios que le permitan garantizar un trato adecuado a los usuarios, a través de ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud.

El trato digno también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, someterse a tiempos de espera razonables para una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Finalmente, la seguridad financiera implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos (partiendo de un principio técnico de equidad vertical –es decir, que el que menos tenga menos pague–) y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud³⁸. La seguridad en el financiamiento se mide evaluando

objetivos –trato adecuado y seguridad financiera. Hay quienes, con ciertas diferencias, los reconocen como objetivos finales o medulares (OCDE, Hsiao et al), pero hay quienes los consideran objetivos instrumentales. No obstante estas diferencias, parece haber acuerdo respecto de la necesidad de darles seguimiento, ya sea que formen parte del grupo de objetivos finales o parte del grupo de objetivos instrumentales.

38 “Convendría recordar que la administración de la señora Thatcher en el Reino Unido no privatizó el Servicio Nacional de Salud. La razón básica que llevó a convencerla acerca de la inconveniencia de esta decisión, según su propio Ministro de Economía, fue que el gasto agregado en salud del país se hubiese multiplicado por lo menos por dos” (Bustelo, 2000; p:215).

el grado de progresividad del gasto en salud y calculando el porcentaje de hogares que cada año incurre en gastos catastróficos por atender la salud de sus miembros³⁹.

Hay otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos, entre otros. A estos objetivos, sin embargo, se les ha denominado instrumentales, porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera; es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud; lo anterior, gráficamente puede verse así (OPS, 1998):

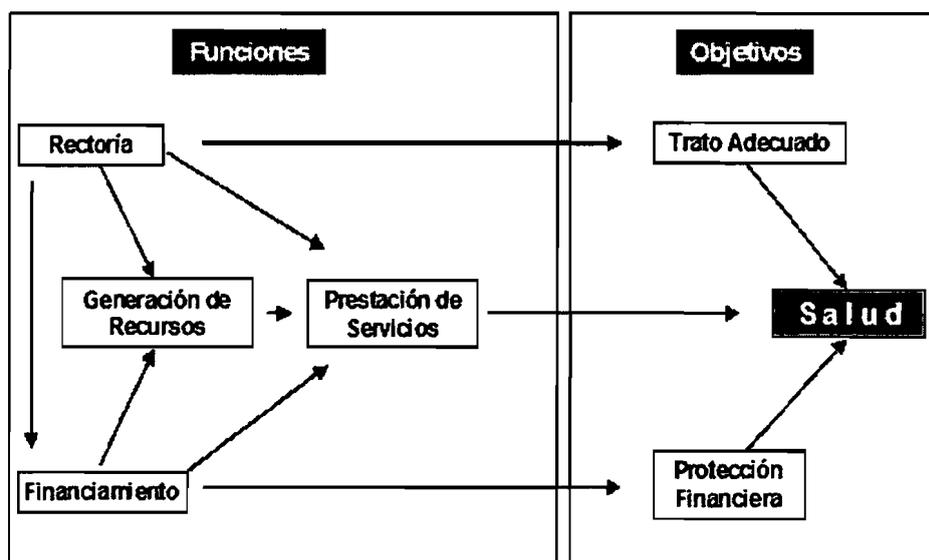


Figura: Funciones y objetivos de un sistema de salud (OPS, 1998)

Caracterización de los componentes de un Sistema Nacional de Salud

De manera esquemática, la tabla adjunta describe conceptual y operacionalmente cada una de estas funciones:

Subsistema/rol/función	Definición conceptual	Definición operacional
Regulación /	Función política del Estado en la	- Conducción sectorial

39 La progresividad del gasto en salud se refiere al porcentaje del gasto de los hogares que se dedica a atender las necesidades de salud. Un gasto es más progresivo mientras mayor es la contribución relativa al gasto en salud de los hogares de mayores ingresos. Por su parte, los gastos catastróficos en salud son aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación.

rectoría	formulación de políticas públicas de regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector de la salud, y de la producción de salud que incluye la de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación sectorial - Modulación del financiamiento - Vigilancia del aseguramiento - Armonización de la provisión de servicios de salud - Ejecución de la funciones esenciales de salud pública
Financiamiento	Es la movilización de recursos financieros desde los diferentes agentes económicos (gobierno, hogares y empresas), así como la acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (v.g. fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares) que se asignan mediante una variedad de acuerdos institucionales con destino y uso definido	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura del financiamiento: definición de montos requeridos, fuentes, fondos (administración – gerencia/pagadores) - Mecanismos de asignación de los recursos monetarios entre niveles desconcentrados de gestión y a los proveedores de servicios de salud - Modalidades de contratación y pago: definición de los flujos financieros y las modalidades de pago y contratación de los proveedores de servicios de salud
Aseguramiento	Garantía de acceso efectivo a la salud cuando se requiera, con lógica de equidad y eficiencia, y con el objetivo de obtener salud y satisfacción social mediante la solidaridad como el esfuerzo conjunto de una colectividad	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo del aseguramiento: población a cubrir, identificándose grupos de edad, carácter urbano-rural, características socioeconómicas y de salud específicas - Alcance del aseguramiento: prestaciones de salud y/o de servicios de salud elegidas en base al perfil epidemiológico, al costo – efectividad de las mismas - Modalidades de administración y gerencia: Programas Universales Gratuitos para necesidades específicas de grupos de población, pueden ser financiados con recursos del Estado o internacionales Seguros Sociales: Universales para quienes tienen dependencia laboral, se basa en contribuciones de empleadores y empleados (modelo Bismarkiano-Seguridad Social) Universales para población formal e informal, se basa en impuestos progresivos (modelo Beveridgeano)

		<p>Seguros comunitarios, microseguros o mutuales que aseguran a miembros de una comunidad o gremios. Su financiamiento puede ser estatal, aportes de las comunidades, aportes nacionales o internacionales</p> <p>Seguros privados, pólizas de beneficios a través de pagos directos de los usuarios</p> <p>- Modalidades de contratación y pago a proveedores: aplicación de definiciones</p>
Producción	<p>Se refiere a la transformación de los objetivos de producción, factores de producción y modalidades y técnicas de producción que permiten la obtención de productos derivados de los riesgos, necesidades y problemas de salud y sus determinantes</p>	<p>- Contenido/productos: es la respuesta a problemas y riesgos expresada en prestaciones de salud y/o de servicios de salud, a través de las cuales se garantiza la respuesta a problemas y riesgos. Los servicios de salud con una perspectiva integral comprenden: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y reducción de la mortalidad prematura y rehabilitación</p> <p>- Modalidades de producción: es la organización de la producción (técnica y gerencial) de intervenciones de salud y de los servicios de salud para los productos definidos; los servicios de salud se organizan en tipos (comunitario, domiciliar, ambulatorio, hospitalario), niveles de complejidad y de atención (establecimientos – proveedores), apoyados por acciones de apoyo como comunicación, información, vigilancia epidemiológica, etc., además de otras intervenciones intersectoriales relativas a los determinantes de la salud</p> <p>- Sistemas de apoyo a la gerencia de servicios de salud</p>

Fuente: Villacrés, Nilhda, Sistema de Salud, CIES, Nicaragua, 1998.

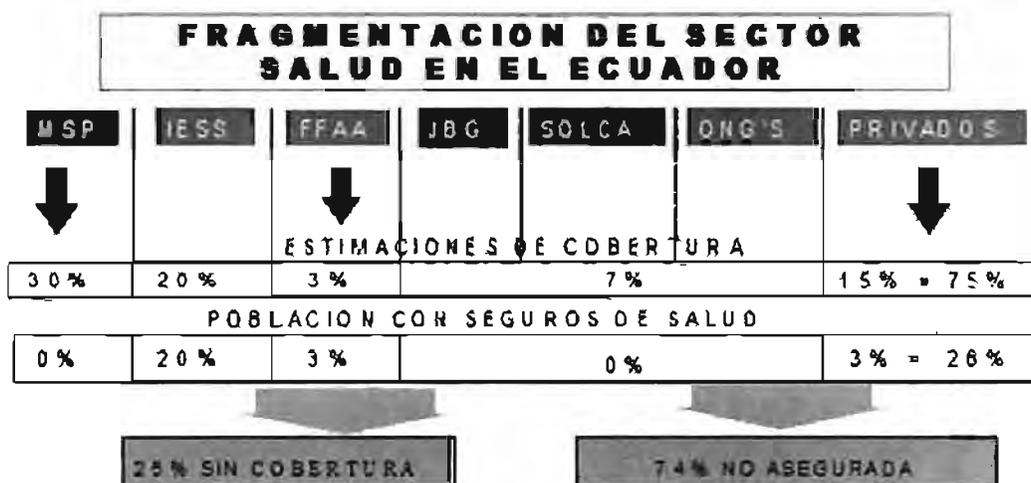
La situación en el Ecuador

Dentro de este gran marco regulador, de esta propuesta de un Sistema Nacional de Salud, el “Sistema de Protección Social en Salud en el Ecuador es entendido como el conjunto de instituciones que realizan acciones de salud y relacionadas con la salud”⁴⁰, que se caracteriza por (MSP/OPS, 2002):

Fragmentación y segmentación

La fragmentación en las funciones del sistema es alta y es más grave aún porque al interior de las instituciones también existe fragmentación, lo que dificulta la coordinación y la construcción de cualquier sistema de salud y la coordinación con otros sectores e instituciones que realizan acciones de salud. La segmentación corresponde a las poblaciones objetivo de cada subsistema tanto en la atención como en los seguros. El sector público atiende a personas pobres y de medianos ingresos, pero los de extrema pobreza no son cubiertos apropiadamente.

Tanto la fragmentación como la segmentación del sistema son variables que influyen de forma negativa en la Protección Social en Salud, existe duplicación de recursos e intervenciones que no son sostenibles debido a que hay retos importantes en términos de cobertura de atención, el déficit es del 25 %; y del 74 % de la población no tiene cobertura de un seguro de salud.



