PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

ECUADOR

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA

Octubre, 2008

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE ECUADOR

Octubre 2008
(Tercera Edición)

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
"Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma"
Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN: 978-92-75-32944-3 (Impreso)
978-92-75-33267-2 (Electrónico)

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD – tendencias
2. POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD
3. ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
4. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
5. REFORMA EN ATENSIÓN DE LA SALUD
6. PERFIL DE SALUD
7. ECUADOR

NLM WA540 DE2

Washington DC, Octubre 2008

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las Instituciones y personas que participaron y colaboraron en los talleres para la validación del Perfil del Sistema de Salud del Ecuador y por la información tan valiosa que se proporcionó para la construcción de este documento.

PERSONAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Dr. Hugo Noboa, Dr. Jorge Alban (CONASA); Dr. Jorge Luis Prosperi, Dr. Oscar Suriel, Dra. Laura Ramírez, Dra. Cristina Merino, Dr. Alvaro Campos, Ing. Ana Quan, Lic. Irene Leal, Dr. Delmin Cury, Dra. Celia Riera, Dr. Luis Gutiérrez, Dr. Víctor Arauz, Dr. Edmundo Granda, Dr. Ismael Soriano, Dr. Ramiro Echeverría (OPS/OMS); Dr. José Castro, Dr. Washington Estrella, Dr. Néstor Chicaiza, Econ. Sara Naranjo, Dr. Patricio Gavilanes, Dr. José Avilés, Dr. Benjamín Puertas, Econ. Sebastián Oleas, Dra. Carmen Laspina, Lic. Renata Jara (MSP); Dr. Guido Terán (IESS); Dr. Juan Freire, Dr. Alfonso Morillo (ISSFA); Dr. Luís Sarrazín (JBG); Dr. Fernando Astudillo (AFEME – UCE); Sra. Norma Montalvo (INEC); Dr. José Yépez (SOLCA)

Instituciones que participaron de la elaboración del perfil;

- Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Consejo Nacional de Salud (CONASA)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Centro de Investigaciones Sociales del Milenio (CISMIL)
- Sociedad de lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA)
- Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)
- Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicinas y Ciencias de la Salud (AFEME)
- Directivos de Escuelas de Salud Pública (Públicas y privadas)

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIACIONES i
RESUMEN EJECUTIVO ii

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD 1
1.1. Análisis de la Situación de Salud 1
1.1.1 Análisis Demográfico 1
1.1.2 Análisis Epidemiológico 2
1.1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMD) 6

1.2. Determinantes de la Salud 7
1.2.1 Determinantes Políticos 7
1.2.2 Determinantes Económicos 8
1.2.3 Determinantes Sociales 9
1.2.4.Determinantes Medio Ambientales 10

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD 12
2.1. Rectoría 12
2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional 12
2.1.2 Conducción de la Política General de Salud 13
2.1.3 Regulación Sectorial 16
2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) 17
2.1.5 Orientación del Financiamiento 18
2.1.6 Garantía del Aseguramiento 19
2.1.7 Armonización de la Provisión 19
2.2. Financiamiento y Aseguramiento 21
2.2.1 Financiamiento 21
2.2.2 Aseguramiento 23
2.3. Provisión de Servicios de Salud 25
2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud 25
2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud 28
2.3.2.1. Formación de recursos humanos 28
2.3.2.2. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo 28
2.3.2.3. Oferta y Distribución de Recursos Humanos 28
2.3.2.4. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud 29
2.3.3 Medicamentos y Otros Productos Sanitarios 29
2.3.4 Calidad de los Servicios 30
2.4. Mapeo Institucional del Sistema de Salud 31

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA 32
3.1. Efecto sobre las Funciones del Sistema de Salud 35
3.2. Efecto sobre los Principios Orientadores de las Reformas 36
3.2.1 Equidad 36
3.2.1.1 Cobertura 36
3.2.1.2. Distribución de Recursos 36
3.2.1.3. Prestación de Servicios 37
3.2.2 Efectividad 38
3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna 38
3.2.2.2. Incidencia de Enfermedades Transmisibles 38
3.2.3 Eficiencia 38
3.2.4 Sostenibilidad 39
3.2.5. Participación Social 39
3.3. Efecto sobre el Sistema de Salud 39

BIBLIOGRAFÍA 43

LISTA DE ABREVIACIONES

AFEME:	Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina y Ciencias de la Salud.
AGECI:	Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional
AIEPI:	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS:	Atención Primaria de Salud
ASN:	Autoridad Sanitaria Nacional
AUS:	Aseguramiento Universal en Salud
CAF:	Corporación Andina de Fomento
CEPAR:	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CIAP:	Clasificación Internacional de la Atención Primaria
CIAR:	Comisión Inter-agencial de Apoyo a la Reforma en el Ecuador
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CNRH:	Consejo Nacional de Recursos Hídricos
COE:	Cuidado Obstétrico Esencial
CONAM :	Consejo Nacional de Modernización del Estado
CONARHUS:	Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud
CONASA:	Consejo Nacional de Salud
CONELEC:	Consejo Nacional de Electricidad
DOC:	Detección Oportuna del Cáncer
EBAS:	Equipos Básicos de Salud
ENT:	Enfermedades no Transmisibles
EPI 2:	Instrumento del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica
EPV:	Enfermedades Prevenibles por Vacuna
FASBASE:	Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud
FESP:	Funciones Esenciales de Salud Pública
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INAMHI:	Instituto Nacional de Meteorología e Hidrología
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INHMT:	Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”
ISSFA:	Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas
ISSPOL:	Instituto de Seguridad de la Policía Nacional
JBG:	Junta de Beneficencia de Guayaquil
LOS:	Ley Orgánica de Salud
LOSNS:	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud
MAE:	Ministerio del Ambiente del Ecuador
MAISFC:	Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria
MCDS:	Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social
MSP:	Ministerio de Salud Pública
ODM:	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones no Gubernamentales
OPS:	Organización Panamericana de la Salud

