



estado del país

informe cero

Ecuador
1950-2010



estado del país

Informe cero. Ecuador 1950-2010

Adrián Bonilla Soria, FLACSO, presidente

Milton Luna Tamayo, Contrato Social por la Educación, secretario ejecutivo

© 2011. Estado del país

Comité editorial

Alfredo Astorga, Contrato Social por la Educación

Betty Espinosa, FLACSO Sede Ecuador

Fernando Carvajal, Universidad de Cuenca

Gustavo Solórzano, ESPOL

Milton Luna Tamayo, Contrato Social por la Educación

Margarita Velasco, ODNA

Miriam Aguirre Montero, PUCE

Nelson Reascos, PUCE

Edición: Otto Zambrano Mendoza

Corrección: Eugenia Wazhima

Diseño

y diagramación: Santiago Calero

Fotografías: Portada: Santiago Calero

Pág. 20, 92, 200: Archivo Histórico del Ministerio de Cultura

Pág. 282: Unicef-ECU-1994-0024-CLAVIJO

Apoyo: Gabriela Barba

Impresión: Activa

Primera edición. Mayo de 2011

Impreso en Quito, Ecuador

ISBN: 978-9942-03-589-9

1.000 ejemplares

Esta publicación ha contado con el apoyo de Unicef Ecuador, durante la representación de Cristian Munduate

Los integrantes del Estado del país y Unicef no se hacen responsables de la veracidad o exactitud de las informaciones u opiniones vertidas en esta publicación, ni comparten necesariamente todos los contenidos aportados en la misma.

Se permite la reproducción parcial o total de cualquier parte de esta publicación, siempre y cuando pueda ser utilizado para propósitos educativos o sin fines de lucro, y se indique la fuente de dicha información.

Índice

Siglas	6
Presentación	9
Prefacio	10
Introducción general	13
Cultura	
• La cultura, las culturas y la identidad <i>Nelson Reascos Vallejo</i>	23
• Las políticas culturales del Estado (1944-2010) <i>Fernando Tinajero</i>	29
• Diversidad cultural <i>Luis Montaluisa Chasiquiza</i>	43
• La cultura en el sentido ilustrado <i>Rodrigo Villacís Molina</i>	63
• Las instituciones culturales <i>Carlos Landázuri Camacho y María Patricia Ordóñez</i>	77
Economía	
• Ecuador: la evolución de su economía 1950-2008 <i>Fernando Carvajal</i>	95
• Crisis actual de la economía mundo capitalista <i>Pedro Jarrín Ochoa</i>	105
• La economía ecuatoriana: 1950-2008 <i>Adrián Carrasco Vintimilla, Pablo Beltrán Romero y Jorge Luis Palacios Riquetti</i>	119
• Poder político, economía y derecho en los últimos 60 años <i>Ximena Endara Osejo</i>	153
• Marco jurídico, institucional y políticas ambientales públicas <i>Iván Narváez</i>	169
• Ciencia y tecnología en Ecuador: una mirada general <i>Máximo Ponce</i>	189
Política	
• Evolución política, participación y nuevo diseño institucional <i>Ramiro Viteri G.</i>	203
• Política y movimientos sociales en Ecuador de entre dos siglos <i>Jorge G. León Trujillo</i>	207
• Participación, desconfianza política y transformación estatal <i>Franklin Ramírez Gallegos</i>	231
• Transición hacia el centralismo burocrático <i>Guillaume Fontaine y José Luis Fuentes</i>	247
• Instituciones políticas y consolidación democrática en Ecuador <i>Marco Córdova Montúfar</i>	263
Social	
• Las políticas sociales en Ecuador del siglo XX <i>Betty Espinosa</i>	285
• Educación 1950-2010 <i>Milton Luna Tamayo y Alfredo Astorga</i>	291
• Tendencias en las oportunidades y acceso de los estudiantes a la educación superior <i>David Post</i>	307
• La salud de la población: medio siglo de cambios <i>Margarita Velasco A.</i>	323
• El tránsito a los derechos <i>Soledad Álvarez Velasco</i>	343

LA SALUD DE LA POBLACIÓN: MEDIO SIGLO DE CAMBIOS

Margarita Velasco A.

Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia

Introducción

En los años cincuenta los hogares ecuatorianos vivían con la aprehensión de que uno de sus niños o niñas podía contagiarse con “parálisis infantil”, nombre común con el que la gente se refería a la poliomielitis. No solo el riesgo era de muerte, sino de secuelas que complicarían el desarrollo e integración social de quienes la padecían. Para inicios de la década de los noventa, la poliomielitis había sido erradicada del panorama epidemiológico de la salud y del imaginario de la sociedad. Ecuador recibió de la Organización Mundial de la Salud el certificado de territorio libre de esta dolencia en 1992 (Echanique, Velasco, 1996).

Así como la polio, una serie de enfermedades transmisibles fueron controladas o erradicadas en estos 60 años; entre ellas, la tosferina, la difteria, el sarampión, la viruela. ¿Qué hizo posible esta transformación? ¿Qué parte de esta tarea fue del Estado y cuál de la sociedad?

Siendo la salud un resultante del desarrollo, el telón de fondo para explicar muchas de estas modificaciones son los avances en la educación de la población, sobre todo de las mujeres, el acceso al agua potable, la electricidad, el saneamiento ambiental, la profesionalización de los recursos humanos en salud, que, junto con los cambios en los comportamientos de las personas, articularon un panorama distinto que se integró a un planteamiento mundial sobre la salud pública.

Sin embargo, el mejoramiento de las condiciones de vida tiene que estar potencializado por la capacidad de un sistema de salud que —en su relación con la población— no solo tenga agilidad, oportunidad y eficiencia en la respuesta a sus requerimientos, sino que transforme las visiones de la salud/enfermedad de la población, promoviendo su capacidad para aprovechar los avances del desarrollo, en vez de que estos enfermen a la gente con nuevas dolencias. La promoción de la salud, su cuidado y curación deben generarse en los lugares más próximos a los sitios donde la población desarrolla su vida cotidiana. El derecho a la salud abarca toda esta dimensión, y el Estado, al ser su garante, está comprometido en esta complejidad.

El presente trabajo es un recorrido específico sobre este aspecto del desarrollo que es la salud, desde tres dimensiones: la construcción del sistema de salud, las causas de enfermedad y muerte modificadas por el desarrollo, y las percepciones de la población sobre su derecho a la salud.

El Estado y la salud: el punto de partida

La salud requiere cuatro condiciones fundamentales. La primera, que el Estado ejerza funciones efectivas de rectoría del sector público y privado para garantizar a toda la población su derecho a la salud. Este derecho no es otra cosa que el acceso universal, equitativo y de alta calidad a un sistema de salud por

niveles crecientes de complejidad, donde se asegure la participación social y la atención integral, diversa, humana. Ligada a esta condición está la segunda, que tiene que ver con la existencia de políticas públicas sociales intersectoriales que coadyuven al buen vivir. El concepto de la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1942, citado en OPS/OMS, 2007), implica la movilización del sector económico, social, ambiental y político para conseguirlo. Un tercer elemento es que la población tenga conciencia de su derecho a la salud y *demande el cumplimiento* de las condiciones para ejercerlo.

Finalmente, un cuarto elemento a considerar es el carácter global de la salud, que se ha vuelto a evidenciar con el desate de las últimas pandemias —gripe aviar y gripe H1-N1—, que implica atender también, en la agenda de la política local de salud, acciones internacionales.

La salud, como preocupación estatal, nació luego de la Revolución Liberal como parte del proyecto de atención a los más pobres y “menesterosos”. Sin embargo, y a la par, la salud también se originó para actividades de prevención en los puertos. Por tanto, su origen, como parte de la institucionalidad estatal, es dicotómica: unas instituciones para la prevención y otras para la atención de la enfermedad de los más pobres.

Como los puertos debían ser saneados para evitar la propagación de pestes, tanto humanas como vegetales, llama la atención que la sanidad marítima, creada por Eloy Alfaro en 1906, tenga como único fin sanear los productos de agroexportación —el cacao primero y luego el banano—, para no poner en riesgo los ejes de la acumulación capitalista de comienzos del siglo XX. Siendo así, el elemento preventivo de la salud nació para atender los requerimientos del modelo agroexportador y no los de la población. Solo a partir de 1947, el Estado ampliará su visión preventiva hacia las personas y desarrollará la noción de protección de la higiene de las ciudades, fundando la Sanidad Nacional, que asume esta función antes otorgada solo a los municipios.

Por otra parte, para la atención de la enfermedad de los pobres y menesterosos, se construyó, desde 1927, una red provincial con hospitales públicos

localizados en las principales ciudades del país, articulada bajo una institución denominada Asistencia Pública. La atención a la salud de la población del campo fue la gran ausente, a pesar de que el 75% de la población vivía en el agro.

La salud, como parte del Ministerio de Previsión Social, operó desde una subsecretaría entre 1945 y 1967. Esto define la poca importancia que el sector tuvo en la conformación del Estado de estos años. Ecuador fue el último país de América en fundar un Ministerio de Salud Pública, en 1967.

Siendo así, la salud como política estatal no nació siendo parte del derecho ciudadano, sino como caridad estatal¹ y como complemento a las necesidades del capital.

1. El desafío: construir el sistema de salud

1.1. 1972/1982: implementación del Estado de protección

En los pasados 50 años se pueden identificar tres momentos del desarrollo estatal ecuatoriano: la implementación del Estado de protección, que se extiende hasta mediados de los ochenta; el de las reformas neoliberales que considera reducir el rol social del Estado y priorizar las leyes del mercado, y un tercer momento, a partir de la Constituyente de Montecristi en 2008, cuando el Estado vuelve al primer plano con un rol cada vez más activo y centralizador en lo social: la salud tiene, junto con la educación, alta prioridad. Uno de los ejes de la revolución ciudadana del Gobierno del presidente Correa es la revolución en salud y educación. En cada uno de estos momentos, la construcción del sistema de salud continuó como un referente de política estatal, siendo modulado por las diversas prioridades que estos modelos impusieron en el financiamiento, organización y rol de la salud.

El Estado de bienestar debía basarse en una progresiva extensión de la cobertura estatal, respondiendo a las necesidades básicas de la población (Bustamante, 2007). A lo largo de estos 50 años, en Ecuador no se puede encontrar un modelo de Estado de bienestar como el que logran los países europeos. Estos

¹ La atención de caridad a los pobres y menesterosos es fundada en la Colonia por las órdenes religiosas que abren y atienden a estos sectores de la población en los hospitales y asilos.

países tienen sistemas sanitarios públicos gratuitos —como el inglés, el austríaco y el francés—, que ofrecen universalidad y calidad a toda la población.