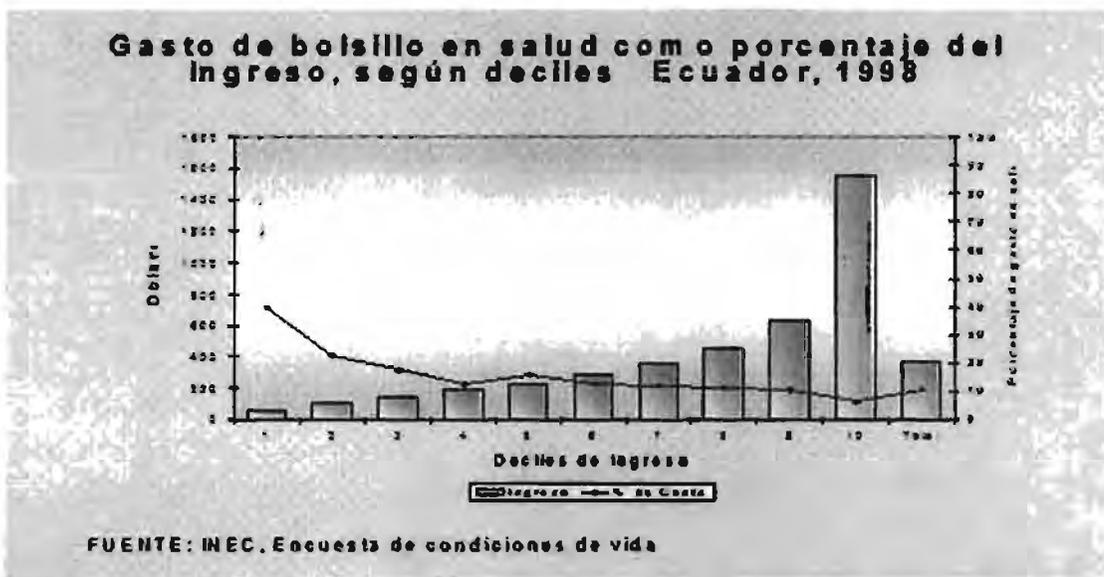
Fuente: OPS/OMS, Extensión de la protección social en salud. Caracterización de la Situación en el Ecuador, Power Point, 2003

⁴⁰ MSP/OPS, Protección Social en Salud: Ecuador. Perfil de riesgo, vulnerabilidad y exclusión social en salud, Quito, 2002.

Gasto de bolsillo

En 1997 el gasto directo de hogares es el 46% del Gasto Total en salud, representaba el 2% del PIB es decir más de 341 millones de dólares.

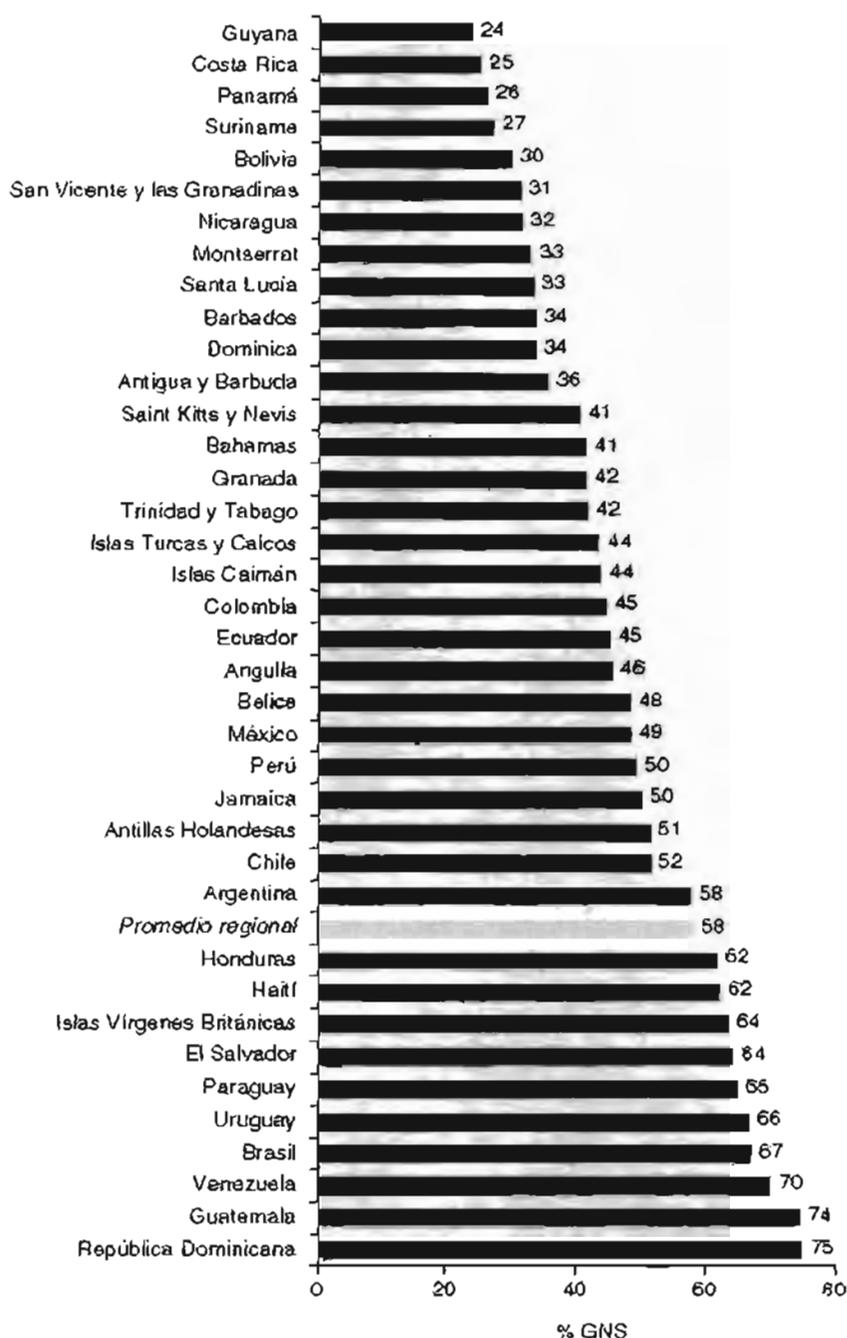
Su distribución por deciles de ingreso muestra un comportamiento regresivo, siendo mayor en los deciles más pobres. El 10% más pobre de la población gastó el 39.8% de su ingreso promedio en rubros de de salud, mientras en que el 10% más rico gastó solo el 6.4%.



A diferencia de lo que habíamos visto en cuanto al gasto público en salud, en el caso del denominado gasto de bolsillo, el gasto privado realizado por el ecuatoriano promedio se encuentra muy cerca de la media latinoamericana; en el país la sociedad civil cubre el 45% de los gastos de salud, en relación al porcentaje del gasto total en salud, según datos de 1997-98 (Molina, et al, 2000); cuando el promedio regional está en el 58%.

Lo que hay que resaltar aquí es el hecho de que no porque el sector civil invierta más en los cuidados de salud, quiere decir que el sistema público no sirve. Así un argentino invierte 58% del gasto total en salud, cuando su gobierno tiene un gasto per cápita de US\$ 947.

FIGURA 3. Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud (GNS), 1997-1998



Fuente: Molina, R, et al, Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias, Revista OPS, N° 8, 2000.

Regulación

Marco regulatorio incipiente. Existe una débil rectoría del Ministerio de Salud, con problemas de gobernabilidad en salud (debilidad para la coordinación y los consensos tanto estratégicos como operativos).

Separación de funciones

No existe separación de funciones en las instituciones del sector salud. En la propuesta de Reforma de Salud de la Seguridad Social está establecido este mecanismo.

Perfil de morbimortalidad en Ecuador

“Los niveles presentes de morbilidad y mortalidad en la región obedecen a la pobreza, como manifestación de las tremendas inequidades existentes. El perfil de morbilidad es el resultado, principalmente de la distribución del ingreso, que determina, asimismo la distribución de los riesgos de enfermarse y las probabilidades asociadas de vivir/morir”⁴¹.

El perfil de morbilidad del país es conocido como mixto; esto quiere decir, por un lado, que aunque el grupo de enfermedades infecciosas ha disminuido en la población, este no ha desaparecido, reemergiendo algunas como el dengue o el paludismo, y han aparecido nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA; por otro lado están las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes se han incrementado, además de una permanente presencia de malformaciones congénitas y problemas perinatales (OPS, 2002). De hecho, entre 1995 y 1999 las enfermedades del sistema circulatorio pasaron a ocupar el primer lugar en la estructura de mortalidad de la población ecuatoriana, mientras que las enfermedades transmisibles pasaron del segundo al cuarto lugar como causa de muerte en igual periodo.

Este perfil epidemiológico también se expresa de manera diferente según los grupos sociales, así en el 20% más pobre de la población las enfermedades infecciosas son las más importantes con un 40% de incidencia, y las isquémicas llegan solo al 7%. En el caso del 20% más rico, el 58% de incidencia la tienen las enfermedades crónico-degenerativas, donde las isquémicas llegan al 23% (BID, 2002). A nivel mundial la relación entre los dos procesos da prioridad a las enfermedades crónico degenerativas con el 33% sobre las infecto contagiosas, que llegan al 17.5%.

De manera más específica, los problemas de salud asociados con el subdesarrollo y la “modernidad” que enfrenta el país son, entre los primeros, las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y anemia. La prevalencia de la

41 Bustelo, Idem, p. 180.

desnutrición en menores de 5 años es superior al 40% según datos del informe de Salud en las Américas, OPS, 1998. En los segundos se presentan las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, accidentes de transporte, diabetes mellitus, agresiones, tumores malignos, SIDA y problemas de salud mental. Entre las enfermedades de notificación obligatoria las infecciones respiratorias agudas (tasa de 5.517 por 100.000 habitantes en el 2000) prácticamente triplican a las enfermedades diarreicas (tasa de 1.785) y sextuplican los casos de malaria.

Según el informe del Ministerio de Salud del Ecuador sobre Protección Social en el país (MSP/OPS, 2002), para el período 1995-2000 se estimó una esperanza de vida de 69,9 años para la población general (67,3 años para hombres y 72,5 para mujeres) evidenciándose el aumento de un año respecto al período anterior. Entre 1985 y 2000 destaca la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacuna (OPS, 2002). El último caso de poliomielitis ocurrió en 1990; desde 1998 no se ha confirmado ningún brote de sarampión y desde el 2000 no hay casos de fiebre amarilla; sin embargo, la vigilancia de la parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola mantienen indicadores superiores a los estándares.

A esto se suma un fuerte problema de subregistro en morbilidad y mortalidad, estimándose que en 1995 este llegó al 25% en mortalidad (26% en hombres y 23% en mujeres).

Según las características de la pirámide poblacional se considera que la del país aún tiene una base amplia (MSP/OPS, 2002). Predomina la población menor de 15 años (33.8%), pero se observa una tendencia de crecimiento de población mayor: las personas de 65 años aumentaron a 4,7% en el año 2000 (frente a un porcentaje del 4,1 en 1990). La tasa de natalidad en 1998 fue de 22,7 por 1000 habitantes lo que representa una disminución del 11,7% respecto al valor corregido de 1990 (25,7).

El 71% de los nacidos vivos tuvieron asistencia durante el parto (81.8% en el área urbana y 40.1% en la rural). Según la encuesta demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 99) la tasa global de fecundidad de mujeres bajó de 4,0 hijos por mujer en el período de 1985 a 1990 a 3,3 en los años 1994 a 1999. El descenso pudo ser generado por varias razones, como el aumento de escolaridad en las mujeres, a su creciente incorporación en el mercado de trabajo y la migración de zonas rurales a urbanas.

En términos económicos, el significado de los cambios de los perfiles epidemiológicos, así como demográficos, significan un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos, generando una competencia entre los sectores en los cuales invertir los recursos económicos, por lo que se hace necesaria una revalorización de las prioridades en salud que parta del nivel primario hacia el terciario y no a la inversa.