ORAS/CONHU: Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PGC: Presupuesto del Gobierno Central
PIB: Producto Interno Bruto
PNS-MSP: Programa Nacional del Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA
POAS: Plan Operativo Anual
PRO-AUS: Programa de Aseguramiento Universal en Salud
RSS: Reforma del Sector Salud
SENPLADES: Secretaría Nacional de Planificación del Desarrollo
SIGEF: Sistema Integrado de Gestión Financiera
SIGOB: Sistema de Información del Gobierno
SIISE: Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
SNS: Sistema Nacional de Salud
SODEM: Secretaria de Objetivos del Milenio
SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
SSC: Seguro Social Campesino
TAR: Tratamiento antirretrovirales
TB: Tuberculosis
TBP BK+: Tuberculosis Pulmonar Baciloscopía Positivo
TSSE: Transformación Sectorial de Salud del Ecuador
UCP: Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma
VIH: Virus de la Inmuno deficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

El Ecuador es un Estado constitucional, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. En el 2006, la población total del país era de 13.408.270 habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca.

Se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas. Los problemas de salud pública más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, - entre 1992 y 2006 se han sucedido ocho Gobiernos-, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

La Constitución 2008 recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006. Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó apenas un 23% en el año 2004. Si se analiza por quintiles, el más pobre (Q1) es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso (36% en el Q5).

En el año 2006, había 55.578 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (19.299), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud.

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Durante el período 1995-2005, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el programa de Aseguramiento Universal (AUS).

Las inestabilidades político-administrativas vividas por el país en ese período impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación, debido a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo gobierno, a la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y a la falta de consenso entre los actores involucrados.

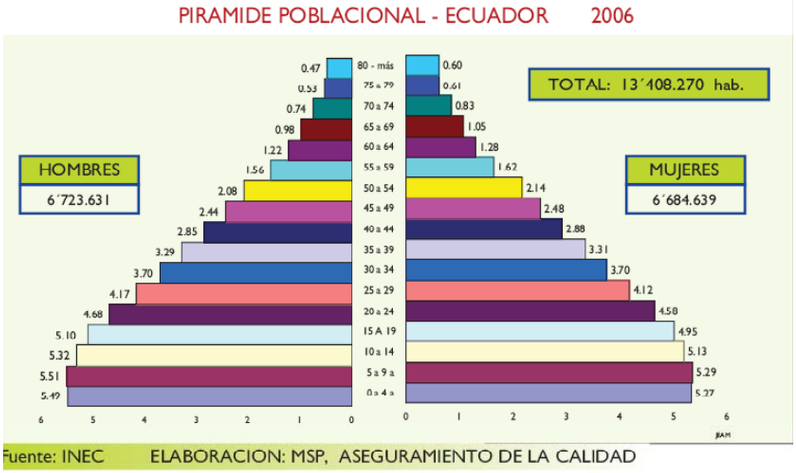
1.CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

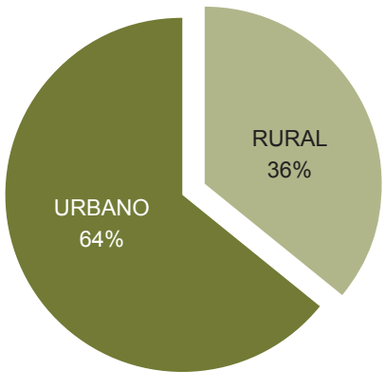
1.1.1.ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

De acuerdo a las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2006 la población del país era de 13.408.270 habitantes, con 6.723.631 hombres y 6.684.639 mujeres. La mayoría de la población (64%) vive en zonas urbanas, con una densidad poblacional de 52,3 habitantes por km2.

Gráfico 1: Pirámide Poblacional, Ecuador, 2006



DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ÁREAS URBANA Y RURAL



La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años). La esperanza de vida para los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005 se incrementó para ambos sexos, pasando de 72,3 a 74,2 años (de 69,6 a 71,3 años en hombres y de 75,1 a 77,2 en las mujeres).[1] El crecimiento anual durante el período inter censal 1990-2001 fue de 2,1 por 100 habitantes.

El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural. El 6,1% de la población mayor de 15 años se considera indígena, el 5% afroecuatoriana y mulata, el 77,7% mestiza y el 10,8% blanca. La mayor concentración de población indígena se encuentra en las provincias de la Sierra (Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28%).[2]

1 INEC-CEPAL , Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025.
2 Ministerio de Salud Pública (MSP). Informe de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas; Ecuador, 2005.

La tasa cruda de mortalidad (por 1.000 hab.) en el 2001[3] era de 5,8 y en el 2005[4] de 5,0. La tasa de mortalidad infantil era de 24,9 por 1.000 n.v. en el 2001 y de 22,3 en el 2004. La tasa de natalidad muestra un descenso sostenido en los últimos 15 años.