El primer gran esfuerzo de la consolidación de la propuesta sanitaria estatal en Ecuador se dio en 1972 con el Gobierno nacionalista y revolucionario de Guillermo Rodríguez Lara. Allí se terminó la dicotomía institucional preventiva-curativa de los primeros años del siglo XX. En el recién creado Ministerio de Salud Pública (MSP) se integró la Sanidad, la Asistencia Pública, la Misión Andina y la atención municipal. La política de extensión de cobertura —eje central de la propuesta de Rodríguez Lara— fue planteada en la perspectiva de crear un sistema de salud al que debería acceder toda la población del país, sin ninguna distinción de edad, etnia, sexo o condición socioeconómica.

Para lograr la extensión de cobertura, el Gobierno emprendió la construcción de una importante infraestructura de servicios de salud. El incremento de ingresos estatales por el *boom* petrolero de los primeros años de la década del setenta fue utilizado para financiar este emprendimiento.

Efectivamente, de 72 centros comunitarios que inventarió el recién creado MSP en 1967, se edificaron 1.760 más hasta la década del ochenta. Esta tendencia continuó con los otros Gobiernos, y solo se detuvo en la década del noventa con el nuevo modelo neoliberal que restringió el gasto en salud. Para 1994, la cifra de establecimientos llegó a 2.693 (Velasco, 1997: 44-46), y en los siguientes 12 años solo se incrementarán 305 unidades, elevándose en 2006 a 2.998 unidades ambulatorias de salud.²

La salud es un servicio a personas por personas; por tanto, el rol de los recursos humanos es trascendental. ¿Cómo se operó esta amplia oferta de infraestructura física si no había profesionales para atender a la población? La estrategia más efectiva para extender la cobertura de salud ideada en el Gobierno de Rodríguez Lara, y vigente hasta la actualidad, fue la creación del año de Salud Rural Obligatorio para los profesionales médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos que egresaban de las universidades, como requisito para legalizar posteriormente su derecho al ejercicio profesional. Con esta medida se obtuvo un ingreso periódico anual de recursos humanos para atender en la red de servicios estatales.

² Siise, versión 4.5, 2006.

Entre 1960 y 1990, el número de médicos por 10.000 habitantes llegó a 11, y el de enfermeras a 3. Para 2006 el número de médicos por 10.000 habitantes se elevaría a 13 y el de enfermeras a 4.³

Siendo así, el desafío de la construcción del sistema de salud comenzó con tres decisiones fundamentales: financiamiento, construcción física de la red de servicios y dotación de recursos humanos para que esta pueda operar. En este período se sentaron las bases para una política estatal en salud que debería seguir en los siguientes años.

Hay que señalar que la agenda internacional de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, para integrar universalmente a la población a los progresos que la medicina alcanza, planteó la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) hasta el año 2000. La APS y sus conceptos eran coherentes con la construcción de un sistema de salud, porque constituía el primer nivel de atención del mismo y era el espacio donde la comunidad, las familias y los servicios se complementaban. En Ecuador, la APS —entre 1978-1988— se limitó a la integración de promotores de salud comunitarios en la atención formal de la salud. No será sino a fines de los ochenta e inicios de los noventa, cuando se efectúa una nueva lectura de la APS en el país, que permitió integrar a esta estrategia como parte de la construcción del sistema de salud, tomándola como eje de los sistemas locales de salud (Silos) en el programa de atención familiar y comunitaria denominado Safic-Silos, implementado por el Ministerio de Salud Pública.

1.2. El modelo neoliberal: 1990-2005

La construcción del sistema de salud requería una organización en red, con niveles decisorios que se complementaran en líneas horizontales y verticales para operar de manera sistémica. Solo así era posible ofertar a la población accesibilidad geográfica, cultural y económica, y brindar atención eficiente y de calidad. Esta era la forma para, aplicando los principios epidemiológicos, cuidar de la población de acuerdo a sus características específicas.

En estos 15 años, otras instituciones de salud se consolidaron. Por ejemplo, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) apareció como la segunda organización de salud con una oferta nacional de

³ Siise, Op. Cit.

servicios para cubrir los requerimientos del 18% de sus afiliados (incluido el seguro social campesino). La sanidad militar y sus diversas instancias: Marina y Policía, crearon sus propias unidades de salud, así como el Municipio de Quito. Creció el sector privado sin fines de lucro, con la Junta de Beneficencia de Guayaquil a la cabeza, los dispensarios y hospitales fiscomisionales y de fundaciones. El sector privado con fines de lucro se incrementó, centrando su oferta en la atención curativa ligada a la proliferación de seguros médicos privados.

Esta variedad de instituciones no lograron ser integradas en un sistema con una autoridad sanitaria que marque la política de salud de Estado, donde el rector sea el MSP. El Ministerio de Salud requería desarrollar su liderazgo político-técnico y, a la par, demostrar alta calidad y eficiencia en sus servicios. Solo así podría poner en marcha la acreditación de la atención, la evaluación y control de la prestación pública y privada, el papel de garante de la calidad de la atención y el cumplimiento del derecho a la salud. Este rol no fue cumplido. El Ministerio se cerró sobre sí mismo, centrando su acción en su función de proveedor de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, sin ningún sistema de control de calidad que probara su eficiencia y eficacia, dejando de lado su papel conductor de la política de salud.

A partir de 1992, la influencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS pasó a segundo plano debido a que fueron los bancos, entre ellos el Banco Mundial, los que definieron los paquetes de atención que los Estados podían ofertar a su población, para reducir los costos y *cofinanciar la salud*, en su camino hacia la minimización del Estado como responsable de la salud de la población (Banco Mundial, 1992).

La propuesta neoliberal consolidó un modelo de Estado que restringió su intervención en el área social, y que, en el caso del país y en el ámbito de la salud, se dio en varios aspectos. Uno fue la ausencia de inversión en infraestructura —tanto para mantenimiento como para nueva obra física— por parte del Ministerio de Salud. El gasto en infraestructura, correspondiente a los gastos en inversión del MSP, entre 1990 y 2006, no sobrepasó el 0,3%.⁴ Otro aspecto del cambio operado fue el cobro directo en los servicios: los hospitales debieron recuperar de la población el 15% de sus presupuestos. Se exoneró del pago a los

más pobres y se propusieron paquetes restrictivos de atención, en los que no se consideraban enfermedades catastróficas y/o crónicas.

Desde 1995 se buscaron nuevos lineamientos de política en las diversas propuestas de reforma sanitaria, para adaptarse a los planteamientos del mercado y a la nueva relación entre el Estado y la sociedad. Se elaboraron 17 propuestas de reforma (Echeverría, 2007) que tenían como fin buscar el financiamiento del sector. Gran parte de estos documentos de reforma argumentaron como eje nodal la inminente separación, e incluso la eliminación de la función de proveedor de servicios del Ministerio de Salud, y la circunscripción a su papel de rector del sector salud. En la lógica del mercado, el Estado era una barrera para el desarrollo de los sistemas de salud —barrera para privatizar la atención— y no un *factor* del desarrollo, sino un *problema* para el desarrollo humano (Brito, 2010).

Las propuestas de la reforma sectorial implicaron que el Estado —en cumplimiento del mandato constitucional de 1998— hiciera una lectura especial de sí mismo como garante del derecho a la salud. El derecho a la salud —que se supone es universal— fue restringido. Un ejemplo de ello es la definición del financiamiento. En el artículo 46 se dice que:

... el financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, **de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica** y de otras fuentes que señale la ley (resaltado nuestro).

Consecuentemente, solo la salud pública era gratuita (las vacunas y el control de epidemias); la atención curativa, no. El impacto más grave fue que la población dejó de acceder a la atención de salud. De acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida, Ecuador 1995, el 35% de personas que estuvieron enfermas, al punto de no asistir a su trabajo, no acudieron a un servicio de salud por razones económicas. En 1999, la cifra subió al 72%, y en 2006, al 64%. Esta información demuestra los impactos de las políticas neoliberales sobre la resolución de los problemas de salud de la población.⁵

⁴ Ministerio Coordinador de la Política Social, *Serie de tiempo del gasto en inversión como porcentaje del PI*. Ecuador 1995-2009.

⁵ Siise, versión 4.5, 2008.

1.3. La salud ligada a una agenda internacional sanitaria: 1950/2006

Una reflexión aparte merece la influencia internacional sanitaria en este medio siglo. De asegurar el saneamiento de puertos, pasa a definir mundialmente medidas de control sobre la propagación de epidemias y el cuidado de la población global.

En 1951 la OMS publicó su primer conjunto de reglamentos jurídicamente vinculantes, con la finalidad de prevenir la propagación internacional de enfermedades. En estas cinco décadas, esto se ha modificado, ya que en los años cincuenta los viajes internacionales se hacían en barco y las noticias se transmitían mediante telegramas. El mundo ha cambiado de forma extraordinaria desde entonces. Actualmente, cada día, hasta tres millones de personas viajan en avión a otras ciudades, países o continentes. Cada día, millones de toneladas de mercancías circulan por tierra alrededor de todo el mundo, por mar y aire. Cada día, el constante movimiento de personas y productos trae consigo el riesgo de que enfermedades muy infecciosas y otros peligros se propaguen con más rapidez que en cualquier otro momento de la historia (OPS-OMS, Informe Mundial, 2007).

Este carácter de la salud hace que en este medio siglo las entidades como la OMS y la OPS hayan tenido un papel protagónico, no solo en el control de las enfermedades, sino en el desarrollo de la salud pública y en el fortalecimiento de los ministerios de salud de todos los países de América Latina.

En el caso del Ecuador, la OPS y sus asesores cubren el vacío técnico inicial por ausencia de salubristas capacitados —por lo menos hasta finales de los setenta—. Solo será en los ochenta cuando el incremento de la formación de cuarto nivel para los cuadros médicos y de enfermeras logre crear una tecnocracia que relativice el papel de estas organizaciones internacionales.

Sin embargo, no es posible dejar de lado el papel fundamental de la OMS y la OPS, no solo en la seguridad sanitaria internacional, sino en el posicionamiento de los principales temas de la política de salud.