Riesgos, vulnerabilidades y exclusión

Como hemos señalado ya, la salud no se la puede entender solo como ausencia de enfermedad, y aún así vista, esta no responde a la entera predisposición de cada individuo sino que está condicionada por una serie de eventos y acontecimientos que socialmente pueden determinar las condiciones de vida de una población. Además el país presenta una serie de resultados bajos en relación al promedio latinoamericano y mundial en lo que tiene que ver con mejoramiento de la calidad de vida de su población, “los principales indicadores relacionados con la provisión de Servicios Sociales Básicos, ubican al Ecuador como un país de desarrollo humano medio (PNUD, 2001), con coberturas insuficientes para satisfacer las demandas de la población especialmente pobre; cuyos indicadores están lejos de los promedios latinoamericanos y de la meta de cobertura universal” (Fierro-Renoy y Naranjo, 2003); lo que se evidencia, en el caso, salud con los siguientes datos:

- De cada 10 ecuatorianos, siete no tienen acceso a servicios de atención primaria de salud (8'062.992 personas).
- El 81% de niños/as, adolescentes y mujeres pobres no tienen acceso a la atención preventiva de salud.
- Estructura de Protección Social en Salud con alta fragmentación y segmentación
- El déficit en la cobertura de atención es del 24 %; y del 74 % de la población no tiene cobertura de un seguro de salud.
- Existen desigualdades en la asignación de recursos, no existen criterios que garanticen equidad
- Gasto de bolsillo en salud regresivo, los tres deciles más pobres (1, 2, 3) gastan en salud el 39,8%, 22,4%, 17,6% de su ingreso. El promedio nacional es 10.5%⁴²
- Bajo Gasto Público en salud con énfasis en lo curativo. Este bajó de US\$ 52 a US\$ 26 per cápita entre 1996 y el 2000.

42 ECV –1999. INEC.

- 50% de los niños/as menores de 5 años sufren desnutrición.

A estos datos es necesario agregar otro conjunto de eventos que se constituyen como vulnerabilidades geográficas, económicas, culturales, que incrementan los niveles de riesgo de la población ecuatoriana:

Riesgos, vulnerabilidad y exclusión. 2000⁴³

Fuente riesgos vulnerabilidad y exclusión	Categoría	No de habitantes	%
Barreras estructurales que impiden el acceso a las atenciones de salud			
Geográficas	Dispersión poblacional	Las provincias del Oriente son las que menor densidad poblacional presentan sobre todo en el área rural	3.86% de la población total
	Fenómeno del Niño	Cantones de las Provincias de la Costa:	
	Terremotos / Erupción volcánica	Cantones de la Provincias de Tungurahua y Chimborazo	
Económicas	Pobreza-especialmente extrema: incapacidad para financiar atenciones de salud	2'709.022 de población en extrema pobreza (1 quintil de pobreza): urbana = 1'464.777 rural = 1'244.245 jefas de hogar =65.100 < de 5 años = 299.250 6-17 años = 572.250 ancianos = 117.600	21 ,5% extrema pobreza y quinto quintil de ingreso
Culturales/ étnicas (auto exclusión)	Población indígena rural	687.453 habitantes de los cuales el 92.7% tiene necesidades básicas insatisfechas	13.9%
	La atención de salud se entrega en un idioma	Ningún servicio de salud es ofrecido de forma bilingüe (quichua - español)	
Determinadas por la condición de empleo	Subempleo	Invisible = 371. 807 de los cuales mujeres son 119.076 Visible = 142.714, de ellos son 61.857 mujeres	Invisible = 9.9% Visible = 3.8%

43 Población proyectada y ajustada para el año 2000 INEC-2000: 12'592.480 habitantes

	Empleo informal	No determinado	
	Desempleo	540. 811 desempleados de los cuales 303.304 son mujeres	14.4%
Vulnerabilidad social	Extrema pobreza Desnutrición Riesgo de mortalidad niños Etnias	Promedio nacional = 32,7 El número de habitantes de las parroquias en mayor vulnerabilidad es de 958.230	V quintil más deficitario 7.6% del total de la población
Índice integrado de Riesgos, vulnerabilidad y exclusión	Pobreza I. Oferta en salud I. multivariado ed. I. Vulnerabilidad social	Promedio nacional = 54.9 El número de habitantes de las parroquias en mayor riesgo es de 953.053	V quintil más deficitario 7.5% del total de la población

Fuente: MSP/OPS, 2002

Es así que estos elementos se vuelven condicionantes al momento de pensar en el camino a seguir o en el deber ser del SNS de Ecuador; la reforma del sector salud, más allá de sus problemas político administrativos deberá buscar una institucionalidad contextualizada en esta realidad de vulnerabilidad y exclusión creciente en el país.

La Reforma del Sector Salud

Según la Organización Panamericana de la Salud, la reforma de la salud en la región “es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población” (OPS/OMS, 1995).

Este proceso se desarrolla en un contexto macro que lo determinan como son: la globalización y las reformas del Estado, los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico, los riesgos y vulnerabilidades; las reformas a los sistemas de seguridad social y el aumento de expectativas

sociales, en el caso exógeno. Y la desarticulación e incoordinación del sector salud, el contar con modelos de atención y organización insuficientes, el acceso inequitativo a los servicios de salud, el déficit de cobertura y baja calidad de la atención, el gasto ineficiente y no solidario y el bajo financiamiento público, en el caso endógeno (Echeverría, 1997 y 2000).

Frente a estos problemas los objetivos de la reforma son:

- Acceso **EQUITATIVO** a los servicios
- Cobertura **UNIVERSAL** de prestaciones
- Atención de **CALIDAD** y con **CALIDEZ**
- Gestión **EFICIENTE**
- Financiamiento **SOLIDARIO** y **SOSTENIBLE**
- Participación y Control **SOCIAL**

El proceso de reforma no ha avanzado de manera rápida, y aunque ha sido reconocida la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Salud, se considera que uno de sus límites ha sido la falta de liderazgo del Ministerio de Salud Pública (Echeverría, 2000).

Capítulo 5

LA PRÁCTICA COMUNITARIA DE SALUD

Introducción

El rol de la salud en el desarrollo ha sido relegado a un segundo plano desde el discurso de la economía contemporánea, donde se la ha valorado más como un costo que como una inversión, sin pesar la importancia de la inversión en capital humano; sin embargo, los fracasos de las políticas económicas propuestas, los límites en la implementación de respuestas al incremento de los niveles de pobreza en la población han obligado a pensar que hay que actuar desde otros lineamientos, y, como hemos señalado, sin perder por esto la eficacia y la equidad de las intervenciones.

Así, la necesidad de construir políticas públicas nacionales en salud con la participación de la ciudadanía desde lo local, dentro del marco de un proceso de reforma con débiles niveles de institucionalidad, tal vez puede ser un mecanismo para dar salida a problemas y desafíos del sistema de salud ecuatoriano; pero también obliga a que desde diferentes espacios de lo local se posibilite esta construcción y se generen los mecanismos de participación, de educación, de convocatoria y de sistematización de los planteamientos y visiones de todos. Lo cual enfrentado a estrategias de sobrevivencia se vuelve difícil.

La propuesta de esta investigación partió desde el intento por develar y esclarecer los problemas a los que se enfrenta una propuesta que pretende ser estructural, solvente y consensuada de salud desde lo local. Para esto, un primer paso ha sido realizar un análisis situacional que permita proponer líneas de trabajo básico, construidas de manera consensuada con los distintos actores del proceso.

Como hemos señalado, el proceso de reforma y modernización del sector salud en el Ecuador es uno de los más conflictivos y de más lento avance en América Latina. Varios son los factores que impiden el desarrollo de un modelo de atención universal y equitativo, siendo determinante lo irregular y limitado del financiamiento por las políticas de ajuste estructural que lo garanticen a plenitud.

Desde la perspectiva de generar procesos de salud municipales, se han desarrollado algunas iniciativas locales para mejorar el acceso de la población a los servicios a través de sistemas de aseguramiento comunitario o de microseguros, experiencias que han carecido del debido soporte político y que han impedido su crecimiento, con lo que en el contexto general más bien ha significado afectar la equidad del acceso a la atención. Otra crítica adicional a esto es que el tema del aseguramiento en salud, que se lo plantea como un tema del Ministerio de Salud y no se toma en cuenta el Ministerio de Finanzas (podríamos recordar que el sistema inglés de salud, implementado después de la Segunda Guerra Mundial, fue organizado desde el área económica del gobierno).

Uno de los factores que impide avanzar en la reforma tiene que ver con la inestabilidad política. En lo que va del actual período presidencial se cuenta tres ministros de salud y cada una de estas administraciones ha significado nuevas orientaciones y cambios gerenciales en todos los niveles operativos, lo que ha llevado a una de las mayores desmovilizaciones en el sector, situación que se ha complicado por alrededor de una decena de paros llevados por gremios y sindicatos, demandando un mejor trato salarial y en oposición al proceso de descentralización a través de los municipios.

Además, en la práctica se ha llegado a un estado de ruptura franca, casi a niveles de intransigencia, entre las autoridades del MSP, los gremios de la salud y los municipios. De cada lado, los intereses políticos impiden que se den espacios de consenso, lo que ha empantanado a nivel local los procesos de reforma y descentralización. Un claro ejemplo de esta situación está en el hecho de que la operación de la Ley de Maternidad Gratuita, que convoca a todos los actores locales citados, no funciona a plenitud al no quedar del todo clara la administración de los recursos, por lo que los usuarios no acceden debidamente a las prestaciones que por derecho les corresponden.

Este conjunto de elementos deben condicionar, para el caso de la parroquia de San Luis de Pambil, el que no haya logrado cuajar una propuesta política de negociación con las autoridades, más allá de las reiteradas demandas puntuales y susceptibles de obtención de recursos desde el financiamiento mismo de la operación. No se ha consolidado un movimiento de la población que demande sus derechos en salud, en parte por no tener su correlato en los municipios y menos en los servicios de salud, más cuando estos más bien con sus acciones han favorecido la desmovilización.

Si bien el modelo comunitario de salud trabajado ha cimentado su funcionamiento a partir de una participación directa y vigente, esta todavía no cobra la fuerza suficiente para que se den cambios en las instancias políticas que deben formalizarlos. Este es el reto que tienen estas poblaciones, pero que por sí mismas no lo lograrán.

Por esto el interés de este trabajo es el de poder contar con pruebas empíricas para avanzar en la consolidación de un modelo local público de salud⁴⁴ que garantice el acceso a la atención médica a toda la población, cumpliendo los principios que inspiran la reforma del sector, sobre todo de equidad, entendida como justicia y como mecanismo que facilite el acceso de la población a la satisfacción de sus necesidades, así como su toma de posición y participación en las acciones a emprender para satisfacerlas.

Para esto se ha escogido un proyecto de salud como caso de estudio, este es una intervención de salud comunitaria que se está implementando actualmente en la provincia de Bolívar, en el cantón Guaranda, en 40 comunidades del subtrópico, ejecutado por Cruz Roja Ecuatoriana con financiamiento de la Cooperación Internacional.