Tabla 1: Tendencia Demográfica, Ecuador, 1990 – 2005

Períodos/Indicadores	1990 – 1995		1995 - 2000		2000 -2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total (miles) (1)*	5.727.121	5.669.571	6.175.859	6.122.886	6.628.368	6.586.721
Población urbana (1)*	3.252.648	3.343.411	3.685.298	3.765.010	4.153.605	4.224.864
Proporción de población urbana	56,8	59,0	59,7	61,5	62,7	64,1
Población indígena	ND		ND		6,1	
Tasa de crecimiento anual de la población (1)	2,08		1,52		1,44	
Tasa global de fecundidad (1)	3,40		3,10		2,82	
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	27,53		25,61		23,34	
Tasa bruta de mortalidad (1)	5,84		5,29		5,03	
Esperanza de vida al nacer (1)	67,56	72,63	69,65	75,11	71,3	77,2
Saldo migratorio (miles) (migración anual) (1)	-10		-60		-50	

Fuentes:
(1) Ecuador, Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CEPAL
* La información sobre población estimada, esta referida al último año de cada período quinquenal.

1.1.2. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva. Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia. Entre las segundas están las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones. Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país; los mismos serán analizados en este documento.

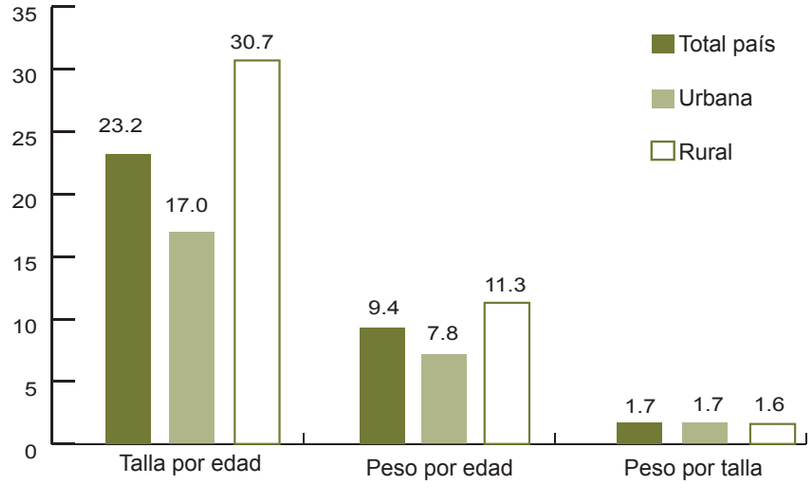
3 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001.Washington, DC: OPS; 2001.
4 OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2005.Washington, DC: OPS; 2005.

Según el INEC, la primera causa de atención en los establecimientos hospitalarios durante el año 2006 fueron la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con una tasa de 25.6 por cada 10.000 habitantes. La segunda causa fue el aborto no especificado con una tasa de 19,2 por cada 10.000 habitantes y en tercer lugar estaba la neumonía inespecífica, con una tasa de 18,2 por cada 10.000 habitantes. Dentro de las diez principales causas se encuentra la atención materna por anormalidades conocidas o presuntas de los órganos pelvianos, con una tasa de 6,3 por 10.000 habitantes.

Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las infecciones respiratorias agudas (tasa de 26,6 por 100.000 habitantes en el 2005) constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Para ese período, este tipo de infecciones triplicaron a las enfermedades diarreicas agudas.[5]

En el caso de la condición nutricional, el último informe de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (año 2005) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica. Este valor se incrementa sensiblemente en los hijos de mujeres indígenas (47%), cuando el nivel de educación de la madre es menor (38% en hijos de madres sin instrucción) y cuando su lugar de residencia es la región sierra (32%) y el sector rural (31%). Adicionalmente, la desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años en el país.

Gráfico 2: Porcentaje de desnutrición crónica, aguda y global en menores de 5 años total país, sector urbano y rural, Ecuador, 2004

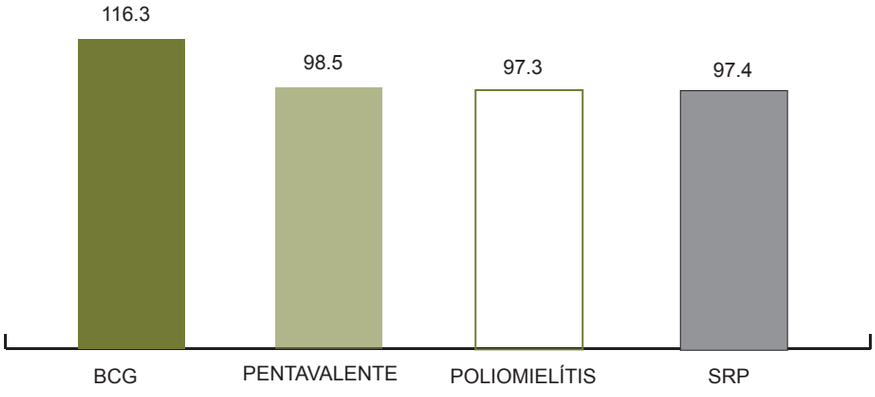


* Indicadores antropométricos por debajo de < 2 desviaciones estándar
Fuente: ENDEMAIN 2004
Elaboración: CISMIL

El informe destaca la marcada y sostenida reducción de la morbilidad y mortalidad debidas a las Enfermedades Prevenibles por Vacuna (EPV) que son objeto del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), introducido por el MSP desde 1985. El impacto logrado a la fecha ha sido la eliminación de algunas enfermedades del territorio nacional, como es el sarampión eliminado hace nueve años, la poliomielitis eliminada hace dieciséis años, la fiebre amarilla eliminada hace seis años, la difteria y la rubéola y el síndrome de rubéola congénita eliminados hace dos años; la disminución de la tos ferina; la eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública nacional y provincial y la disminución de las neumonías y meningitis por haemophilus influenzae tipo b.