La tabla N° 1 señala sintéticamente los paradigmas sucesivos que aparecen en el campo internacional en las últimas décadas, y cómo estos se fueron

reflejando en los planteamientos de las políticas de salud del Ecuador, a los que ya se ha hecho referencia.

A partir de 2006, la OPS/OMS comenzó a evaluar las casi dos décadas de neoliberalismo y cómo los intentos por reducir la protección social, enfatizando el aspecto comercial e industrial de la salud, condujeron a incrementar la inequidad. El costo de este pensamiento centrado en el mercado y no en lo social, lo humano y lo político fue muy grande. Hoy se vive la reconstrucción de lo que se destruyó en esa época, existe un amplio consenso por volver al Estado protector, más aún cuando la crisis financiera reconoce la acción reguladora del Estado ante los problemas del mercado (Brito, 2010).

Ese consenso, luego de la crisis económica mundial y las pandemias de los últimos dos años, llevan a la OPS a plantear nuevamente que los sistemas de salud basados en la atención primaria son el pilar fundamental para llegar a la cobertura universal y la garantía de los derechos. Todo ello en un contexto de acción de políticas intersectoriales dirigidas a atacar los problemas de inequidad, desigualdad; las condiciones de la mala salud y, por tanto, de ofensiva a los determinantes sociales de la salud.

2010: El sistema de salud sigue pendiente

El proceso de desarrollo del Ministerio de Salud, resultante de estos 60 años, no logró crear una institucionalidad sólida en salud. Si bien hoy existe un importante grupo de tecnócratas salubristas, y se han desarrollado tres congresos por la salud y la vida en los que se han planteado propuestas importantes en la perspectiva de la construcción del sistema de salud y la inclusión del derecho a la salud, estas aún se circunscriben a grupos de intelectuales que no permean el imaginario colectivo y no llegan a ser parte de las reivindicaciones políticas de los movimientos sociales. La propia Constitución de Montecristi conserva una doble visión de la institucionalidad sanitaria: por un lado, coloca el rol del ministerio y de la red pública; por otro, el papel de la seguridad social en la salud; y, en otro tenor, aparece el de la atención privada. Reflejos ellos de intereses grupales y de la ausencia de consensos respecto a qué tipo y para qué debe ser articulado un sistema de salud y cómo se construye un movimiento social que integre el derecho a la salud como conquista de los ciudadanos.

Tabla Nº 1: Estado e institucionalidad de la salud. Ecuador 1950-2010

1950	1960	1970	1980	1990	2000-2010
Cambios en el rol del Estado ecuatoriano					
Construcción del Estado protector		Estado desarrollista	Crisis de la deuda y del modelo desarrollista	Estado debilitado y reformas neoliberales	Reconformación y fortalecimiento estatal: el Estado "neodesarrollista"
Políticas internacionales en salud					
Control de puertos para frenar las epidemias.	Planes regionales de salud: Carta de Punta del Este: se formula por primera vez el Programa Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso.	Segundo Plan Decenal: Prioridad de la extensión de cobertura. 1978: Conferencia de Alma Ata y Atención Primaria Agenda Mundial: "Salud para todos en el año 2000" Salud solo es posible con una política social integral.	Estrategia de Atención Primaria (APS) para lograr salud para todos en el año 2000. Desarrollo de los sistemas locales de salud Silos. La Carta de Ottawa a favor de la promoción de la salud.	La salud parte del gobierno global: los bancos definen la política mundial de salud: invertir en salud. Estado se retira del área social. Atención de salud focalizada, con paquetes básicos. Sistemas nacionales de salud debilitados.	Inequidad y salud: Impulso a la construcción del sistema nacional de salud. Atención primaria de salud renovada. La salud es un derecho de la población. La violencia y las pandemias por nuevos virus son problemas de la salud global.
Líneas de la política estatal de salud					
Sin Ministerio de Salud solo Subsecretaría de Salud integrada al Ministerio de Previsión Social. Sanidad pública para el control de la higiene de ciudades y los puertos. Asistencia pública: hospitales para los pobres.	1967: Ecuador, último país de América Latina en crear un Ministerio de Salud.	1972: Extensión de cobertura Primera reforma del MSP: Integración Asistencia Social, Sanidad, Misión Andina, servicios municipales. Construcción de la red de servicios del MSP/atención al sector rural. Programa de Salud Rural obligatorio: incremento auxiliares de enfermería.	Simplificación de APS: promotores de salud. Termina conformación de la red de servicios del MSP. Iniciada conformación de la red de servicios de la seguridad social Salud gratuita (1981). Crecimiento burocrático del MSP.	1966: Política de recuperación de costos: 15% del presupuesto de las unidades de salud se financian con cobro directo a la población. Aseguramiento a paquetes de atención. 17 Reformas de salud Proyectos del Banco Mundial: el Ministerio paralelo. Crecimiento sector privado/reducción Estado.	2000: Proyectos internacionales de aseguramiento/ Focalización de la atención en los más pobres. 2006-2010: Salud derecho de la población: gratuidad de los servicios. Duplicación del presupuesto en salud/Incremento del tiempo de trabajo de los servicios y de los RHUS. Fortalecimiento del sector estatal en salud. Nuevo programa: Equipos de Salud (EBAS).
Proveedores		Cambio de proveedores			
Sanidad Pública, Militar y Marítima, Asistencia Social, Misión Andina, Municipios, Junta de Beneficencia de Guayaquil y sector privado	Sanidad Pública, Militar y Marítima, Asistencia Social, Misión Andina, Municipios, Junta de Beneficencia de Guayaquil y sector privado. Seguridad Social.	MSP, Seguridad Social, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia de Guayaquil y sector privado.	MSP, Seguridad Social, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia de Guayaquil y sector privado.	MSP, Seguridad Social, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipios de Quito y Guayaquil y sector privado.	MSP, Seguridad Social, Sanidad Militar, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipios de Quito y Guayaquil y sector privado con y sin fines de lucro.

Fuentes: Velasco, *et al.*, 1993, y Velasco, 1991. Echeverría, Ramiro (2007).

"Las políticas de salud y el sueño de la reforma". En *La equidad en la mira*. OPS, Quito: Señal. **Elaboración:** ODNA, 2010.

Tabla N° 2: Progreso y desaceleración (Ecuador 1960-2007)

	1956	1964	1974	1984	1997	2007
Mortalidad de población x 1.000	14	12	10	6	4.4	4,3
Esperanza de vida al nacer/años de vida	48	54,7	59	65	70	75

Fuente: INEC, Estadísticas vitales, citado por Siise, versión 4.5, 2008. Elaboración: ODNA, 2010.

2. Los impactos sobre la población 1954/2006

En el apartado anterior se reseña el proceso histórico que construye la institucionalidad estatal, con una referencia a los cambios en los procesos sociales, económicos y políticos. Mientras esto ocurría, ¿qué sucedió con la salud de los y las ecuatorianas en estos 50 años? Este es el propósito de esta segunda parte.

Las relaciones mutuas entre la salud y el desarrollo son tan estrechas que es imposible abordar un elemento sin el otro. Las mejoras de la salud son el más claro reflejo del desarrollo sostenible. Al mismo tiempo, la salud es un requisito mínimo para el desarrollo.

La medicina social ha comprobado la relación entre ingresos, posición social y salud. Las niñas y niños de los quintiles de mayor pobreza son los que más mueren porque en su fallecimiento prematuro se reflejan las consecuencias de una mala alimentación, falta de educación de las familias para atender a tiempo los signos de peligro, precarias condiciones sanitarias y poco acceso a los servicios de salud. En la provincia de Chimborazo, con 67% de pobreza, el 44% de sus niños y niñas son desnutridos crónicos, el 36% de sus madres son analfabetas y la tasa de mortalidad de la niñez llega a 53,5 por 1.000 nacidos vivos (ODNA, 2006).

El entorno físico, entendido como el acceso a agua, suelo y aire de calidad, es influencia clave en la salud. El empleo y las condiciones de trabajo determinan no solo las posibilidades de un mejor nivel de vida, sino la posibilidad de que las personas tengan mayor control de las circunstancias de su trabajo y puedan desarrollar exigencias laborales relacionadas con el estrés para precautelar su salud mental y física.

Las características biológicas y la dotación genética aparecen como uno más de los factores fundamentales que determinan la salud, y no son la única explicación para los niveles de salud de los grupos humanos.

En 1974 el Informe Lalonde⁶ estableció un marco conceptual que identificó a los determinantes sociales de la situación de salud, señalando que hay evidencias crecientes de que el aporte de la medicina y la atención médica curativa es muy limitado y que invertir más recursos en ellos no producirá grandes mejoras en la salud de la población (Restrepo, 2005).

Los efectos del desarrollo del país sobre la salud en los últimos 50 años se demuestran en la tabla N° 2. Si bien el balance de estos 50 años es positivo, puesto que la población ecuatoriana vive hoy 27 años más que en la década del cincuenta, es posible reflexionar sobre la forma en que las decisiones sobre la salud impactaron en los indicadores de mortalidad y esperanza de vida al nacer.

Al comparar lo sucedido entre 1974 y 1997, las más grandes mejorías aparecen entre 1974 y 1984, década en la que se sientan las bases para el sistema de salud estatal; la tasa de mortalidad general de la población ecuatoriana desciende, con respecto al período anterior, en 3,6 puntos, lo que permite ganar seis años de vida a la población. Por el contrario, en el período neoliberal comprendido entre 1997 y 2007, la mortalidad general solo baja en 0,1%.

La transición epidemiológica

Las consecuencias más notorias del desarrollo alcanzado por un país del tercer mundo sobre las circunstancias que impactan en la salud de la

⁶ OPS/OMS, 1974.

población se registran en los cambios en las causas de enfermar y morir de la población. Se habla de que Ecuador está en un proceso de transición epidemiológica porque las enfermedades ligadas a la pobreza y a la falta de servicios sanitarios, tales como agua, saneamiento, condiciones precarias de la vivienda y acceso a servicios de salud han disminuido, y en su lugar aparecieron enfermedades propias de países del primer mundo más relacionadas con dolencias crónico-degenerativas.

La irrupción de estas dolencias tiene que ver, a su vez, con la transición demográfica, caracterizada por el acortamiento de la base de la pirámide poblacional debido a la disminución de las tasas de fecundidad y natalidad, y el incremento de la esperanza de vida al nacer. Estas dos transiciones traen como resultado el aumento del número de adultos mayores y, por tanto, de las ya referidas enfermedades crónico-degenerativas.