El proyecto

El proyecto “Salud Comunitaria en el Cantón Guaranda, Provincia de Bolívar”, se inició en febrero de 2002 y tiene una duración de tres años, es decir hasta el 2005. Los beneficiarios de la intervención son los 4.571 habitantes de la parroquia rural San Luis de Pambil, de los cuales 2.412 son hombres y 2.159 mujeres.

A través del proyecto se plantea⁴⁵ lograr soluciones prácticas y viables que, involucrando a la comunidad y a todos los actores de salud de la zona de intervención, permitan desarrollar acciones sanitarias que vayan desde la vigilancia epidemiológica y el control sanitario, hasta la atención médica de las patologías prevalentes, sobre la base de una educación sanitaria sostenida.

Los objetivos generales del proyecto son⁴⁶:

44 Para lo cual, como se señala en la introducción del presente trabajo se parte de una propuesta metodológica investigativa sintética-evaluativa.

45 Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

46 Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

- Mejorar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas en 40 comunidades del noroeste de la provincia de Bolívar dentro de un modelo autogestionario.
- Reducir las tasas de morbilidad de la población beneficiaria, mediante el desarrollo de un modelo de salud comunitaria.

Los objetivos específicos planteados en el proyecto son⁴⁷:

- Aplicar un modelo de salud comunitaria la noroeste de Guaranda centrado en:
 - El desarrollo de un **sistema de vigilancia epidemiológica** local con la participación activa de la comunidad.
 - Aplicar **medidas de control sanitario** para la prevención de enfermedades transmitidas por vectores y las de origen hídrico.
 - Desarrollar y potenciar **conocimientos, actitudes y prácticas** locales para la identificación y prevención de las enfermedades prevalentes en el entorno.
 - La formación de recursos humanos locales para favorecer la atención médica y la derivación de los enfermos que lo requieran, considerando siempre la integración al sistema oficial de salud.

Como proyecto su ejecución no ha podido ni puede quedar al margen del actual proceso de reforma del sector salud que obliga a pensar las respuestas más adecuadas para cada ámbito local, sin perder de vista los grandes problemas de la salud pública y las respuestas coyunturales, que se transforman en obstáculos para garantizar el bienestar de la población. Así no se puede dejar de reconocer el avance que significó la Nueva Constitución de la República de 1998, que por un lado ratificó la descentralización como un mecanismo técnico para avanzar en la llamada modernización del Estado; y, por otro, presenta una sección explícita sobre el tema salud, garantizando el derecho a la salud a la población ecuatoriana y al Estado como garante de este derecho. Si bien hay la aprobación de la Ley de Salud, esta carece hasta el momento de un Reglamento que le de vigencia y aplicabilidad.

Pertinencia del proyecto

Lo importante de la experiencia a analizar es que puede constituirse en un elemento que aporte conocimientos con evidencia empírica, en un contexto de ruralidad, para apuntalar un modelo local de salud, integrante de un Sistema Nacional de Salud que responda a las necesidades y

⁴⁷ Proyecto Salud comunitaria en el cantón Guaranda, 2002-2005, Cruz Roja Ecuatoriana

demandas de la población; evidenciando hasta donde es posible construir formas de gestión local en salud con participación de la población, de los responsables públicos de prestar de manera directa servicios de salud, así como de los espacios del gobierno local que influyen sobre la salud de la población desde la satisfacción de algunas necesidades básicas insatisfechas de la población: agua potable, alcantarillado.

Este criterio parte de la posibilidad de ver lo local como una forma de focalización, dentro de lo nacional y el Sistema Nacional de Salud/Universal, es decir pensar en un mecanismo de focalización geográfico, que está condicionado a sus propias particularidades culturales, institucionales, económicas y políticas; es decir, a sus propios determinantes de salud.

Contexto de la ejecución del proyecto

San Luis Pambil es una parroquia rural del cantón Guaranda, con una población total de 4.571 habitantes⁴⁸, de los cuales 2.412 son hombres y 2.159 mujeres. Esta es la población que está bajo la responsabilidad del Subcentro de Salud Rural del Ministerio de Salud Pública (MSP).

La parroquia San Luis de Pambil, geográficamente está delimitada al norte por Moraspungo (Cotopaxi), al sur por el Cantón Las Naves, al este por Quinzaloma (Los Ríos) y al oeste por la parroquia Facundo Vela. Esta localizada a 240 Km. De la ciudad de Guaranda (capital provincial). La temperatura oscila entre 18 a 24° C, sin embargo debemos indicar que varía durante el día, en la mañana las variaciones no son muy amplias, mientras que al medio día y las tardes es de 24 a 28 ° C, en las noches baja de 12 a 18 ° C dependiendo del enfriamiento y pérdidas de calor en los diferentes meses de año.⁴⁹

En términos de salud este territorio corresponde al Área de Salud N° 4, de la provincia de Bolívar. Estos son territorios colonizados sistemáticamente desde aproximadamente un siglo por pobladores provenientes de localidades serranas de la misma provincia, a lo que últimamente se suman migrantes de las vecinas provincias costeñas. Predominan en ellos las estrategias productivas individuales que en caso de ser necesario echan mano del jornalero que por lo general es el “pobre” que reside en las cabeceras urbanas. Sus niveles de productividad les llevan a persistir en estrategias de extracción intensiva con el consiguiente deterioro de la ecología. Sus

48 Censo de población y Vivienda 2001. INEC, 2003.

49 PDL de San Luis de Pambil Febrero del 2002 realizado por la Cruz Roja Ecuatoriana.

conexiones de intercambio comercial siguen los ejes de la costa, siendo muy marginales y excepcionales las relaciones con la sierra, las mismas que se reducen a contactos familiares rememorativos o (gestiones) en los puntos administrativos del nivel provincial.

Acciones desarrolladas por el proyecto

Las acciones desarrolladas dentro del proyecto para la consecución de sus objetivos específicos y, a través de estos, el general se han dividido en operaciones de vigilancia y control epidemiológico, de capacitación y formación, y de seguimiento.

Si bien se ha logrado mantener contactos de trabajo con las treinta y dos comunidades beneficiarias desde el inicio del proyecto, las relaciones con las comunidades asentadas en la franja alta de la parroquia no han podido ser secuenciales y programadas y lo predominante en este caso ha sido más bien contactos puntuales. Las razones encontradas para que este vínculo se de esta manera son:

a) Las agrestes condiciones geográficas acompañadas de malas vías de comunicación que impiden, por lo general, la accesibilidad a estas comunidades desde San Luis Pambil. Normalmente estas comunidades se vinculan con otras parroquias o puntos poblados sea por cercanía o por disponer de mejores vías de comunicación, así unas comunidades (Matiavi, Monoloma, Libertad de Salinas) prefieren acudir a la parroquia Salinas, otras (La Florida, La Paz, Santa Ana, La Vega y Macabí) se relacionan con El Corazón y Moraspungo, en la provincia de Cotopaxi, más aún cuando el camino que las conecta con San Luis tiene cortes que impiden utilizar esta vía. Esto evidencia un problema que no solo se expresa en problemas del Sistema de Salud, sino en problemas estructurales y de infraestructura en el país. Así como las discrepancias que se presentan entre la división político-administrativa del país y la división del Ministerio de Salud o la del Seguro Campesino. A todas estas comunidades señaladas les resulta conveniente mantener relaciones sociales, productivas, económicas, comerciales y rituales con estos centros a los que acuden, sin que existan vínculos importantes con San Luis.

b) Siguiendo esos mismos caminos de relación cotidiana acceden a servicios de salud en esos puntos (Salinas, El Corazón y Moraspungo), con una demanda que no incluye un peso importante los síndromes febriles debido a enfermedades transmitidas por vectores (ETV), el piso climático de estas comunidades es poco propicio para la proliferación de vectores. Es decir

su perfil de morbilidad no contempla como prioridad el paludismo y el dengue, por lo que no se asume una preocupación particular frente a estos problemas, que son más bien esporádicos. En el discurso de las personas está el hecho de reconocer que a esas alturas estas enfermedades no se presentan de manera regular, así como la presencia de insectos domiciliarios no alcanza niveles de preocupación.

Estos hechos componen un panorama que explica, tanto desde las posibilidades del proyecto, cuanto desde sus propias razones, lo débil de las relaciones frente a la operación, lo que limita su inclusión en una dinámica regional que más bien privilegia los vínculos siguiendo el circuito comercial con ciudades de la costa como Quinsaloma (provincia de Cotopaxi), Quevedo y Ventanas (Provincia de los Ríos).

El problema descrito, nos obliga a pensar, sobre todo para la definición de políticas públicas de salud, la consideración de las dinámicas poblacionales que marcan los vínculos comerciales, económicos, productivos, etc., cuya lógica no se apega a las divisiones administrativas territoriales y menos a la organización de los servicios que siguen un patrón de asignación que no considera la historicidad de los asentamientos poblacionales.

c) En cuanto a la participación de los voluntarios de salud en la ejecución de los componentes del proyecto es menester señalar como fenómeno recurrente una gran movilidad de los mismos, pues si bien el número meta se mantiene, hay deserciones, cambios, incorporaciones, por lo general debido a diferentes circunstancias, como: la producción en el sector se ha visto seriamente afectada en este período, pues suma una sequía prolongada con la consiguiente baja productividad, precios de productos no competitivos en el mercado, encarecimiento de insumos, etc., lo que acarrea una falta de empleo local que obliga a los jóvenes y adultos a emigrar, muchos de forma definitiva (España, Italia, Venezuela) y otros temporalmente hasta equilibrar la economía familiar. En esta situación se encuentran un número importante de voluntarios.

Algunos voluntarios de salud han escogido la posibilidad de estudiar, unos en el medio pero declaran la imposibilidad de cumplir sus responsabilidades como voluntarios, otros cursan sus estudios fuera de la zona. También algunos voluntarios trabajan en relación de dependencia en instituciones donde se ha requerido sus conocimientos en salud. De preferencia prestan sus servicios en compañías petroleras asentadas en la amazonía, lo que demuestra la movilidad de esta población hacia otras regiones del país.

En suma, no solo con relación a los voluntarios de salud sino considerando el conjunto de la población, el factor social más importante es la migración, pues las condiciones económicas locales obligan a operar esta estrategia de sobrevivencia. San Luis dejó de receptor población, ya no es más una zona de colonización, es una zona que expulsa población, cuestión que se puede apreciar en los datos censales al advertirse un estancamiento del crecimiento poblacional.

Frente a este problema, gran parte de las comunidades incluyen nuevas personas para que sean voluntarios de salud, sabiendo que no hay garantía de permanencia. Sin duda que esta movilidad genera tensiones, empezando por los desniveles en cuanto a dominio de conocimientos y destrezas, así como por la presión de los dirigentes para mantener esta presencia. En no pocos casos se dan conflictos entre dirigentes y voluntarios de salud sobre todo al no conciliarse intereses comunes. Tema que se expresa como un límite en el trabajo de campo, ya que si no se logra una legitimidad del promotor en su comunidad la posibilidad de su impacto así como su posibilidad de actuación se reducen considerablemente.