5 Ministerio de Salud Pública (MSP), Programa Nacional de Zoonosis, Ecuador, 2001–2005.

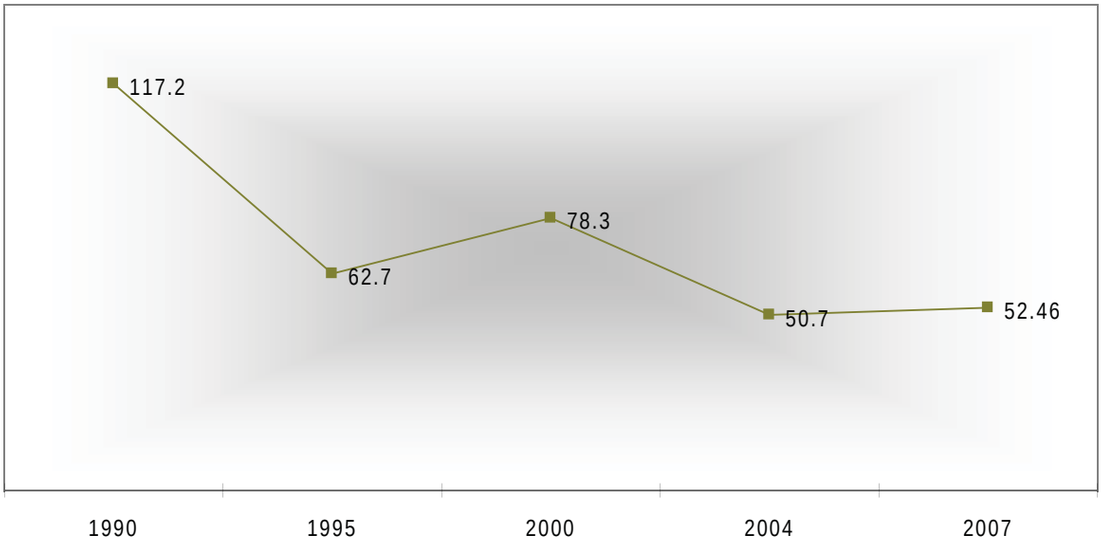
Gráfico 3: Cobertura de vacunación según vacuna, Ecuador, 2006



* Las coberturas de vacunas BCG, Pentavalente y Anti poliomielitis son en menores de un año
* La cobertura de vacuna SRP es en niñas/os de 12 a 23 meses
* Del total de vacunados se desconoce el número de niñas/os provenientes de otros países
Fuente: MSP. Programa Ampliado de Inmunizaciones
Elaboración: CISMIL

La tasa de mortalidad materna en el año 1990 era de 117,2 por cada 100.000 n.v. y en el año 2007 de 52,46, mostrando una tendencia irregular. La mayor parte de las muertes maternas se deben a hemorragias obstétricas (43.3%) y de éstas la hemorragia post-parto corresponde al 31.8%; como segunda causa está la eclampsia (32.7%) y la sepsis (1.7%). Entre los factores que más se asocian con la mortalidad materna están el lugar de atención del parto, el personal que atiende el mismo, la oportunidad, el lugar y personal que atiende las complicaciones y el control post-parto. El 75,9% de los partos en el período 1999-2004 ocurrieron en instituciones de salud y un 24,1% en el domicilio; de este grupo, el 15% fue asistido por una partera no calificada, un familiar o sola. La encuesta demográfica y de salud materna e infantil señala que, en los servicios de salud materna investigados, el control postparto es la acción de salud menos utilizada en Ecuador. Sólo el 36,2% (44.4% en el área urbana y 26,4% en el área rural) de las mujeres recibió al menos un control postparto.

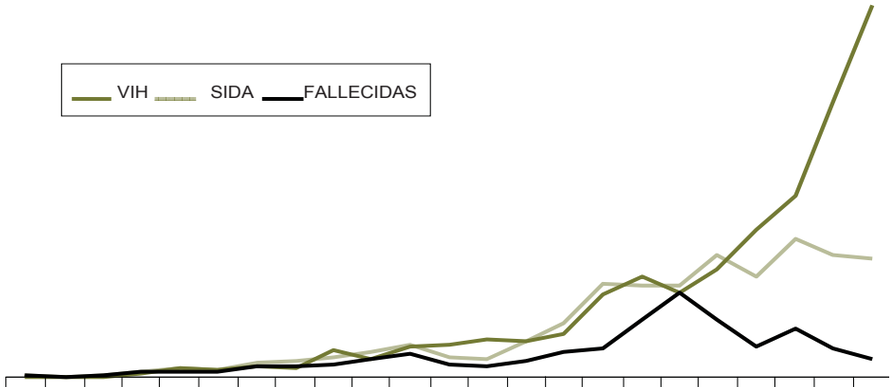
Gráfico 4: Tasa de mortalidad materna, Ecuador, 1990 – 2007



* Razón por cien mil nacidos vivos. Incluye los nacidos vivos en el año de su nacimiento y los registrados un año después
Fuente: INEC. Anuarios de estadísticas vitales nacimientos y defunciones
Elaboración: CISMIL

ONUSIDA estima que, en el Ecuador, viven unas 40.000 personas con VIH/SIDA.[6] Durante el período de 1984 - 2006, se han acumulado 9.815 casos notificados de VIH/SIDA, de los cuales 1.933 han fallecido.[7] La evolución anual de la epidemia se ha incrementado; en el 2006, hubo 1.293 casos nuevos de VIH y 410 de SIDA; con 64 defunciones. Para ese mismo año la razón de género se situó en 1,5:1 hombres por cada mujer cuando era de 6:1 cerca del año 1990. El comportamiento de la infección por género muestra que, en el Ecuador, a la propagación del VIH/SIDA entre las personas de orientación homosexual y bisexual se añade la población heterosexual, con una tendencia más acentuada que en las otras dos poblaciones. La razón heterosexual/bi y homosexual pasó de 0,5 en 1990 a 4,4 en el 2006.[8]