En Ecuador las enfermedades relacionadas con las condiciones precarias de vida tales como disentería, infectocontagiosas, y otras propias de países con menor desarrollo, han ido desapareciendo del grupo de las primeras causas de muerte y enfermedad, y emergen otras como la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares; es decir, las dos coexisten. Este panorama trae consecuencias sobre la planificación de recursos humanos, infraestructura y financiamiento de la salud, en la perspectiva del sistema y del cumplimiento del derecho a la salud.

2.1. El descenso de las enfermedades digestivas e infectocontagiosas: 1974/1990

La esperanza de vida al nacer se eleva con la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, tales como viruela, varicela, sarampión, tuberculosis, junto con las digestivas. Todas ellas se relacionan con la vacunación por parte de los servicios de salud, la disminución de la pobreza y la extensión de cobertura del saneamiento ambiental.

Las enfermedades digestivas son las que más rápidamente desaparecen del cuadro de las seis enfermedades más frecuentes de ingreso hospitalario y causa de muerte. Esto ocurre en 1997. En el período comprendido entre 1964 y 2006, descienden del 14 al 3% en el cuadro de causas del ingreso hospitalario. Y en el caso de la mortalidad, bajan de 6.600

causas de muertes en 1964 a ser la causante de alrededor de 500 fallecimientos, 40 años más tarde. Con este grupo de enfermedades se comprueba la relación desarrollo y acceso a servicios básicos con la salud. En efecto, el incremento de la cobertura de agua potable y saneamiento ambiental explica este descenso. Para 1962 el 38% de la población tenía acceso al agua potable y el 31% disponía de servicios higiénicos. En 1990 el 58% de la población tenía agua potable y el 70% disponía de servicios higiénicos (Velasco, 1997: 37).

Por su parte, las enfermedades infectocontagiosas como causa de egreso hospitalario así como de muerte en la población sufren el mayor descenso en estos 50 años (ver gráficos 1 y 2). Las más notorias caídas se observan sobre todo entre los años ochenta y noventa.

Estas enfermedades, que aparecen como causas de muerte con el pico más alto en 1974, sufren una caída significativa a partir de entonces y desaparecen de la lista de las primeras causas de fallecimiento de la población a partir de 1990. El incremento observado entre 1994 y 1974 se debe, no a la realidad de los datos, sino al mejoramiento del registro estadístico a partir de la creación del MSP.

Una de las razones más poderosas para su desaparición es la contribución positiva de los programas de vacunación, que para 1996 tienen una cobertura del 83% de la población infantil.

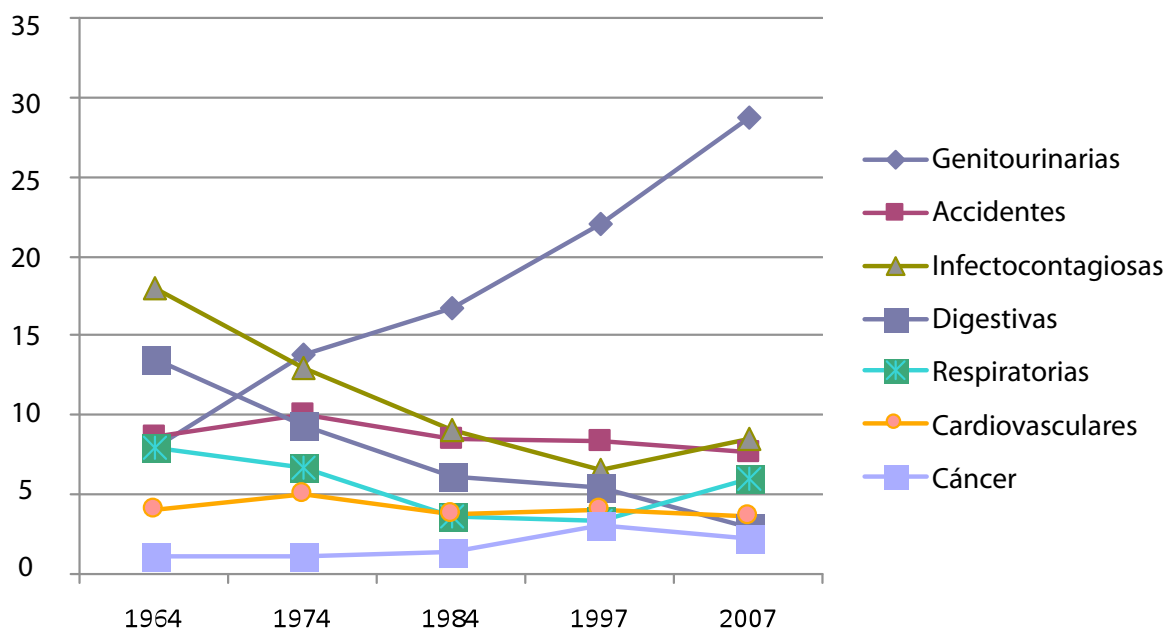
La OPS, en su informe de 2002 (OPS/OMS, 2002), destaca cómo en Ecuador el descenso de la mortalidad por causas infecciosas fue el más alto de toda América Latina. En el país, antes de estas décadas, la muerte de la población en sus primeros cinco años por esta causa era el más alto de la región (medido en años de esperanza de vida perdidos o A EVP).⁷

Respecto a las enfermedades gastrointestinales, entre las que se integran las úlceras, la gastroenteritis, la gastritis, la colecistitis y colelitiásis (cálculos

⁷ En la estimación de la mortalidad atribuida se ha empleado un método dependiente de prevalencia, basado en el cálculo de la fracción atribuida poblacional (FAP). Este método estima la mortalidad atribuida (MA) como el producto de la mortalidad observada (MO) y la FAP: <http://www.ops.org>, 19 de marzo de 2010.

$$MA=MO \times FAP \text{ y } FAP = \frac{(P_0 + P_1 RR_1 + P_2 RR_2) - 1}{P_0 + P_1 RR_1 + P_2 RR_2}$$

Gráfico Nº 1: Evolución de las primeras causas de egreso hospitalario 1964-2007



Fuente: INEC, Estadísticas vitales, 1964-2006. Elaboración: ODNA, 2010.

en la vesícula y su infección) y la cirrosis, todas ellas ligadas a hábitos de alimentación, estrés y al saneamiento ambiental, se observa un marcado descenso como causa de egreso hospitalario. En 1964 provocaron el 14% de ingresos de la población a los hospitales y en 2006 registraron cuatro veces menos.

2.2. El riesgo de ser mujer: 1984-2006

En estos 50 años, las enfermedades genitourinarias aumentan notablemente. En el gráfico Nº 1 se observa que, para 1964, estas corresponden al 8% de las causas de egreso en los hospitales y en 2006 se han triplicado, llegando al 28%. Al hacer un análisis más profundo encontramos que el 99% de las personas afectadas son mujeres, de las cuales el 10% corresponden a niñas menores de 18 años.

En este caso se habla de complicaciones del embarazo y el parto, aborto, enfermedades urinarias, dolencias inflamatorias del aparato reproductor femenino, hemorragia posparto y enfermedades de transmisión sexual. La pregunta es ¿por qué en los últimos 50 años se da este incremento en el ingreso por estas causas?

Es muy probable que los mayores niveles educativos de las mujeres en los últimos 50 años —la escolaridad de la mujer sube de 4,7 grados en 1982 a séptimo grado en 2001, mientras se reduce el analfabetismo femenino de 20 al 10%⁸— provoque un creciente control de ellas sobre su reproducción y su cuerpo, desarrollando mayor seguridad para consultar con un ginecólogo y demandar atención de salud en los hospitales.

Sin embargo, también los datos alertan sobre el hecho de que la mujer es más vulnerable a infecciones del aparato reproductivo y a enfermedades de transmisión sexual, y soporta la mayor parte de la anticoncepción; las complicaciones causadas por estas infecciones la afectan gravemente, al punto de requerir hospitalización.

El riesgo de morir por ser mujer se evidencia con estas estadísticas. La OPS cita que, en 1995, el riesgo de una mujer de morir por causas maternas era de 1 en 60 en América Latina y el Caribe, mientras que en América del Norte la relación era de 1 en 3.500. En Ecuador, para 1970, las muertes maternas ascendían a 203 por cada 100.000 nacidos vivos, y en 2006

⁸ Siise, versión 4.5, 2008.

la cifra baja a 47,7 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, todos los estudiosos del tema alertan sobre el subregistro del indicador mortalidad materna. Esto se debe a que en el momento de anotar la causa del fallecimiento de la madre registran que este se ha producido por efecto del parto o embarazo complicados y no por las razones que realmente originaron su muerte.

Este hecho expresa la baja prioridad que se otorga a un problema que afecta solo a las mujeres, y en particular a las pobres, si se considera que dichas muertes son prevenibles. La tasa de mortalidad materna es un indicador del desarrollo social más sensible para distinguir desigualdades entre países ricos y pobres que las propias tasas de mortalidad infantil. El alto subregistro sobre las causas de muerte materna en un país refleja la poca prioridad que los Estados dan a la asignación de recursos para poder evidenciar el problema y tomar medidas que lo resuelvan.

Por otra parte, en América Latina, el aborto inseguro es la primera causa de mortalidad materna. Para la construcción del gráfico N° 1, se detectó que para el año 2007 el aborto en general correspondía al 17% del total de causas de egreso hospitalario debido a dolencias genitourinarias. De este subtotal, 90% se debía a abortos en curso que alcanzaron a llegar al hospital y que habían sido previamente provocados.

2.3. Hábitos saludables de vida

Comer saludable, sin grasas animales ni excesos de hidrocarburos, con una gran proporción de frutas, legumbres y proteínas sanas; a ello unir ejercicio físico regular, capacidad para controlar la tensión y el estrés, chequeos médicos periódicos para detectar disfunciones, no beber en exceso y no fumar, tener una familia acogedora y sentirse productivo y respetado. Esta es la receta para no morir. Varias de las enfermedades que aparecen en los gráficos 1 y 2 pueden ser evitadas siguiendo estas recomendaciones. Enfermar por lo que come, sufre y siente la población es lo que va a desencadenar en gran parte las enfermedades cardiovasculares y el propio cáncer.