Ciertamente que el trabajar con voluntarios sigue siendo una opción válida para llevar adelante y con efectividad la descentralización operativa, sobre todo en los componentes de vigilancia y control sanitario. Más cabe reconocer que esta modalidad de extensión de la cobertura debe ajustarse a las necesidades de las dinámicas poblacionales.

Actividades planificadas y cumplidas

La evaluación del proyecto se la ha realizado delimitando un periodo temporal, correspondiente a agosto 2003 a enero 2004. Desde este horizonte temporal se pudo constatar el conjunto de actividades desarrolladas para la consecución de los objetivos, de estas podemos señalar que:

Se planificó para el periodo un total de 356 actividades, 146 en las comunidades rurales (41 %) y 210 en comunidades urbanas (Cuadro N° 1). El 8.1 % (29) de las actividades programadas estaban ubicadas en sitios fuera del área del proyecto y destinadas principalmente a gestiones administrativas y de coordinación (Cuadro N° 2). De este total de actividades propuestas se cumplieron efectivamente 341 (95.8 %), mientras que las 15 restantes no se cumplieron por distintas razones.

Del total de actividades cumplidas efectivamente, la mayoría corresponden al componente de investigación (28.4%) y que involucra primordialmente las actividades de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV). Luego están las actividades de seguimiento y evaluación (24.9%) y mantiene una importante frecuencia las actividades de control sanitario y atención (17.3%) (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 1

Actividades planificadas y cumplidas según sector

ACTIVIDAD	SECTOR		Total
	+	-	
R	138	8	146 Comunidades rurales
U	203	7	210 Comunidades de la cabecera urbana
Total	341	15	356

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Cuadro N° 2

Actividades cumplidas dentro del área del proyecto y fuera de ella

AREA	Frec	Porcent	Acum	
+	327	91.9%	91.9%	Actividades cumplidas dentro del área
-	29	8.1%	100.0%	Actividades cumplidas fuera del área
Total	356	100.0%		

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Cuadro N° 3

Tipo de actividades cumplidas según sector

TIPO	SECTOR		Total
	R	U	
CAPAC	1	24	34
COORD	2	3	17
SEGUI	3	60	32
ADMIN	4	1	34
INVES	5	12	78
EJECU	6	46	15
Total	146	210	356

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Tipo de acción por medio de las cuales se cumplieron las actividades

La visita a la escuela es la forma de más alta prevalencia (19.7 %) mediante la cual se cumple la vigilancia epidemiológica de las ETV (Cuadro N 4). Sobresalen además los talleres como

ámbitos expeditos para la capacitación (13.2%) y las visitas (15.2 %) para el seguimiento y evaluación del trabajo que realizan sobre todo los voluntarios de salud (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 04
Tipo de acciones mediante las cuales se
cumplieron las actividades

FORMA	Frec	Porcent	Acum
ASAMBLEA	1	0.3%	0.3%
ATENCION EMERGENTE	3	0.8%	1.1%
CONTROL ESCOLAR	1	0.3%	1.4%
DIA DE CAMPO	1	0.3%	1.7%
INVENTARIO	1	0.3%	2.0%
JORNADA	38	10.7%	12.6%
LEVANTAMIENTO DE DATOS	19	5.3%	18.0%
NO SE REALIZA	15	4.2%	22.2%
OPERATIVO	6	1.7%	23.9%
PASANTIA	4	1.1%	25.0%
REUNION	33	9.3%	34.3%
REUNION INTERINSTITUCIONAL	2	0.6%	34.8%
REUNION INTERISTITUCIONAL	1	0.3%	35.1%
REUNION MENSUAL	17	4.8%	39.9%
REUNION MENSUAL DE EQUIPO	5	1.4%	41.3%
REUNION MENSUAL EQUIPO	1	0.3%	41.6%
TALLER	47	13.2%	54.8%
TRABAJO ABMINISTRATIVO	1	0.3%	55.1%
TRABAJO ADMINISTRATIVO	10	2.8%	57.9%
TRABAJO DE CAMPO	10	2.8%	60.7%
TRABAJO OFICINA	18	5.1%	65.7%
VISITA	35	9.8%	75.6%
VISITA DOMICILIARIA	1	0.3%	75.8%
VISITA ESCUELA	70	19.7%	95.5%
VISITA GUARDERIA	1	0.3%	95.8%
VISITA TUTORIAL	15	4.2%	100.0%
Total	356	100.0%	

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Tema o motivo de la actividad

Destaca el tema de la vigilancia epidemiológica (17 %), así como el del control sanitario de las ETV (8.8%) y del seguimiento tutorial a los voluntarios (8.8%), complementado este último con el tema de evaluación del trabajo de los voluntarios (8.2%) (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5
Motivo o tema tratado durante las actividades cumplidas

TEMA	Frec	Porcent	Acum
ACTUALIZAR MAPA PARLANTE	1	0.3%	0.3%
ACUERDOS DE TRABAJO	1	0.3%	0.6%
ADQUISICIONES	1	0.3%	0.9%
AIEPI COMUNITARIO	2	0.6%	1.5%
ANALISIS ESTADISTICO	8	2.3%	3.8%

ANALISIS INFORMACION COMUNITARIA	1	0.3%	4.1%
APLICACION ENCUESTA CAP II	5	1.5%	5.6%
APOYO ACCIDENTADOS	2	0.6%	6.2%
APOYO COMPETENCIA ATLETICA	1	0.3%	6.5%
APOYO CORRIDA TOROS	1	0.3%	6.7%
APOYO RODEO MONTUBIO	1	0.3%	7.0%
ARREGLO BODEGA	1	0.3%	7.3%
ATENCION A ENFERMOS	5	1.5%	8.8%
CAPACITACION EN SERVICIO A VOLUNTARIOS	1	0.3%	9.1%
CELEBRACION NAVIDENA	1	0.3%	9.4%
CONSUMO AGUA SEGURA	8	2.3%	11.7%
CONTROL MEDICO	4	1.2%	12.9%
CONTROL SANITARIO	1	0.3%	13.2%
CONTROL SANITARIO ETV	30	8.8%	22.0%
COSTOS DE EXAMENES DE LABORATORIO	1	0.3%	22.3%
DERECHOS DE LOS NINOS	2	0.6%	22.9%
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	1	0.3%	23.2%
DESPARATIZACION HUMANA	9	2.6%	25.8%
DESPARATIZACION HUMANA	1	0.3%	26.1%
DETECCION FOCOS PROLIFERACION ZANCUDOS	7	2.1%	28.2%
DISENO PROGRAMAS	2	0.6%	28.7%
ELABORACION MATERIAL DIDACTICO	2	0.6%	29.3%
ENFERMEDADES TROPICALES	7	2.1%	31.4%
ESTADISTICAS VITALES	3	0.9%	32.3%
ETV	3	0.9%	33.1%
EVALUACION AIEPI	2	0.6%	33.7%
EVALUACION ANTROPOMETRICA	1	0.3%	34.0%
EVALUACION DEL TRABAJO	1	0.3%	34.3%
EVALUACION ENFERMOS	1	0.3%	34.6%
EVALUACION INCIDENCIA DE EDA	1	0.3%	34.9%
EVALUACION SALUD ESCOLARES	1	0.3%	35.2%
EVALUACION SITUACION DE SALUD	5	1.5%	36.7%
EVALUACION TRABAJO	3	0.9%	37.5%
EVALUACION TRABAJO INSTITUCIONAL	9	2.6%	40.2%
EVALUACION TRABAJO VOLUNTARIOS	28	8.2%	48.4%
FACTIBILIDAD CONSTRUCCION SISTEMA AGUA	1	0.3%	48.7%
FORMACION VOLUNTARIOS	2	0.6%	49.3%
GESTIONES SRI	1	0.3%	49.6%
GRADUACION TECNICOS SANITARIOS	1	0.3%	49.9%
HIGIENE Y CUIDADOS PERSONALES	1	0.3%	50.1%
HISTORIA CRUZ ROJA	1	0.3%	50.4%
IMPLEMENTACION CAMPANA INVERNAL	1	0.3%	50.7%
INDICADORES SANITARIOS REGIONALES	1	0.3%	51.0%
INVENTARIO	2	0.6%	51.6%
INVESTIGACION ZONAS DE RIESGO	2	0.6%	52.2%
LEISHMANIASIS	1	0.3%	52.5%
MANEJO MEDICAMENTOS	12	3.5%	56.0%
MANEJO PALUDISMO	1	0.3%	56.3%
MORBILIDAD ATENDIDA	4	1.2%	57.5%
PARTICIPACION FESTIVIDAD PARROQUIA	1	0.3%	57.8%
PRACTICA SERVICIO	4	1.2%	58.9%
PREPARACION CAMPANA INVIERNO	1	0.3%	59.2%
PREPARACION MATERIAL DE TRABAJO	1	0.3%	59.5%
PREPARACION MATERIAL DIDACTICO	2	0.6%	60.1%
PRIMEROS AUXILIOS	4	1.2%	61.3%
PRINCIPIOS CRUZ ROJA	3	0.9%	62.2%
PRODUCCION CLORO	1	0.3%	62.5%
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	1	0.3%	62.8%
PROGRAMACION ENCUESTA	3	0.9%	63.6%
RECOLECCION INFORMACION SANITARIA	1	0.3%	63.9%
REPASO GENERAL ETV	1	0.3%	64.2%
REUNION CON ACESOR JURIDICO DE CRUZ ROJA	1	0.3%	64.5%

REVISION MATERIALES E INSUMOS	1	0.3%	64.8%
SALUD BUCAL	2	0.6%	65.4%
SALUD COMUNITARIA	2	0.6%	66.0%
SALUD ESCOLAR	4	1.2%	67.2%
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	1	0.3%	67.4%
SEGUIMIENTO ENFERMOS	1	0.3%	67.7%
SEGUIMIENTO TUTORIAL	30	8.8%	76.5%
SEXUALIDAD	1	0.3%	76.8%
SIGNOS VITALES	7	2.1%	78.9%
SIGNOS VITALES CURACIONES	1	0.3%	79.2%
SISTEMATIZAR INFORMACION	6	1.8%	80.9%
TRAMITES BANCARIOS	4	1.2%	82.1%
TRAMITES INSTITUCIONALES	1	0.3%	82.4%
TRAMITES SRI	1	0.3%	82.7%
USO JABON REPELENTE	1	0.3%	83.0%
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	58	17.0%	100.0%

Total | 341 100.0%

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Población participante en las actividades

En este período se intensificó el trabajo formativo y de seguimiento a los voluntarios por las razones de movilidad antes expuestas, es por ello que un 28.7% del actividades cumplidas estuvieron dirigidas a ellos (Cuadro N° 6).

La regularización de las actividades de vigilancia epidemiológica a partir de puestos de observación fijos en escuelas, demandó un 21.1 % de actividades con escolares (Cuadro N° 6).