Gráfico 5: Casos notificados de VIH, Sida y personas fallecidas
Ecuador, 1984-2006



	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
VIH	2	2	0	9	31	25	37	35	94	64	108	114	133	125	145	282	348	294	370	515	627	950	1293
SIDA	6	1	6	23	31	29	48	54	69	89	116	71	66	128	184	325	315	318	425	352	481	419	410
FALLECIDAS	6	0	6	20	24	24	41	37	42	68	83	44	37	56	88	98	203	298	204	111	168	98	64

Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/Sida, MSP.
Elaboración: CISMIL

La tuberculosis (TB) y la malaria constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el país. En el año 2002, se notificaron 5.506 casos de TB en todas sus formas, con una tasa de 42,7 por 100.000 hab. Para la TBP Bk+ (nuevos), la tasa notificada fue de 32,7 por 100.000 hab. En el año 2003, la tasa se incrementó a 33,6 pero a partir de este año descendió progresivamente hasta alcanzar en el 2006 los 4.348 casos nuevos con una tasa de 32,9 por 100.000 hab.(3.323 casos nuevos TBP-Bk+ con una tasa de 25.2 por 100.000 hab).

El área de riesgo de transmisión de malaria es de 182.886km2, lo que constituye más del 60% del territorio nacional. La distribución geográfica afecta a habitantes urbanos y rurales, fundamentalmente a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social. Durante el año 2004 se registraron 28.698 casos de malaria, disminuyendo a 9.440 en el 2006, de los cuales 7.813 fueron por plasmodium falciparum y 1.627 casos por plasmodium vivax. El grupo de edad más afectado es la población económicamente activa de 15 a 44 años, con el 65% del total de casos.[9]

6 MSP-ONUSIDA, Plan estratégico multisectorial de respuesta al VIH/SIDA, 2007-2015.
7 MSP. Programa nacional de prevención y control de ITS-VIH/SIDA.
8 Ministerio de Salud Pública (MSP). Informe Programa Nacional de SIDA, Ecuador, 2005.
9 Ministerio de Salud Pública (MSP), Programa Nacional de Malaria; Instituto Nacional de Higiene. Estudio de drogo resistencia a los anti maláricos. Resultados preliminares. Ecuador 2004–2005.

Durante el 2006, se registraron 57.940 muertes (32.775 hombres y 25.165 mujeres). Seis de las diez primeras causas de muerte corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, relacionadas entre sí, y que tienen que ver con factores de riesgo comunes tales como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de muerte, en su orden, fueron: enfermedades cerebro-vasculares, influenza y neumonía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardiaca, accidentes de transporte terrestre, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. La mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares, hipertensión arterial y diabetes ha tenido un incremento rápido y sostenido. La información de los egresos hospitalarios del sistema de información del MSP y el EPI 2 muestra el incremento vertiginoso de la morbilidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial.

1.1.3. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO[10] (ODM)

El Ministerio de Salud Pública es el responsable del seguimiento de los ODM relacionados con la salud.

Con relación al Objetivo 4 “Reducir la mortalidad de la niñez” se observa una disminución significativa en el período 1990 – 2004 pasando de 43,1 defunciones por cada mil nacidos vivos a 21,8. Sin embargo, las mejoras en la reducción de la mortalidad infantil son insuficientes: en el contexto latinoamericano, la tasa del país se encuentra entre las más altas.

Con relación al Objetivo 5 “Mejorar la salud materna”, si bien existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna, su valor es aún muy elevado. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas. La tasa de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990 – 2004; de 117,2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos a 50,7. Sin embargo, para alcanzar la meta de 29,3, los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente fortaleciendo el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja.

Con relación al Objetivo 6 “Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades”, en el período 1990 – 2006, hubo un aumento de la tasa de VIH/SIDA estimado en 1.675%, con 9.815 casos registrados desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta el 2006. En el 2006 y 2007, el Ecuador formuló el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH / Sida 2007 – 2015, el cual contempla una serie de indicadores que permiten medir la dinámica de la epidemia. Actualmente existen varios programas que implementan estrategias efectivas, sostenibles e intersectoriales para la prevención, control y atención integral de esta enfermedad.

La incidencia del paludismo ha mantenido una tendencia irregular asociada con las condiciones climatológicas y con las restringidas condiciones sanitarias, de cobertura y disponibilidad de servicios de infraestructura sanitaria básica presentes en amplios sectores de la población. La incidencia en el 2006 era de 124,7 por 100.000 hab., con valores sensiblemente más altos en las Provincias de la Región Amazónica, Los Ríos y Esmeraldas. En el último quinquenio ha disminuido sensiblemente la proporción de casos de malaria por plasmodium falciparum y se ha incrementado significativamente la morbilidad debida a plasmodium vivax.

La tuberculosis constituye uno de los principales problemas de salud pública. En el año 2003, la tuberculosis era una de las principales causas de morbilidad y la décima causa de mortalidad general en el 54,5% de las provincias del país. En el año 2006 la tasa de incidencia fue de 32,9 por 100.000 hab., una sensible mejora respecto del 67,9 estimado en el año 1990. Sin embargo, varias provincias se encuentran por arriba de la media nacional. El fortalecimiento del Programa Nacional y Control de la Tuberculosis a través de la estrategia DOTS, ha permitido un manejo adecuado de las personas con tuberculosis, mediante un tratamiento acortado estrictamente supervisado, seguimiento y monitoreo de los pacientes, provisión de medicamentos con esquemas completos y diagnóstico mediante baciloscopía.