Efectivamente, si en 1970 estas dos enfermedades provocaban el 9% de las muertes, casi 40 años más tarde, en 2007 son el 20% de las causas de fallecimiento. Estas enfermedades estaban antes asociadas

a los estratos de la población económicamente más altos, pero hoy esta relación ha cambiado. Según la OPS, la prevalencia de factores de riesgo para desencadenar estas enfermedades suelen ser más elevados hoy en los grupos socioeconómicos más bajos.

Supuestamente, los procesos de urbanización de la población implican enfrentar un modelo de vida mucho más estresante de la que tenía el 75% de la población en los años setenta, cuando aún esa proporción habitaba en el campo. La detección oportuna de los signos de riesgo serviría para controlarlas. Estas enfermedades se señalan como causa de persistencia de pobreza debido a los costos que estas conllevan. Una familia con un miembro aquejado de estas dolencias que se vuelven crónicas puede destinar más del 30% del ingreso familiar para sufragar los gastos de atención médica.⁹

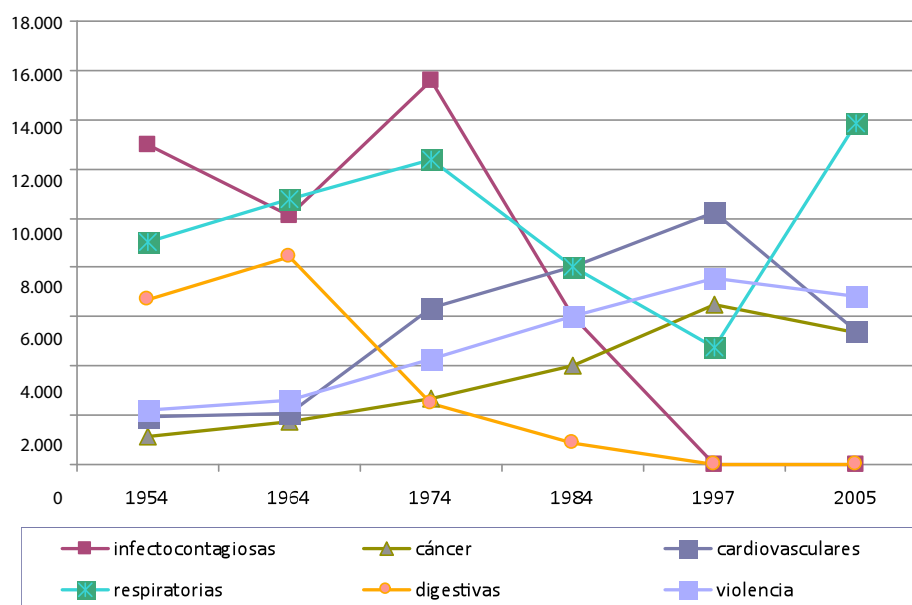
El cáncer como causa de egreso hospitalario aparece dentro de las primeras razones que grafica el cuadro N° 1. Esta enfermedad también está relacionada con el estrés, la depresión, los hábitos alimenticios, la falta de prevención oportuna y chequeo constante de la población predispuesta a ella, lo que ha ocasionado su incremento.

Al comparar los dos gráficos, se observa que la dolencia es causa de un bajo porcentaje de ingreso hospitalario, mientras que su frecuencia sube como causa de muerte, lo que demuestra la alta letalidad de la enfermedad. El porcentaje del egreso hospitalario por cáncer sube entre 1964 y 2005. En el primer año, correspondía al 1% de egresos; cuarenta años más tarde, corresponde al 2,6%, lo que significa un incremento de 1,6 puntos. En cuanto a la mortalidad, en 1954, el 2% de las causas de muerte fueron debidas al cáncer, y en 2005 se cuadruplica, llegando a ser la causante del 9% de los fallecimientos registrados.

La mayoría de muertes corresponde a las personas de niveles económicos más bajos porque los riesgos están directamente relacionados no solo con la prevención sino con el acceso oportuno a tecnologías de detección y tratamiento del cáncer, lo que a pesar de los esfuerzos de los últimos años aún es restrictivo para personas pobres, debido a las bajas posibilidades de acceso a centros especializados por su alto costo.

⁹ mediainquiries@who.int, Consulta 22-03-2010.

Gráfico Nº 2: Evolución de las seis principales causas de muerte de la población ecuatoriana 1954-2005



Fuente: INEC. Estadísticas vitales, 1954-2005. Elaboración: ODNA, 2010.

2.4. Morir por la violencia: cambios en el comportamiento de la sociedad

El requerimiento de atención hospitalaria por causas externas debidas a accidentes, así como a intentos de homicidio o suicidio que grafica el cuadro Nº 1, bajo la denominación de fracturas, traumatismos y accidentes, evidencia un incremento significativo en los 50 años estudiados.

En 1964 el reporte de egresos por esta causa fue de 13.380. Para el 2006 la cifra sube a 66.782. Proporcionalmente a la población que egresa, en ambos casos, corresponde al 9%. Esto no sucede al comparar las causas de muerte, donde los fallecimientos por estas causas se incrementan en este medio siglo. En el gráfico Nº 2 se observa cómo para 1954 los accidentes de todo tipo fueron la causa del 4% de las muertes en la población, y en 2006 esta cifra se triplica al 12%.

En este caso, son los hombres los más afectados con esta situación, “ligada al carácter de riesgo estereotipante masculino, que son considerados y estimulados culturalmente como varoniles —tomadores de riesgos, depositarios del poder—” (OPS/OMS, 2002). Sin embargo, no podemos soslayar el hecho de que el indicador demuestra a las claras los peligros

inminentes por los que atraviesan no solo los hombres, sino toda la población ecuatoriana por la inseguridad ciudadana creciente en la que se desenvuelve su vida, ingrediente nuevo en su cotidianidad.

Efectivamente, un problema mayor es el incremento de la violencia en el país, situación que es compartida en toda América Latina. En términos de salud pública, la violencia es una pesada carga sobre la mortalidad y la morbilidad evitable de mujeres, niños y jóvenes. Basta recordar que las tres principales causas de muerte de los adolescentes ecuatorianos son los accidentes, los suicidios y los homicidios.

La violencia ocasiona altos costos de salud, lo que impide la atención oportuna y adecuada de los pacientes que llegan al hospital. La violencia no solo afecta a la víctima sino a su familia y a su entorno; y además perjudica la vida económica, social y psicológica de una comunidad, impactando sobre los procesos políticos y económicos de una sociedad.

Las muertes por esta causa, junto al ingreso hospitalario, son alarmas que se prenden contra un problema social que tiene una tendencia a aumentar, por lo que debería ser controlado con políticas públicas específicas y contextuales.

2.5. Enfermedades respiratorias y ambiente: 1995-2005

Las enfermedades respiratorias son enfermedades crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. Algunas de las más frecuentes son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar. Se producen por el tabaquismo, la contaminación del aire en espacios cerrados, la contaminación ambiental, los alérgenos y la exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y los productos químicos.¹⁰

El gráfico N° 2 refleja un incremento de las dolencias respiratorias como causa de muerte a partir de 1995. En efecto, si en el primer año correspondían al 9% de las razones de fallecimiento, en 2005 es el 24%. El cuidado ambiental está directamente relacionado con este incremento, lo que llama la atención sobre los riesgos que la falta de una política ambiental —unida a la de salud— está ya produciendo en la población ecuatoriana.

2.6. Nuevas enfermedades: 2010

Finalmente, dos nuevas dolencias aparecen; una en los primeros lugares de causa de muerte de la población: la diabetes, y otra con un incremento cada vez mayor: el VIH/Sida.

A partir del año 2000, la diabetes ocupa los primeros lugares en las causas de muerte del país. El aumento previsto en la incidencia de esta enfermedad se podría controlar mediante el cuidado del régimen alimentario y la actividad física de la población, evitar el tabaco, reducir el consumo de azúcar y grasas saturadas. La relación de la diabetes como predisponente de las enfermedades cardiovasculares incrementa el cuidado que sobre ella deben tener la población y las acciones sanitarias.

Mientras se ha señalado la pérdida de protagonismo de las enfermedades infectocontagiosas, en el caso del VIH/Sida, esta aparece como la causa infecciosa que más contribuye a la pérdida de años de vida de la población, sobre todo masculina y joven (18-24 años). La pérdida de años de vida es aproximadamente tres veces más intensa en los hombres que en las mujeres. En 1997 se registraron los primeros casos de muerte por esta causa; en diez años,

las cifras se quintuplicaron. A esto hay que añadir el alto subregistro que provoca la enfermedad por problemas culturales y de exclusión a sus portadores.

3. De la mirada asistencialista a los derechos...

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. (Carta de Ottawa, OMS, 1986)

Las percepciones de la población sobre la salud difieren de los planteamientos que se elaboran desde la institucionalidad. El acceso o no a los servicios de salud no solo depende de la oferta institucional, sino de la concepción de la salud y de la enfermedad de la población.

Los trabajadores de la salud pública ecuatoriana constataron en estas cinco décadas, que la población resuelve el 85% de sus problemas en la sabiduría de las madres, en el hogar, en el intercambio de información en el barrio, el sindicato, los amigos, en la botica y en último lugar en la consulta a los médicos del vecindario —que van desde los sobadores, los shamanes, hasta los médicos certificados como tales—. Solo el restante 5% de los problemas de salud requiere los hospitales para solucionarse. Lo más grave se va al hospital, cuando toda esa red de atención comunitaria no ha podido controlar el problema y revertirlo.¹¹

A lo largo de este medio siglo hubo una distancia entre la lectura que la población hizo de su salud —siempre ligada a la vida, a su entendimiento con la naturaleza y, en última instancia, con la muerte—, y a su relación con el rol del Estado como garante de su derecho a la salud.

La “versión de la salud pública que guió el pensamiento y la acción en América Latina durante el siglo XX” se sustentó, entre otras cosas, “en la aceptación del poder del Estado como fuerza privilegiada para calcular el riesgo y asegurar la prevención (...) El salubrista administró instituciones y recursos públicos

estatales dirigidos a la salud... La salud pública convencional miró a la población como objeto a ser intervenido por parte de la norma y ciencia positiva” (Granda, 2007).

¹⁰ <http://www.who.int/respiratory/es/index.html>. Consulta 23-03-2010.

¹¹ El diseño del sistema de salud del Ecuador, por niveles de atención, señala que la capacidad resolutoria del primer nivel es del 85% de la consulta, dejando el 15% para los hospitales generales y de alta especialidad.