Las actividades dirigidas a la población en convocatorias abiertas significaron un 13.8 % (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6

Tipo de personas que participaron en las actividades cumplidas

PARTICIPAN	Frec	Porcent	Acum
AUTORIDADES AREA	1	0.3%	0.3%
AUTORIDADES CRE CRB	4	1.2%	1.5%
DELEGADOS INSTITUCIONES	5	1.5%	2.9%
DIRIGENTES COMUNITARIOS	10	2.9%	5.9%
DIRIGENTES JAP	1	0.3%	6.2%
EQ INTERINSTITUCIONAL	4	1.2%	7.3%
EQUIPO INSTITUCIONAL	55	16.1%	23.5%
ESCOLARES	72	21.1%	44.6%
ESTUDIANTES ENFERMERIA	5	1.5%	46.0%
ESTUDIANTES SECUNDARIOS	3	0.9%	46.9%
INFANTES	2	0.6%	47.5%
JOVENES	5	1.5%	49.0%
MADRES	2	0.6%	49.6%
NINOS	14	4.1%	53.7%
PERSONAL CRB	1	0.3%	54.0%
PERSONAL MSP	1	0.3%	54.3%
PERSONAL SRI	1	0.3%	54.5%

POBLACION	47	13.8%	68.3%
PROFESORES	9	2.6%	71.0%
TECNICOS SANITARIOS	1	0.3%	71.3%
VOLUNTARIOS	98	28.7%	100.0%

Total	341	100.0%	

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Cuantía de la participación en las actividades

En este período han participado efectivamente en las actividades cumplidas por el equipo institucional 3.257 personas, siendo el promedio de participación por acontecimiento de 11.4 personas.

Se mantiene la tendencia de una participación mayoritaria de las mujeres en las actividades cumplidas (55.1 %)

Lugares de convocatoria y realización de actividades

Tanto por las actividades de vigilancia epidemiológica como por las de control escolar, en las escuelas se realizaron el mayor número de actividades (28.4 %) (Cuadro N° 7)

De igual manera, al sumar las actividades de seguimiento y capacitación, en la oficina de la CRE en San Luis se cumplieron el 16.7 % de las actividades. En las comunidades el 13.5 % y en los domicilios de los voluntarios el 12 % (Cuadro N° 7).

Cuadro N° 7

Lugar en el que se cumplieron las actividades

LUGAR	Frec	Porcent	Acum
BANCO	4	1.2%	1.2%
CAMPAMENTO CRE	4	1.2%	2.3%
CANCHA DEPORTIVA	2	0.6%	2.9%
CASA PARROQUIAL	12	3.5%	6.5%
COLEGIO NACIONAL SAN LUIS	1	0.3%	6.7%
COMUNIDAD	46	13.5%	20.2%
COMUNIDADES	3	0.9%	21.1%
COMUNIDADES VECINAS	1	0.3%	21.4%
COOPERATIVA AHORRO CREDITO	1	0.3%	21.7%
DIRECCION PROVINCIAL SALUD	1	0.3%	22.0%
DOMICILIO DIRIGENTE	2	0.6%	22.6%
DOMICILIO ENFERMOS	1	0.3%	22.9%
DOMICILIO MADRE	1	0.3%	23.2%
DOMICILIO PROFESOR	1	0.3%	23.5%
DOMICILIO VOLUNTARIO	41	12.0%	35.5%
ESCUELA	26	7.6%	43.1%
ESCUELA CIUDAD DE AMBATO	8	2.3%	45.5%
ESCUELA DIEGO DE ALMAGRO	36	10.6%	56.0%

ESCUELA GEACONO ALBERTO	1	0.3%	56.3%
ESCUELA PRINCESA PACHA	1	0.3%	56.6%
ESCUELA SOLDADOS PATRIA	25	7.3%	63.9%
GUARDERIA	2	0.6%	64.5%
GUARDERIA NUEVO AMANECER	2	0.6%	65.1%
HOSPITAL	2	0.6%	65.7%
HOSPITAL PROVINCIAL	1	0.3%	66.0%
JARDIN DE INFANTES	2	0.6%	66.6%
JEFATURA AREA 5 MSP	2	0.6%	67.2%
MERCADO	9	2.6%	69.8%
OFICINA CRB	3	0.9%	70.7%
OFICINA CRE QUITO	2	0.6%	71.3%
OFICINA CRE SA LUIS	1	0.3%	71.6%
OFICINA CRE SAN LUIS	57	16.7%	88.3%
OFICINA REGISTRO CIVIL	3	0.9%	89.1%
OFICINA SRI	1	0.3%	89.4%
PARQUE	4	1.2%	90.6%
PLAZA TOROS	2	0.6%	91.2%
PUCE	1	0.3%	91.5%
RIBERAS ESTEROS	3	0.9%	92.4%
RIBERAS RIO	5	1.5%	93.8%
SNEM	2	0.6%	94.4%
SUBCENTRO SALUD MSP	14	4.1%	98.5%
TENENCIA POLITICA	2	0.6%	99.1%
TIENDA	3	0.9%	100.0%

Total	341	100.0%	

Fuente: Cuaderno de registro de actividades del proyecto

Actividades cumplidas por los voluntarios de salud

Cuadro N° 8

Actividades cumplidas por los voluntarios de salud

Periodo agosto 2003 – enero 2004

Actividades cumplidas y reportadas	Frecuencia	Promedio de cumplimiento por voluntario
Reuniones comunales de información y promoción	176	3.8
Reuniones con grupos específicos	128	2.8
Acontecimientos con niños	49	1.07
Acontecimientos con jóvenes	8	0.2
Acontecimientos con otros actores presentes en la comunidad	5	0.1
Visitas domiciliarias a familias en riesgo	234	5
Tomas de muestras de sangre	295	6.4
Tratamientos antipalúdicos ofrecidos	51	1.1
Realización de jornadas de control sanitario:	73	1.6
Fumigación de viviendas	69	

Impregnación de toldos	171	
Entrega jabón repelente	146	

Fuente: Cuaderno de actividades del proyecto.

Análisis de la Situación de Salud en San Luis de Pambil

Este conjunto de actividades desarrolladas por el proyecto se inscriben en un contexto determinado, tanto por la oferta cuanto por la demanda de los servicios y hacia los servicios de salud en la zona; será necesario conocer esto para poder saber la pertinencia del proyecto, así como sus posibles impactos.

(a) Análisis de la Demanda

Determinantes de la Salud en San Luis de Pambil

En la parroquia San Luis de Pambil, solo la cabecera cuenta con alcantarillado (6.66%) y recolección de basura (10%); de las 21 comunidades, 14 cuentan con sistemas de agua cruda, sin sistemas de cloración de agua, todas las comunidades eliminan la basura por campo abierto (70%), quebrada o río (2%), zanja sanitaria (1%), queman (17%), en cuanto a la eliminación de excretas es por letrina (84.2%), pozo ciego (3%), campo abierto (5%), río (1.2%), la disposición de luz es del 89.5% de la población global de la parroquia, casi toda la cabecera cuenta con teléfono convencional y en las comunidades un porcentaje considerable cuentan con el servicio de teléfono celular⁵⁰.

Otros problemas identificados son la pobreza en la zona por la falta de mercado para los productos, y la emigración de hombres y mujeres, a temprana edad, con lo que hay una pérdida acelerada de recurso humano en la zona.

Perfil epidemiológico

Este lo hemos obtenido de los registros oficiales del MSP, a través del Área de Salud N° 4, Echeandia, a la cual pertenece el Sub Centro de San Luis.

⁵⁰ Registro de información comunitaria 2001 realizado por: Centro Andino de Acción Popular.

1. Diez principales causas de morbilidad 2003 Área N° 4 Echeandía.⁵¹

PATOLOGÍAS	CASOS	%
IRA	1289	33.37%
Parasitosis	884	22.88%
Piodermitis	656	16.98%
I.V.U	397	10.27%
EDA	387	10.02%
Paludismo	100	2.58%
Leishmaniasis	69	1.78%
Fiebre tifoidea	36	0.93%
Varicela	29	0.75%
Salmonelosis	15	0.38%
TOTAL	3.862	100

Fuente: Área IV Echeandía. Elaboración: Investigación

2. Diez primeras causas de morbilidad 2003 SubCentro De Salud San Luis de Pambil.

Nota: estos datos corresponden a los meses de mayo a agosto y diciembre 2003.⁵²

PATOLOGÍAS	CASOS	PORCENTAJE
IVU	43	18.94%
Piodermitis	37	16.29%
Anemia	31	13.65%
Inflamación Grado II	31	13.65%
Parasitosis	30	13.21%
Desnutrición	15	6.60%
Trichomoniasis	12	5.28%
IRA	11	4.84%
Resfriado Común.	9	3.96%
EDA	8	3.52%
TOTAL	227	100%

Fuente: Área IV Echeandía. Elaboración: Investigación

51 Centro Materno Echeandía. Dpto de Estadística.

52 Sub Centro de Salud San Luis de Pambil. Partes diarios de medicina y obstetricia.

La situación sanitaria

En términos epidemiológicos, este período de tiempo (agosto 2003 – enero 2004), se ha manifestado como estable para las poblaciones del subtrópico occidental, sobre todo si se consideran las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) como el paludismo, el dengue y la leishmaniasis.

Varios factores han incidido para que esto ocurra, pero sobre todo se ha debido al hecho de que el volumen de lluvias ha sido muy escaso y presente en un menor número de días. Esto trajo como consecuencia que se de una menor proliferación de mosquitos, con lo que las posibilidades de que actúen como vectores de contagio es menor.

El clima favoreció para que se diera de manera natural una autolimitación de la reproducción de los vectores, lo que a acontecido en el conjunto de las zonas de riesgo palúdico en el país se han dado escasos brotes, como no ocurría desde hace una década.

No se dio ningún brote y fue notoria en la región una disminución de la incidencia del paludismo. Consideramos que se dio una especie de potenciación entre el proceso de autolimitación natural y la aplicación sistemática de medidas de control sanitario.