10 Sistema ONU – SENPLADES – FLACSO Ecuador - CISMIL, II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador 2007.

En cuanto a la reducción de la extrema pobreza, no existen avances significativos desde 1995. Existe un estancamiento en la erradicación del analfabetismo y para la Meta 4, que se refiere a la equiparación de las tasas de matrícula de mujeres y hombres en la secundaria, se alcanzará para el promedio del país, pero no para la población indígena. Así mismo, la violencia de género no se ha reducido, y con respecto a la degradación ambiental, Ecuador está entre los países con mayor pérdida de cobertura vegetal.[11] De manera general, el acceso a agua potable y saneamiento se ha incrementado progresivamente, sin embargo persisten importantes brechas territoriales.

1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

1.2.1. DETERMINANTES POLÍTICOS

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.[12] Existen marcadas diferencias geográficas, sociales y económicas en sus cuatro regiones geográficas: la Costa, la Sierra, la Amazonía u Oriente y la región insular constituida por las Islas Galápagos. Para la administración del Estado y la representación política, existen 24 provincias, 221 cantones y 1205 parroquias (408 urbanas y 797 rurales) y las circunscripciones territoriales indígenas y afroecuatorianas.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y un alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1992 y el 2006 se han sucedido ocho Gobiernos, generando problemas de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas afectaron la dinámica del sector salud y sus reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo y la sostenibilidad de procesos de cambio más coherentes.

El actual gobierno propone nuevos modelos de organización, los que esperan eliminar la fragmentación, promover la articulación funcional institucional y sectorial. El Plan Nacional de Desarrollo incorpora, dentro de una propuesta de inclusión social, objetivos y líneas estratégicas, con las políticas necesarias para alcanzarlos. Cabe destacar que, en base a la estructura actual del Sistema de Salud en el Ecuador, estos objetivos difícilmente serán alcanzados. En la gestión se plantea viabilizar y hacer factible la desconcentración y descentralización; en el financiamiento mejorar el uso y la disponibilidad de los recursos económicos y, en la atención promover un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas, a través de una red plural de servicios de salud.

La Constitución del 2008, recientemente aprobada en el país, establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se encuentra salud, para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo. Los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

11 Sistema ONU – SENPLADES – FLACSO Ecuador - CISMIL, II Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador 2007.

12 Constitución de la República (Art.1).

1.2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS

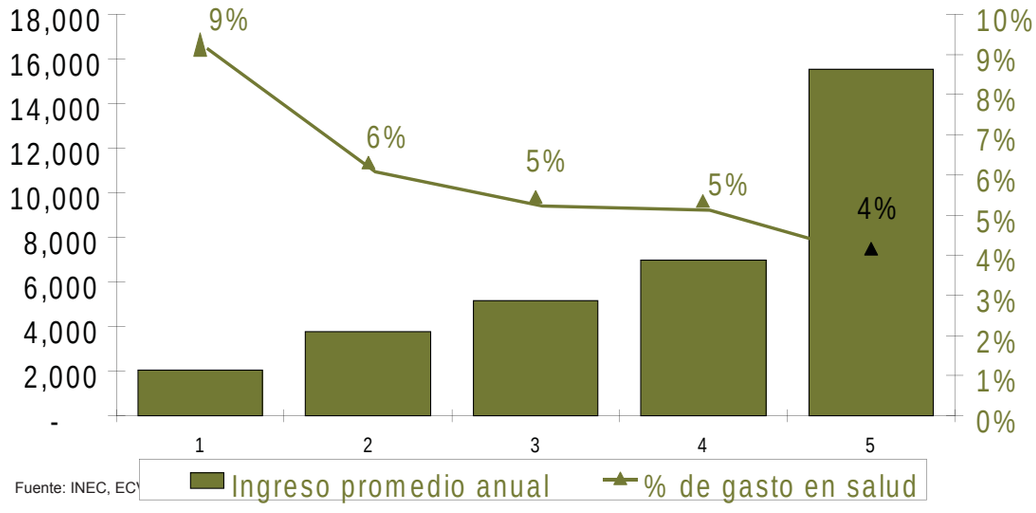
Debido a la crisis económica de 1999, en el año 2000 el Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial. Entre 2001 y 2005, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4,9%. El desempeño de la economía se tradujo en el incremento del producto interno bruto (PIB) per cápita, que creció un 3,5% anual en el mismo período, alcanzando US$ 2.743 en el 2005. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente pasando de un promedio anual de 40,26% en el 2001 a 2,28% en el 2007. En cuanto al salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio del 10% entre los años 2001 y 2005.

El desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó del 10,9% en el 2001 al 7,9% en el 2005 y, según el INEC, en diciembre del 2007 el desempleo de la población total era del 6,1%. En el 2004, aproximadamente el 56% de las mujeres de 20 a 49 años de edad no realizaba trabajo remunerado, siendo un poco menor este porcentaje en la sierra (51%) y en la zona insular (54%). Las mujeres, representan alrededor del 40% de la población económicamente activa y sus tasas de desempleo duplican o triplican las masculinas. La segmentación del mercado laboral ubica a las mujeres en sectores específicos generalmente relacionados con su rol tradicional de cuidado o como proveedora secundaria en los sectores de menor productividad, ingresos y protección social.