A diferencia de la medicina bióloga y curativa, la medicina social —nacida con Virchow en 1848—¹² planteó mirar cómo las personas, al ser “sujetos individuales y colectivos producen su salud en el diario vivir...”. La medicina social en estos 50 años jugó un papel fundamental para replantear el pensamiento unilateral causa-efecto y acercarse a la complejidad de la vida.

A diferencia de la lógica bióloga y curativa que se encarna en la hegemonía médica, se debe destacar

el carácter siempre calificado que detenta todo ciudadano o ciudadana para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder, a través de todo lo cual genera metáforas propias sobre su salud y enfermedad (Granda, 2007: 396-402).

En la historia de estos 50 años de salud pública, uno de los desafíos fue la transformación del carácter asistencial de la salud estatal —incorporado en el imaginario de la población— hacia la conciencia del derecho a la salud. Difícil tránsito que avanza en la ley, pero que se detiene en los hechos cotidianos. En la Constitución ecuatoriana de 2008 se define:

la salud es un derecho que garantiza el Estado cuya realización se vincula al ejercicio del derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan al buen vivir (Art. 32).

El conjunto de gráficos que se colocan a continuación provienen de una encuesta realizada para el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, a finales de 2009, para este trabajo, en la que se indaga a una muestra representativa de personas de Quito y Guayaquil, de 18 años y más, sobre sus concepciones de salud.

Los ámbitos que contiene la definición constitucional antes citada fueron averiguados y organizados en cuatro aspectos: hábitos saludables de vida, higiene, salud mental, conocimientos sobre salud, y afectos y comprensión de la salud como derecho.

3.1. Hábitos saludables

Los hábitos saludables de vida en los que se agrupó: comer una dieta balanceada, no fumar, no beber y hacer ejercicios regularmente, son —para el 55% de

los encuestados— actividades que tienen que ver con la salud.

El cambio en el comportamiento societal respecto al cuidado del cuerpo, el ejercicio, la dieta y las políticas mundiales sobre la restricción del tabaco parecen que han tenido efecto en la mitad de la población encuestada. “La educación a través de los medios de comunicación ha logrado mayores impactos en el cambio de los comportamientos de la población que la propia escuela” (Malo, 2010), a criterio de los expertos en promoción de la salud. Esta afirmación explica por qué el gráfico N° 3 no registra diferencias entre los diferentes niveles educativos de la población ecuatoriana que participó en la encuesta.

La restricción del tabaco en los lugares públicos es un ejemplo de política pública mundial que altera el uso del espacio público para bien de la mayoría que no fuma y que es protegida por una decisión colectiva no solo estatal, sino de toda la sociedad. Desde el Estado, la medida para bajar el consumo de tabaco es, además, el aumento del precio del mismo. Estos son los cambios en los comportamientos por parte de la población que se pretende lograr para proteger su vida.

3.2. Higiene

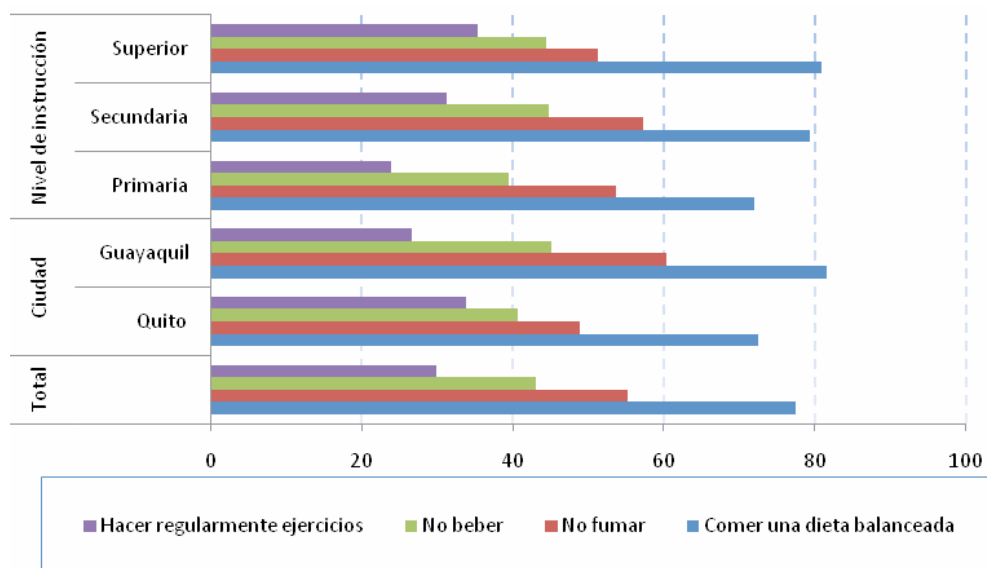
La higiene parecería ser uno de los componentes más difundidos de la salud. El hogar y el sistema educativo enseñan a sus niños y niñas estos hábitos. Sin embargo, solo la cuarta parte de los entrevistados lo asocia al concepto de salud. Las preguntas tenían que ver con estar limpio, lavarse los dientes tres veces al día y usar ropa adecuada de acuerdo al clima. El nivel educativo de la población no influye en ninguna de las respuestas. Llama la atención que el hábito de higiene de la salud bucal es el menos conocido por los que tienen el mayor nivel de estudios (solo el 20% de los encuestados de educación superior señaló la relación entre el cuidado dental y la salud).

3.3. Salud mental

La salud mental es un ámbito que poco se asocia con la salud. La propia organización de la atención de salud está centrada en los seres humanos como entes biológicos y no con la complejidad emocional, física, social, cultural y biológica. Solo el 15% de los entrevistados señaló la relación de la salud mental con su salud. Hecho gravísimo, ya que las principales

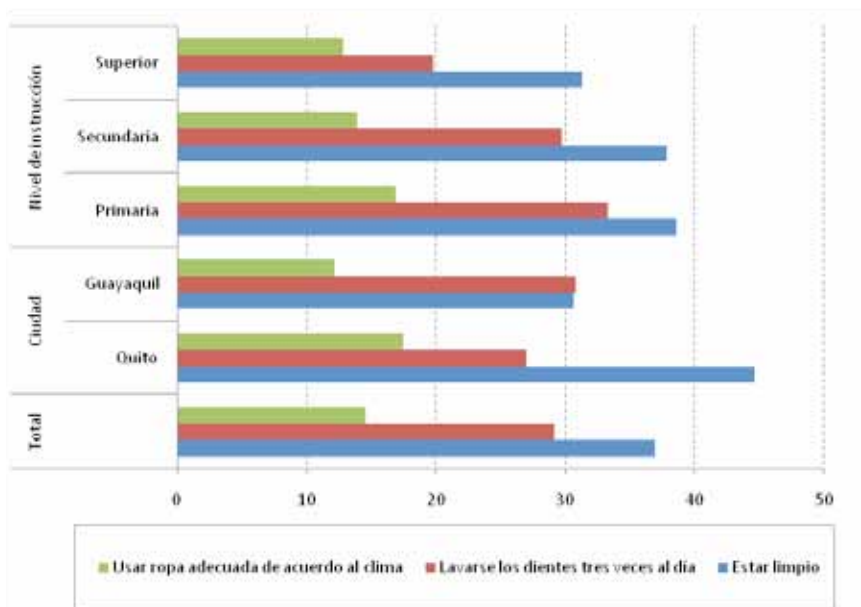
¹² Aunque antes en Ecuador ya había sido referida por el precursor Eugenio Espejo.

Gráfico Nº 3a: El concepto integral de la salud. Ecuador 2009 ¿Cuáles de las siguientes actividades tienen que ver con la salud de una persona?
3.1. Hábitos saludables



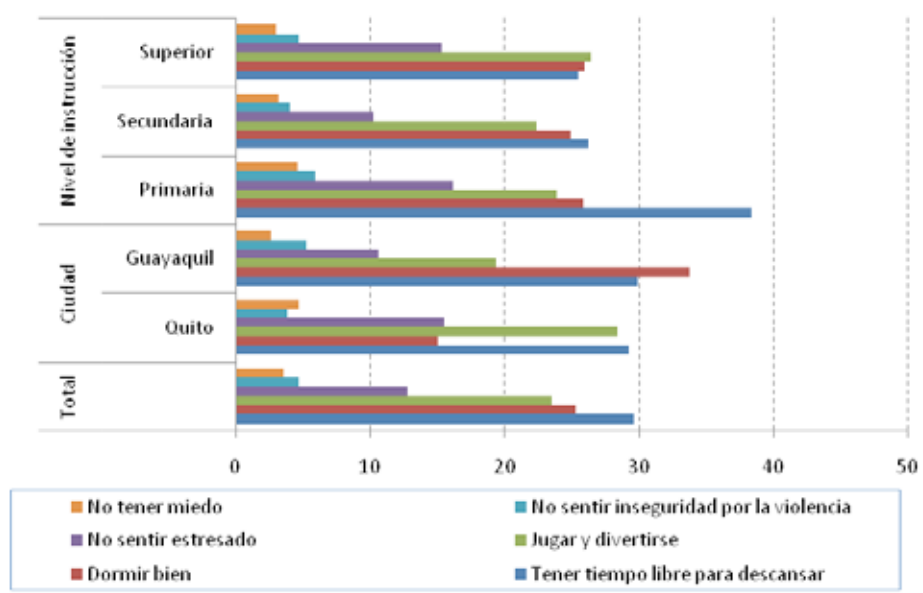
Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA

Gráfico Nº 3b : El concepto integral de la salud. Ecuador, 2009 ¿Cuáles de las siguientes actividades tienen que ver con la salud de una persona?
3.2. Higiene



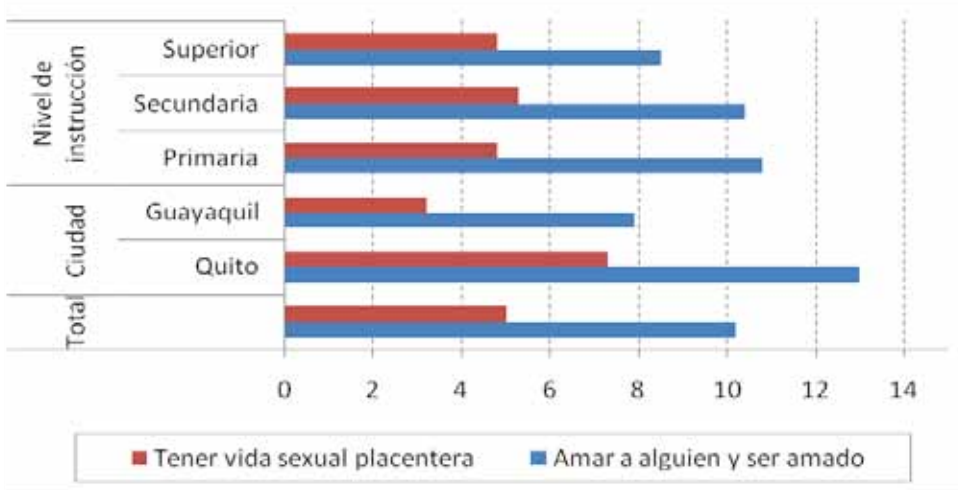
Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA