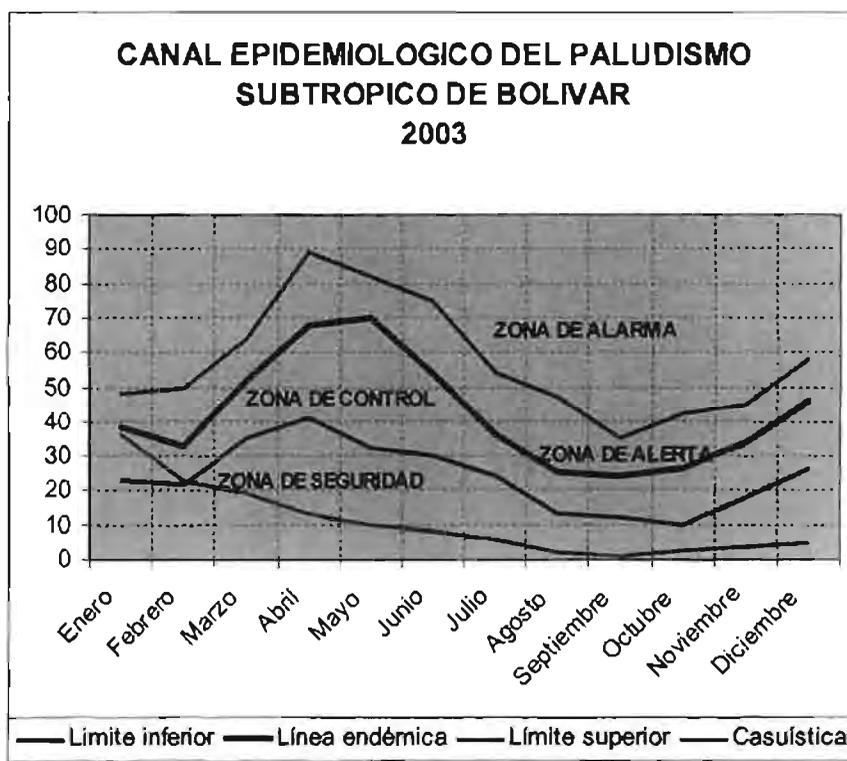
Cuadro N° 09
Incidencia de enfermedades tropicales en San Luis Pambil
Número de casos detectados y registrados

Mes	Paludismo	Dengue clásico	Leishmaniasis	Mordedura de serpientes
Agosto 03	2	0	0	1
Septiembre 03	1	0	1	0
Octubre 03	3	0	1	0
Noviembre 03	4	0	0	0
Diciembre 03	5	0	0	0
Enero 04	6	0	0	0
Total	21	0	2	1

Fuente: SNEM / SCS San Luis. Elaboración: investigación

El período de estudio, en cuanto a la incidencia de infecciones febriles, bien se podría nominar como de calma epidemiológica, producto de la ausencia de lluvias y la sequía de la zona. Por las percepciones de las personas y por los datos disponibles se puede colegir que la incidencia de enfermedades febriles ha disminuido ostensiblemente, tanto que no es de ninguna manera tema de preocupación de las familias. Los casos vistos son tomados como eventos aislados. Es decir la población no ha demandado con interés el tratar los temas vinculados a la salud y la medicina.

Siguiendo con la tendencia anotada en el periodo anterior, se encuentra que la incidencia de paludismo se ubica en la zona de seguridad del canal endémico:



Fuente: MSP/SNEM. Elaboración: Investigación

Esta situación se explica, como ya lo hemos venido señalando por:

- La baja pluviosidad y temperaturas medias bajas, inciden en una baja proliferación de zancudos.
- Disminución y detección precoz de casos importados.
- Aplicación de medidas efectivas en las comunidades a la vera de los ríos.

Para esclarecer la demanda de los servicios de salud públicos en San Luis de Pambil, se partió por analizar el tipo y la forma de las relaciones que se dan entre la población y este servicio público, para lo cual se realizó un estudio descriptivo a través de encuestas y observaciones etnográficas, tanto a la población en su conjunto, como a los usuarios de la unidad de manera particular.

Para el caso de la consulta al conjunto de la población, se utilizó una muestra matemática que mantiene la proporción entre los residentes en las comunidades rurales con los residentes de la cabecera parroquial. Así de un total de 120 boletas el 76.3 % se aplicaron en las comunidades del sector rural, tanto en las cercanas como en las lejanas al centro parroquial, mientras que el 23.8 % restante de boletas se aplicaron en los barrios de la cabecera parroquial. La unidad de análisis fue la familia.

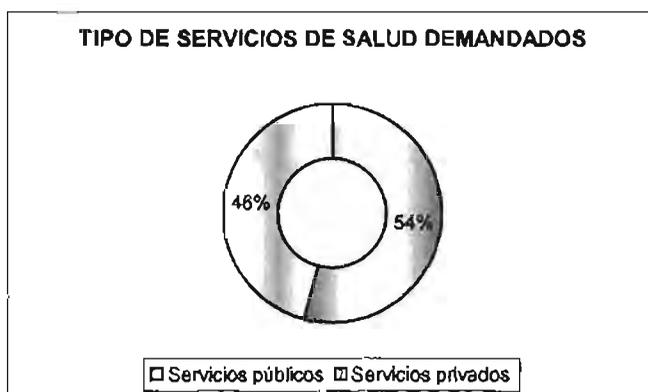
Una forma de medir la demanda se da desde la percepción de los usuarios de la calidad de los servicios, por lo cual se ha realizado el análisis de esta a partir de tres dimensiones (estructura, proceso y resultado), que permiten medir ordenadamente en las encuestas las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. La calidad abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

La encuesta a los usuarios se la estructuró para obtener información en relación a: i) la accesibilidad, ii) la estructura, ii) el proceso, y, iv) la dimensión de resultado.

Para medir la accesibilidad los parámetros utilizados fueron: los costos, tiempos y características organizacionales del servicio; en el caso de la estructura se plantearon los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y/o equipos. Para el proceso se ha tomado en cuenta las acciones de revisión y diagnóstico, trato personal y continuidad de la atención. Finalmente para el caso de la dimensión de resultado, esta es medida a partir de la mejoría en salud y de la aplicación de un tratamiento adecuado.

Demanda y acceso

Del conjunto encuestado se obtuvo que el 88.8 % de las familias, durante el último año, tuvieron algún tipo de problema de salud por el que demandaron atención médica en una unidad de salud. Considerando el total de familias que demandaron atención médica institucional, algo más de la mitad, el 54%, lo hicieron a unidades del sector público (MSP) y el grupo restante lo hizo a proveedores privados, 46% (Gráfico N° 01).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

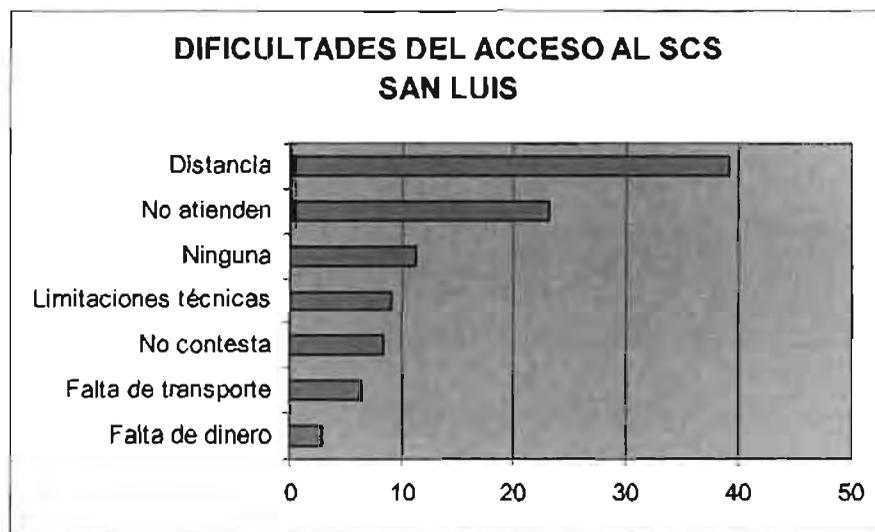
De los datos analizados se obtuvo que únicamente el 21.1 % de las familias demandaron atención en el Subcentro de Salud del MSP en San Luis Pambil. De los cual se puede inferir que su tasa de utilización es de 0.21 consultas/habitante/año, muy por debajo de la media nacional (0.33) y muy alejado del valor recomendado y esperado. Sólo el 43.3 % de las prestaciones se cumplieron en servicios de la parroquia, mientras que las restantes tuvieron el carácter de extralocales (Gráfico N° 02).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Destaca el hecho de que gran parte de la consulta ambulatoria se realizó fuera de la parroquia, tanto en los cantones y provincias vecinas y llama mucho la atención que cerca de la cuarta parte (23 %) de las familias demandaron atención en servicios de tercer nivel en Quito y Guayaquil (ámbito nacional).

Consultada la población sobre las dificultades que tiene para acceder a la atención en el SCS San Luis Pambil, se mencionan como fundamentales los factores relacionados con la distancia a la unidad y de manera concomitante las dificultades de conseguir transporte para acudir a esa unidad. Desde luego que esto es resaltado por la población asentada en las comunidades más alejadas de la cabecera parroquial, sobre todo aquellas de la franja montañosa alta, desde donde es virtualmente imposible bajar a la cabecera en el período invernal, por no contar con la infraestructura vial adecuada (Gráfico N° 03).



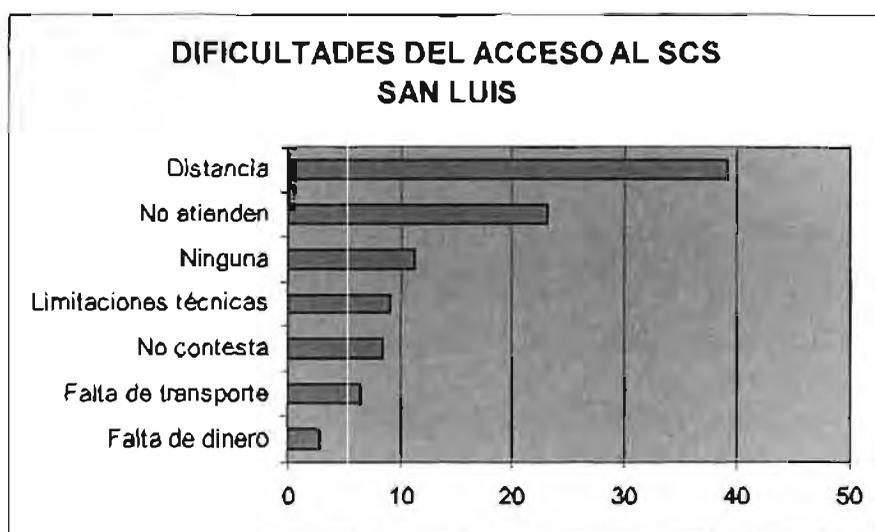
Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Otro tema al que se apela como razón para no acudir al SCS San Luis Pambil es el relacionado con las limitaciones técnicas de la unidad y que van desde la imposibilidad de realizar pruebas y exámenes básicos hasta la falta de capacidad para atender emergencias.

Otra razón fundamental por la que la población no accede a esta unidad tiene que ver con lo irregular de la atención, pues se señala que no atienden ciertos días y tampoco en las noches, hecho que queda a voluntad de los médicos del subcentro, que son solamente rurales a partir de este 2004 por la suspensión de personal de contrato desde MSP.

Destaca el hecho de que gran parte de la consulta ambulatoria se realizó fuera de la parroquia, tanto en los cantones y provincias vecinas y llama mucho la atención que cerca de la cuarta parte (23 %) de las familias demandaron atención en servicios de tercer nivel en Quito y Guayaquil (ámbito nacional).

Consultada la población sobre las dificultades que tiene para acceder a la atención en el SCS San Luis Pambil, se mencionan como fundamentales los factores relacionados con la distancia a la unidad y de manera concomitante las dificultades de conseguir transporte para acudir a esa unidad. Desde luego que esto es resaltado por la población asentada en las comunidades más alejadas de la cabecera parroquial, sobre todo aquellas de la franja montañosa alta, desde donde es virtualmente imposible bajar a la cabecera en el período invernal, por no contar con la infraestructura vial adecuada (Gráfico N° 03).