Como consecuencia de la crisis económica de 1999–2000, en el período 2001–2005 aproximadamente un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas. Durante el 2005, ingresaron al circuito de la economía más de US$ 1.700 millones como remesas. Esta evolución de la economía se dio en un marco de inestabilidad política interna, ya que en ese período hubo tres presidentes, cuando el período presidencial normal es de cuatro años.

Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% de quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5).[13] Por otro lado, apenas el 12% de la población en el quintil 1 cuenta con un seguro de salud, comparado con el 36% de población del quintil 5.

Gráfico 6: Porcentaje de Gasto en Salud por quintiles de ingreso. Promedio anual. Ecuador, 2006



Fuente: INEC, EC

13 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.

1.2.3. DETERMINANTES SOCIALES

Los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia. Se observa un incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la segunda mitad de la década de los 90 (del 39% en 1995 al 52% en 1999) debido principalmente al fenómeno hidrometeorológico "El Niño" ocurrido en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial.

En el año 2003, el 41,5% de personas vivía en situación de pobreza y el 8,5%, en pobreza extrema, mientras que en el 2004, los porcentajes eran 52% y 14%, respectivamente. Para el período 2005–2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue del 61.54% y para la urbana del 24.88%. En la primera mitad de esta década hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a la última década del pasado siglo. Esto no se asocia a transformaciones estructurales dirigidas a generar empleo y a reducir la desigualdad sino más bien a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes.

Los niveles de pobreza entre los indígenas y afroecuatorianos, así como entre los habitantes del campo son mucho mayores al promedio nacional (68%, 43% y 62%, respectivamente). Por otro lado, los restantes grupos étnicos tienen niveles de pobreza inferiores a la media nacional.

Tabla 2. Incidencia de pobreza y extrema pobreza de consumo por etnia y área (% de la población total), Ecuador, 2005

Area	Pobreza	Extrema Pobreza
Campo	61,54	26,88
Ciudad	24,88	4,78
Etnia		
Indígena	67,79	39,32
Afro-ecuatoriana	43,28	11,64
Mestiza	30,78	8,28
Blanca	27,41	7,58
Otros	26,14	13,20
Nacional	38,28	12,86

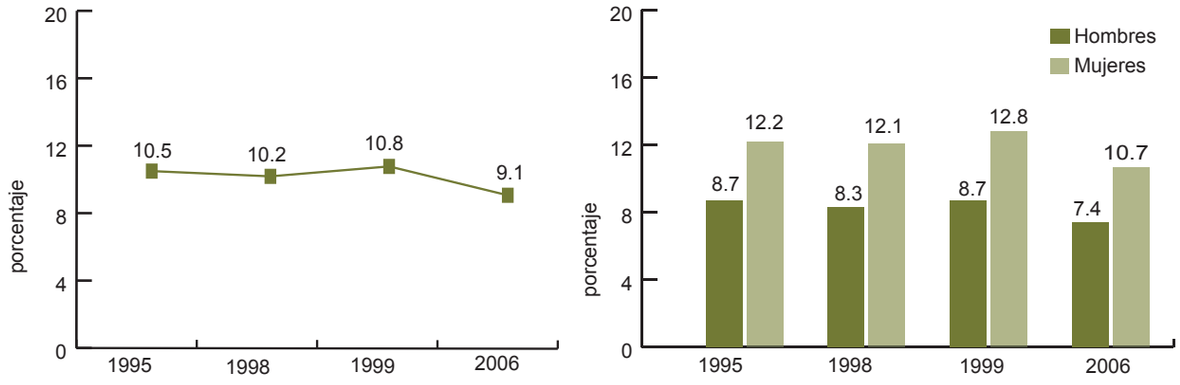
Fuente: SIISE-INEC, con base en ECV 2005-2006, INEC.

El ENDEMAIN 2004 muestra que el 41% de las mujeres ecuatorianas ha sufrido violencia. Las mujeres que viven en áreas urbanas reportan tasas ligeramente más elevadas que las que viven en zonas rurales. Las mujeres indígenas y aquellas con menores niveles de instrucción reportan más violencia. La incidencia de violencia entre las mujeres sin instrucción es 15% mayor respecto de aquellas mujeres con instrucción superior o de postgrado.

La tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años era del 9,1% en el 2006 pero las provincias con mayor concentración de población indígena (Chimborazo Cotopaxi y Bolívar) presentaban un porcentaje mayor. La tasa fue también mayor en las mujeres (10,7%) que en los hombres (7,4%). Durante el último decenio ha habido un crecimiento de la matrícula básica de unos 7 puntos porcentuales, alcanzando cerca del 91% en el 2006. Esto quiere decir que 1 de cada 10 niños/as entre 5 y 14 años no asiste a este nivel de instrucción.

Los problemas de acceso y culminación del nivel de instrucción básica de la población según quintil de consumo y etnia muestran que los quintiles 1 y 2 tienen menores porcentajes que el nivel país; así como las etnias indígenas y afroecuatorianas, las cuales no superan el 86% en matrícula básica y el 34% en cumplimiento. En el 2005, el 66,8% de la población había completado la educación primaria, el 67,9% eran hombres y el 65,8% mujeres. La proporción de mujeres sin estudios se incrementó del 1% en el grupo de 15 a 19 años al 10% en el grupo de 45 a 49 años. Por el contrario, la proporción con instrucción superior y postgrado descendió del 23% en mujeres de 20 a 24 años al 16% en el grupo de 45 a 49 años.