Gráfico Nº 3c: El concepto integral de la salud. Ecuador, 2009 ¿Cuáles de las siguientes actividades tienen que ver con la salud de una persona?
3.3. Salud mental



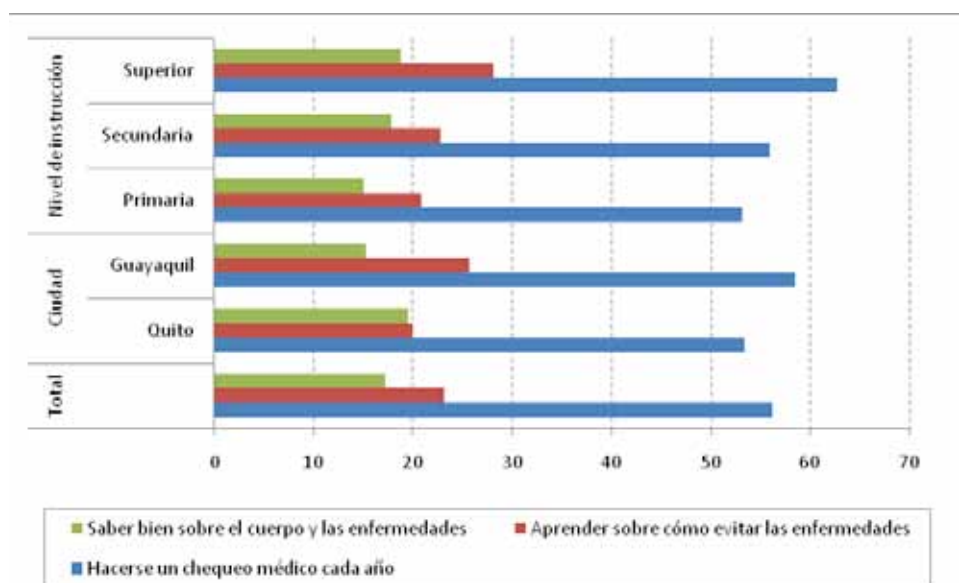
Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

Gráfico Nº 3d : El concepto integral de la salud. Ecuador, 2009 ¿Cuáles de las siguientes actividades tienen que ver con la salud de una persona?
3.4. Afectos



Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

Gráfico Nº 3e: El concepto integral de la salud. Ecuador, 2009
¿Cuáles de las siguientes actividades tienen que ver con la salud de una persona?
3.5. Conocimientos sobre salud



Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

dolencias por las que se enferma y muere la población tienen que ver con la “falta de defensas” para el manejo del estrés, tales como las enfermedades cardiovasculares, las producidas por la violencia, e incluso el mismo cáncer, ya referidas en la segunda parte de este artículo.

Se definió un apartado específico para los afectos, se preguntó a la población si amar y ser amado eran parte del concepto de salud, y el 93% no lo asoció. Estas respuestas tienen mucho que ver con el desarrollo de una cultura del buen trato, que desde la niñez comienza a aparecer como una de las carencias de la sociedad ecuatoriana. Cuando se pregunta a los niños y niñas que tienen problemas cómo los padres resuelven las situaciones en las que se ven envueltos, el 54% contesta “con violencia física” (ODNA, 2010).

Esta parte de la encuesta fue complementada con la indagación sobre si la vida sexual placentera era parte de la salud. Solo el 5% afirmó que sí y, en Quito, la cifra subió al 7%, sin que exista ninguna diferencia con los niveles educativos de los encuestados para las respuestas.

Una de las actividades importantes de la tarea educativa de los servicios de salud es difundir los conocimientos sobre el tema desde un enfoque preventivo, de la escuela, del hogar y de los medios de comunicación. Se averiguó sobre tres aspectos: hacerse un chequeo médico anual, aprender cómo evitar dolencias, y saber sobre el cuerpo y las enfermedades. El 32% de los encuestados asoció este conocimiento con el ejercicio de la salud. Ninguna diferencia tuvo el nivel educativo sobre las respuestas.

La indagación sobre el derecho a la salud a través del costo y el pago de la misma se complementa con la tabla N° 4. Seis de cada diez entrevistados afirmaron que es el Gobierno el que paga al médico que trabaja en el servicio público; solamente el 34% tiene conciencia de que es él mismo el que cubre el costo a través de los impuestos. El nivel educativo sí influye en esta percepción. Mientras más educados sean los entrevistados, más conciencia tienen de la relación impuestos-pago del médico del servicio público: 24% de los que tienen primaria lo afirman así, 36% de los que lograron secundaria y 43% de los niveles superiores.

Tabla Nº 3: Percepción de salud como derecho ciudadano. Ecuador, 2009

¿Quién cree que debe pagar la atención médica o de salud?	Total	Ciudad		Instrucción entrevistado		
		Quito	Guayaquil	Primaria	Secundaria	Superior
Pagado por el usuario	4	2	6	4	4	5
Gratis	37	32	41	47	35	28
Contribución mixta del usuario y del Gobierno	59	66	53	48	62	67
Porcentaje	100	100	100	100	100	100
Casos	800	400	400	212	439	149

Fuente: Habitus (noviembre 2009). Estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

Tabla Nº 4: Conciencia del derecho ciudadano a la salud. Ecuador, 2009

¿Quién le paga al médico de los hospitales y centros públicos?	Total	Ciudad		Instrucción entrevistado		
		Quito	Guayaquil	Primaria	Secundaria	Superior
Gobierno/MSP/instituciones	57	60	54	69	52	51
Nadie porque es gratis	3	3	4	2	4	3
La población a través de impuestos	34	32	35	24	36	43
El usuario directamente, cuando debe pagar	6	5	7	5	8	4
Porcentaje	100	100	100	100	100	100
Casos	800	400	400	212	439	149

Fuente: Habitus (noviembre 2009). Estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

2010: ¿Un nuevo momento para la salud pública?

El Ministerio de Salud, a partir de 2008 y 2009, duplicó el horario de atención a la salud, declaró la gratuidad de la atención —incluidas las medicinas—, cambió el proceso de acceso a turnos —a través de citas telefónicas—, ofreció atención domiciliaria a través de equipos básicos de salud en los barrios más pobres del país, ligó el bono de desarrollo humano a la atención preventiva y curativa de los hijos e hijas de las beneficiarias, y al cumplimiento de los esquemas de vacunación de los niños y niñas que no han cumplido cinco años. Esto implicó —entre otras cosas— el ingreso de 4.500 nuevos médicos y enfermeras al Ministerio de Salud Pública en estos últimos dos años, la recuperación de la infraestructura física de las unidades de salud, la construcción de

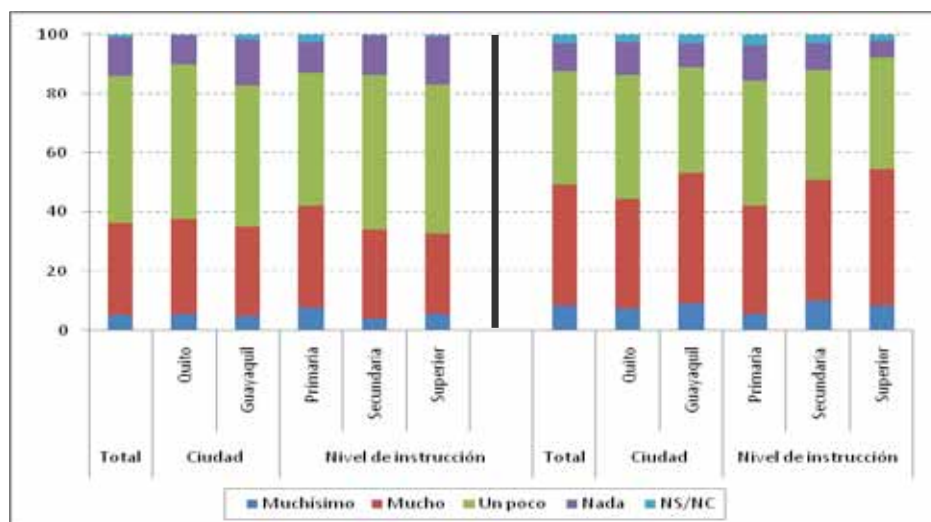
nuevas unidades y la dotación de equipos e insumos médicos. Al indagar a los encuestados sobre los niveles de confianza que tienen en el servicio privado y público, llama la atención que las opiniones están casi divididas por la mitad: cuatro de cada diez personas confían en el sistema público (muchísimo y mucho), y cinco de cada diez en el privado. No tenemos una serie histórica que nos permita explicar esta situación, en el sentido de que si hay o no un cambio en la percepción del servicio público frente al privado. ¿Hay una recuperación del sistema público de salud por las medidas tomadas por el actual Gobierno?

Una de las medidas del Gobierno de Rafael Correa es el incremento de la inversión social. El gráfico Nº 5 registra la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB. Para finales de 2010, se estima que el porcentaje llegará al 2%.