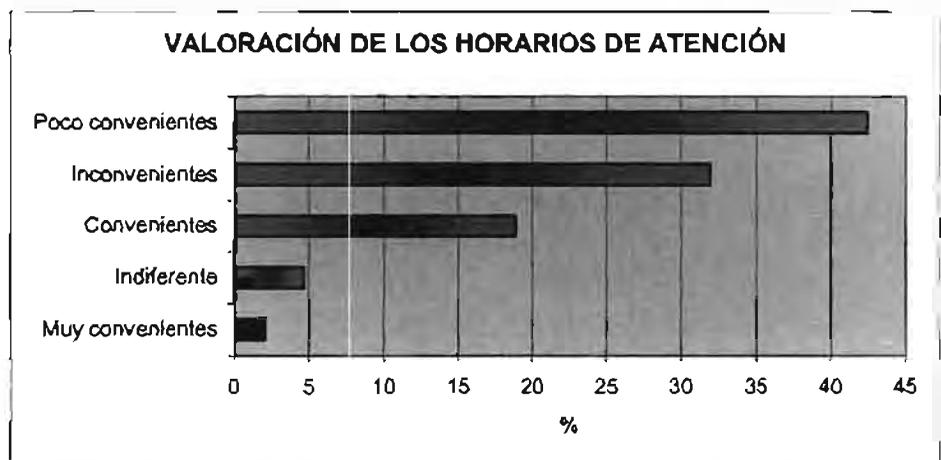


Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

Otro tema al que se apela como razón para no acudir al SCS San Luis Pambil es el relacionado con las limitaciones técnicas de la unidad y que van desde la imposibilidad de realizar pruebas y exámenes básicos hasta la falta de capacidad para atender emergencias.

Otra razón fundamental por la que la población no accede a esta unidad tiene que ver con lo irregular de la atención, pues se señala que no atienden ciertos días y tampoco en las noches, hecho que queda a voluntad de los médicos del subcentro, que son solamente rurales a partir de este 2004 por la suspensión de personal de contrato desde MSP.

A pesar de lo familiar que resulta para los habitantes este ámbito, sólo el 36% de los consultados señaló conocer los horarios de atención del SCS San Luis Pambil, de ellos un importante grupo apunta a que estos horarios no se acomodan a las necesidades y demandas de la población, sino más bien a las necesidades del personal que labora en esta unidad (Gráfico N° 04).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

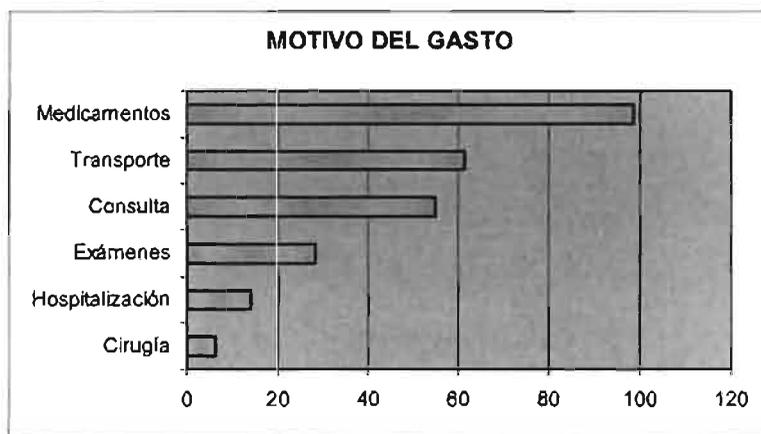
Los gastos en la atención médica

En la exploración del componente económico se encontró que la mayoría, 91 %, de quienes demandaron atención médica realizaron gastos de su bolsillo para solventar el problema de salud existente (Gráfico N° 05).



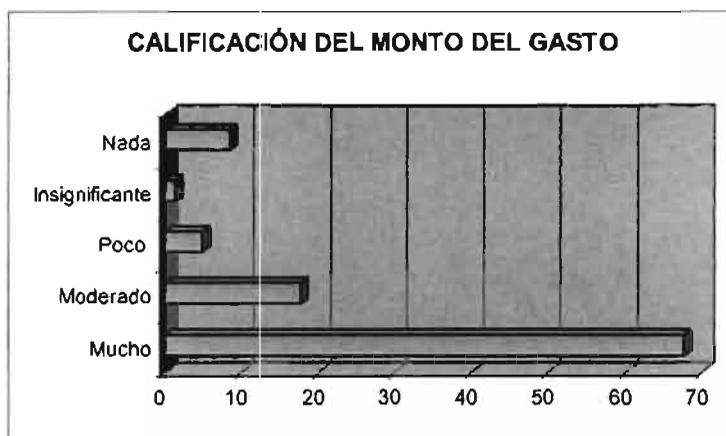
Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

El promedio de gasto suma \$87.73 USD, pero es un monto afectado por los valores extremos superiores y relacionados con los precios elevados de las intervenciones quirúrgicas mayores realizadas, con un techo de \$900; por esto se ha considerado el valor de la mediana que corresponde a \$ 20 USD. El 54.9 % de los que realizaron gastos sufragaron valores iguales o menores a \$ 20 USD. Los gastos se concentraron en medicamentos. Otro rubro importante del gasto tiene que ver con lo destinado a pago de transporte para llegar al sitio de la atención y viceversa. También son importantes los rubros destinados al pago de consulta y de exámenes de laboratorio. Pocas familias destinaron importantes recursos al pago de hospitalización y cirugía, que en último término son los valores que inflan el promedio de gasto (Gráfico N° 06).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

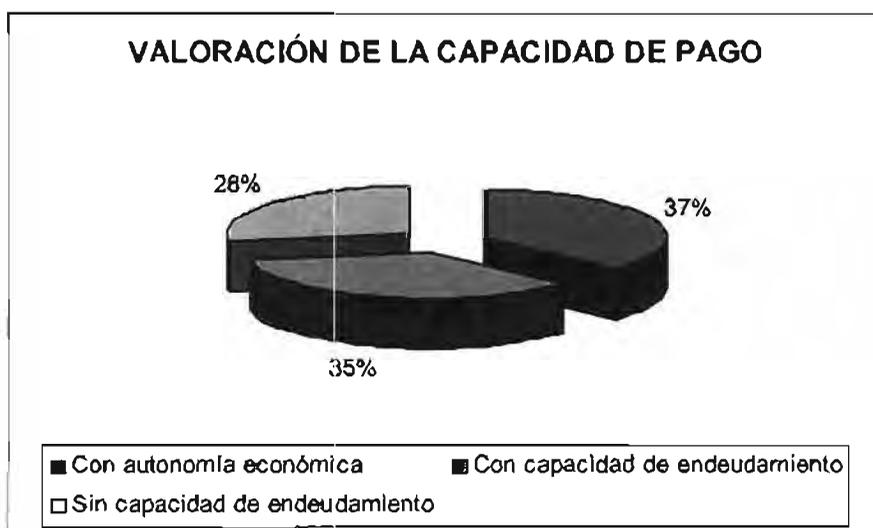
Indistinto del motivo del gasto, cerca de las tres cuartas partes de quienes realizaron gastos, señalan que el monto invertido es elevado, al compararlo con los ingresos disponibles (Gráfico N° 07).



Fuente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

A esta delimitación del problema económico es necesario señalar que existen algunos problemas de accesibilidad. Así, la incidencia de la pobreza en esta parroquia es del 97 % y el de la indigencia es de 54 %⁵³. Estos datos proponen un panorama de carencia económica signada por la inequidad en la redistribución de la renta, que se concentra en unos pocos empresarios agrícolas y comerciantes, marginando a un grupo poblacional importantes de campesinos, jornaleros e indígenas. Si bien en San Luis Pambil existe un grupo poblacional que accede a servicios médicos privados y extra-locales con una capacidad de pago superior a \$ 20 USD para solventar los gastos del episodio o problema de salud y que alcanza al 45.1 % de los encuestados, al resto de la población se le dificulta contar con recursos monetarios para cubrir sus requerimientos de atención de salud.

Desde esta perspectiva, que mira más la capacidad de gasto que la distribución de la renta, se mira también con claridad el problema de acceso económico a la atención médica. Como ya se señaló, el gasto en la atención médica comprende sobre todo adquisición de medicamentos, pago de transporte, de la consulta y de exámenes de laboratorio. Para solventar estos gastos de atención, es importante puntualizar que en el 63 % de los casos, las familias activaron mecanismos de financiamiento ajenos a su propia economía por carecer de autonomía económica para solventar estos gastos no previstos (Gráfico N° 08).



Puente: Encuesta de accesibilidad investigación. Elaboración: Investigación

⁵³ SIISE, 2002.

Según esta misma fuente, los beneficiarios del Bono Solidario (hoy llamado de Desarrollo Humano) suman 480 personas, es decir el 10.5 % de la población total.

Siguiendo con el análisis de este cuadro podemos señalar que el 37 % de las familias tuvieron algún grado de autonomía económica para cubrir el gasto realizado, mediante la venta de animales o productos, uso de ahorros o aporte familiar directo mediante los ingresos por trabajo.

Las familias sin autonomía económica, como se señaló, tuvieron que activar mecanismos de endeudamiento para cubrir el monto del gasto, lo que genera desequilibrio en su economía, pues para pagar esta deuda tienen que sacrificar la satisfacción de otras necesidades, como alimentación o vestido, o buscar otros ingresos por trabajo.

Por último, queda un importante segmento poblacional que dispone de ingresos que no son suficientes para saldar los gastos de atención, por lo que no se realizan los exámenes de laboratorio, pero sobre todo no compran o lo hacen de forma parcial los medicamentos que se les ha prescrito. Corresponde al grupo poblacional con una accesibilidad económica muy limitada a la atención médica.

Combinando algunos datos, se encuentra que los usuarios del SCS San Luis Pambil tienen 5.57 veces la posibilidad de gastar menos de \$ 20 USD para resolver su problema de salud producto de la consulta de atención en relación de aquellos que demandaron la atención en otros servicios, lo que permite decir que esta unidad del MSP de alguna manera, es un recurso social importante de la población de San Luis Pambil, a la que puede acceder sin alterar mayormente su economía.

Un factor que ha mejorado la accesibilidad a la atención médica que se oferta en este servicio del MSP es la puesta en marcha del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (PMGAT), que financia los costos de algunas prestaciones que reciben las madres y niños menores de cinco años.

Las características de la utilización de los Servicios de Salud en el SCS San Luis Pambil

Para establecer las características específicas de la atención que se brinda en el SCS San Luis Pambil, se realizó una encuesta⁵⁴ a los usuarios que demandaron atención en esta unidad.

⁵⁴ Se entrevistó a todas las personas que fueron atendidas por el personal de la unidad en el transcurso de una semana laborable completa.