Gráfico Nº 4:

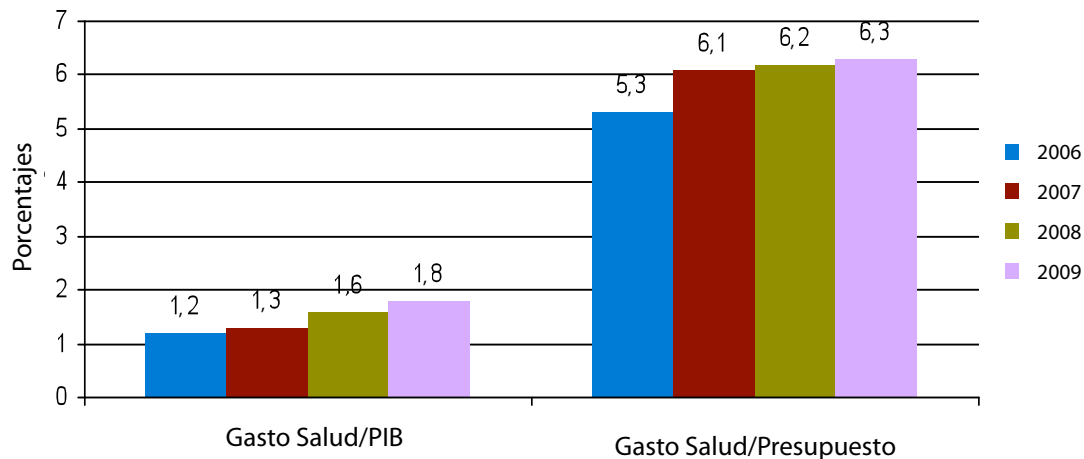
¿Qué tanto diría usted que confía en el sistema de salud pública?

¿Qué tanto diría usted que confía en las clínicas privadas del país?



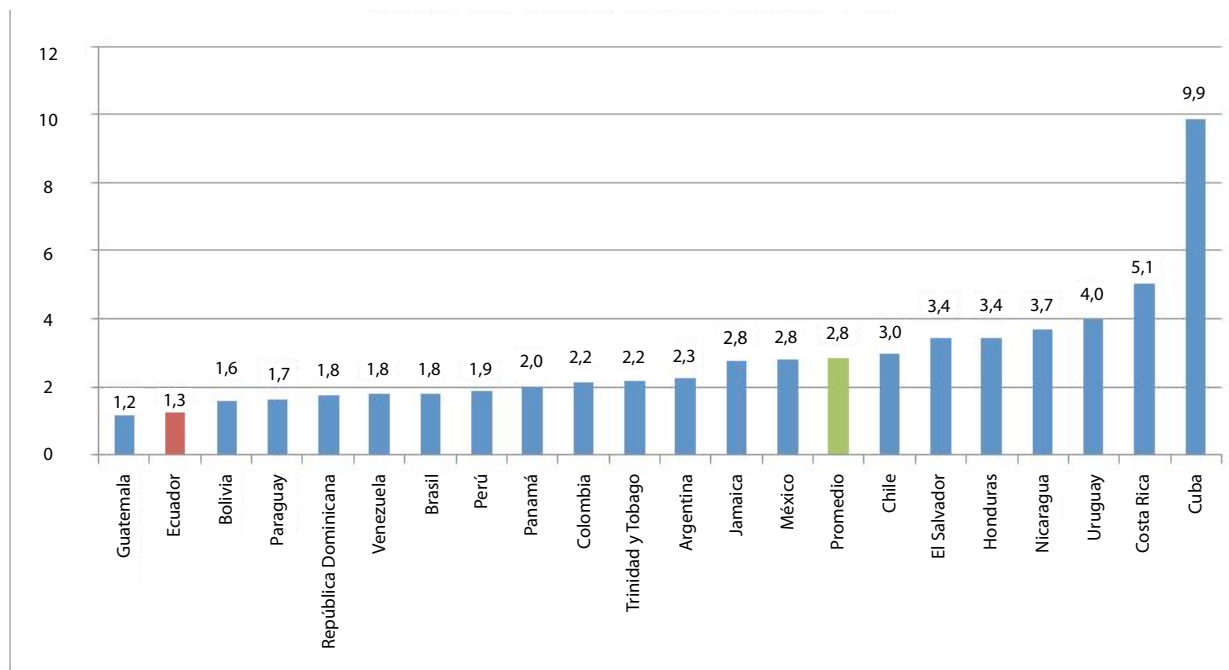
Fuente: Habitus (noviembre 2009), estudio de opinión (# 96). Elaboración: ODNA.

Gráfico Nº 5: Evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB.
(Ecuador, 2006-2009)



Fuente: Ministerio Coordinador de la Política Social, 2009. Elaboración: ODNA, 2010.

Gráfico N° 6: Gasto en salud en países de América Latina. 2006



Fuente: Unicef (2006), citada por Badillo Daniel, 2009.

Pedro Brito, experto de la OPS, señala que en el caso de salud, históricamente ningún país ha llegado a la cobertura universal con una inversión menor del 6% del PIB, y hoy, en algunos países —como lo podemos observar en el gráfico N° 6—, no llega al 3%. Con excepción de Cuba que sobrepasa el 6% y llega prácticamente al 10%, ninguno cumple con esta condición. Es interesante señalar que en el caso de Costa Rica, con una casi universal cobertura de la seguridad social, la inversión alcanza, para 2006, 5,1% del PIB.

En Cuba la mortalidad infantil es de 4 fallecidos por cada 1.000 niños y niñas que nacen. En Costa Rica, mueren 8 niños y niñas menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Esta cifra en Ecuador es de 18 muertes por cada 1.000.

La decisión en la inversión por la salud y la educación del Gobierno del presidente Rafael Correa deberá ser complementada desde este momento y en los próximos años con una reforma institucional profunda del aparato ministerial de la salud, con miras a cumplir su doble propósito: ser proveedor de servicios y liderar un sistema de salud universal y equitativo.

No hay que perder de vista que ese sistema de salud se ha convertido en una utopía que, tras 50 años de intentos, aún no puede concretizarse. No bastará con incrementar el presupuesto de la salud, crear más infraestructura física, concentrar a todos los recursos humanos del país en sus dependencias. Si la visión del MSP no se extiende hacia todo el sector, no es posible construir una red de atención nacional en la que se integren prestadores privados y públicos, instituciones formadoras y población, para trabajar en la consecución, en la práctica, de una política de Estado que proteja, promueva y preserve la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas, y haga realidad su derecho a la salud.

También desde la sociedad, la salud ha sido la gran ausente en sus emprendimientos. ¿Cómo animar a la ciudadanía a participar desde su doble rol: sujeto y destinatario? Los avances logrados —de la salud como derecho— en el marco legal, difícilmente, se interiorizan en la práctica cotidiana del ejercicio de la ciudadanía.

La institucionalización de la salud, por tanto, hoy tiene una dificultad adicional: ¿cómo integrar a la ciudadanía, destinataria esencial de la salud, en la

construcción de ese sistema de salud? ¿Cómo abrir la convocatoria a la participación en los procesos decisivos: discusión de presupuestos para las prioridades, universalización y equidad en el acceso, modelo de atención, garantía de calidad y calidez, integración de la pluriculturalidad en el servicio de salud?

La educación sanitaria y la promoción de la salud tuvieron un incipiente desarrollo en estos 50 años. Las consecuencias son el conocimiento mínimo —por parte de la ciudadanía— de los determinantes de la salud, de los riesgos que pueden ser controlados con hábitos de vida saludable, de una visión integral que ligue la salud mental con la física, la emocional y la social.

El balance señala, por tanto, debilidades desde el Estado y desde la sociedad. Una débil percepción *de la ciudadanía en salud*, cuyo derecho está escrito en la Carta Constitucional. Esa debilidad es el resultado de la ausencia de un movimiento social que acompañe la reflexión, las demandas y la exigibilidad sobre la salud para poder entender y ejercer el derecho de los y las ciudadanas al *sumak kawsay*.

Bibliografía

- Badillo, Daniel (2009). *Logros e incidencias de la acción sanitaria 2006-2009*. Unicef.
- Banco Mundial (1992). *Invertir en Salud*. Washington.
- Bustamante, Fernando (2007). "Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar". En OPS Ecuador. *La equidad en la mira*. Quito: Noción.
- Brito, Pedro (2010). "La circunstancia actual de los RHUS." En OPS-OMS Región Andina. *La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud*. Lima.
- Echanique, Patricia y Margarita Velasco (1996). *Los niños del Ecuador*. Evaluación del Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social-Unicef.
- Echeverría, Ramiro (2007). "Las políticas de salud y el sueño de la reforma". En OPS Ecuador. *La equidad en la mira*. Quito: Noción.
- Granda, Edmundo (2007). "Salud y Globalización". En OPS Ecuador. *La equidad en la mira*. Quito: Noción.
- Habitus (noviembre 2009). *Investigación*. Estudio de Opinión para el ODNA (# 96). Quito.
- Diabetes. <http://www.ops.org>. Consulta: 19 de marzo de 2010.
- Enfermedades cerebrovasculares*. <http://www.ops.org>. Consulta: 20 de marzo de 2010.
- Promoción de la Salud*. Carta de Otawa. <http://www.ops.org>. Consulta: 20 de marzo de 2010.
- Instituto de Estadísticas y Censos, INEC (2007). *Estadísticas vitales*. Series 1954, 1964, 1974, 1984, 1990, 1997, 2006 y 2007.
- _____. (2007). *Anuario de egreso hospitalario y Anuario de recursos y actividades de salud*, 1954, 1974, 1984, 1990, 1997, 2006 y 2007.
- Malo, Miguel, experto regional de OPS-OMS (febrero 2010). Entrevista personal. En *Promoción de la Salud*, febrero de 2010.
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, ODNA (2006). *Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, 2005*. Quito: Unicef-FOSE.
- _____. (2010). *Encuesta de la sociedad civil sobre el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia*. Quito.
- OPS-OMS (2002). *La salud en las Américas*. Volumen I. Washington.
- OMS-OPS (2007). *La equidad en la mira*. Quito: Noción.
- _____. (2007). *Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Informe Mundial 2007. Washington.
- República del Ecuador (1998). *Constitución 1998*. Quito.
- Restrepo, Helena (2005). *Promoción de la salud: desafíos y propuestas para el futuro*. Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud. Santiago de Cali, Colombia.
- Siise, versión 4.5, 2006.
- Velasco, Margarita (marzo 1991). "Ecuador: una periodización política de la salud". En *Cuadernos Médico Sociales* N° 55. Rosario, Argentina: Centro de Estudios sanitarios y sociales de la Asociación Médica de Rosario.
- _____. *et al.* (1993). "Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887-1983". En *Investigación Universitaria* N° 5. Quito: Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas.
- _____. (1997). "El reto de la Salud para todos". En Secretaría Técnica del Frente Social. *Pobreza y Capital Humano*. Quito: Graphus-INEC.
- WHO Media Centre, mediainquiries@who.int, consulta: 19 de marzo de 2010.
- Zas Ros, Bárbara (2010). "La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales". Disponible en: www.psicologiaonline.com. Consulta -03-2010.