Gráfico 7: Evolución de la tasa de analfabetismo*, Ecuador, 1995-2006



* Mayores de 15 años
Fuentes: ECV 1995, 1998, 1999, 2006
Elaboración: CISMIL

1.2.4. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES[14]

La autoridad nacional ambiental es el Ministerio del Ambiente del Ecuador (MAE). En los últimos 4 años el MAE ha iniciado un importante proceso de descentralización y desconcentración de las funciones ambientales a favor de los gobiernos seccionales. El principal desafío del sector ambiental, a finales del siglo pasado, fue el mejoramiento de la gestión para actuar sobre los problemas y limitaciones de un modelo centralista. El Sector Ambiental agrupa a las instancias en el ámbito nacional responsables de formular y ejecutar las políticas de conservación, protección y mejoramiento del ambiente y de los recursos naturales del país.

La mayor parte del consumo de agua en el Ecuador es para el riego (80% del total de agua captada). Su uso domestico es relativamente bajo. Del agua utilizada para el uso doméstico únicamente el 5% recibe tratamiento; el resto regresa a los afluentes en forma de aguas negras con un alto contenido orgánico y contaminante. El porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente. Según los datos de las encuestas de condiciones de vida del INEC, en 1995 el promedio nacional era del 37%, en 1999 del 40%, y en el 2006 del 48%. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14 % de cobertura respectivamente. Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre (I) tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico (V).

La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 90% en el 2006. La diferencia urbano – rural llega a 11 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 26 puntos entre el quintil I y V. Se ha visto un incremento en la cobertura de la red de alcantarillado desde

14 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida , 2006.

1995 pasando del 44% al 49% en el 2006. Las diferencias regionales actuales de falta de alcantarillado son evidentes; mientras que la región Sierra del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Así mismo se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la recolección de basura llega al 43% en el segmento más pobre (quintil I), y al 94% de las viviendas del quintil V. La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% -75%.

El Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones sequías, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad sanitaria.

2.FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008 consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Además, el artículo 358 menciona que "el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral….."; el artículo 359 enuncia que "El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud…" y, en el artículo 360 que "el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud…."[15]

2.1. RECTORÍA

2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

De acuerdo con el marco constitucional y legal vigente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud. El ejercicio de la función de rectoría por parte del MSP es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud, quienes han manifestado la necesidad de fortalecer este rol para un mejor desempeño y control del sistema de salud.

Las instituciones de Seguridad Social representadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) reconocen formalmente la rectoría del MSP en los aspectos referentes al acceso universal a los servicios integrales, y forman parte del CONASA.

El CONASA, creado como organismo asesor del MSP en 1980, es desde el 2002 una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general.

Los años desde la promulgación de la LOSNS han sido especialmente productivos para el CONASA, sin desconocer los valiosos logros de los años anteriores que culminaron en la definición de documentos de política y de la misma ley. Cabe destacar las políticas y planes de trabajo de: Medicamentos; de Investigación en Salud; de Promoción de la Salud; de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos; de Bioética; las guías para la conformación de los consejos de salud y para la elaboración de los planes de salud, los formularios

15 Constitución de la República del Ecuador, 2008.

generales de la Historia Clínica Única, el conjunto de prestaciones y los protocolos clínicos de las prestaciones priorizadas. Estos instrumentos han permitido incorporar enfoques de interculturalidad en la salud pública, armonizar a nivel nacional las cuentas nacionales de salud y las orientar las políticas de recursos humanos y la carrera sanitaria.

El CONASA ha promovido la construcción colectiva de la agenda nacional de salud con amplia participación de la sociedad ecuatoriana y sus instituciones, que fueron convocados a tres "Congresos por la Salud y la Vida" (COSAVI) en Quito, Guayaquil y Cuenca. Estos congresos permitieron una discusión productiva de la LOSNS, promovieron políticas y procesos claves, y definieron las orientaciones colectivas que más tarde se plasmarían en propuestas de textos para la nueva Constitución Política del Ecuador en el 2008. Actualmente, se encuentra en preparación el IV COSAVI, que tendrá como eje central la transformación del sector salud en el nuevo marco constitucional.

En resumen, el MSP es responsable de la conducción, normatización, coordinación, regulación y evaluación de las actividades y servicios de salud realizada por entes públicos y privados.

2.1.2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

En el período 2002 – 2006, luego de un proceso participativo de consulta nacional a los diferentes actores del Estado y la Sociedad Civil promovido por el MSP y el CONASA, se aprobó una propuesta de Política Nacional de Salud organizada en tres ámbitos de acción: a) la construcción de ciudadanía en salud, b) la protección integral de salud y, c) el desarrollo sectorial. Los objetivos explicitados de esta Política fueron:

1. Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable;
2. Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales; y
3. Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

En concordancia con los mandatos legales, el MSP ha establecido su misión y visión institucional como ente rector del sector salud, señalando entre sus lineamientos estratégicos que: "…asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables, consolidando su Rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias", siendo su misión "Velar por el cumplimiento del principio consagrado en la Constitución Política, en la cual el Estado garantiza el derecho irrenunciable a la salud, su promoción y protección, incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local, mediante la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, de manera desconcentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia".

Desde que se establecieron los compromisos internacionales con la declaración de Alma–Ata en 1978, el MSP ha incluido en sus definiciones de políticas, planes y programas actividades y recursos para apoyar y consolidar la Atención Primaria de Salud en el país. El reciente documento elaborado sobre el "Modelo de Atención Integral de Salud Comunitario e Intercultural", ratifica la importancia que tienen la atención primaria y la promoción de la salud como medios fundamentales para mejorar la salud de las personas y las familias.

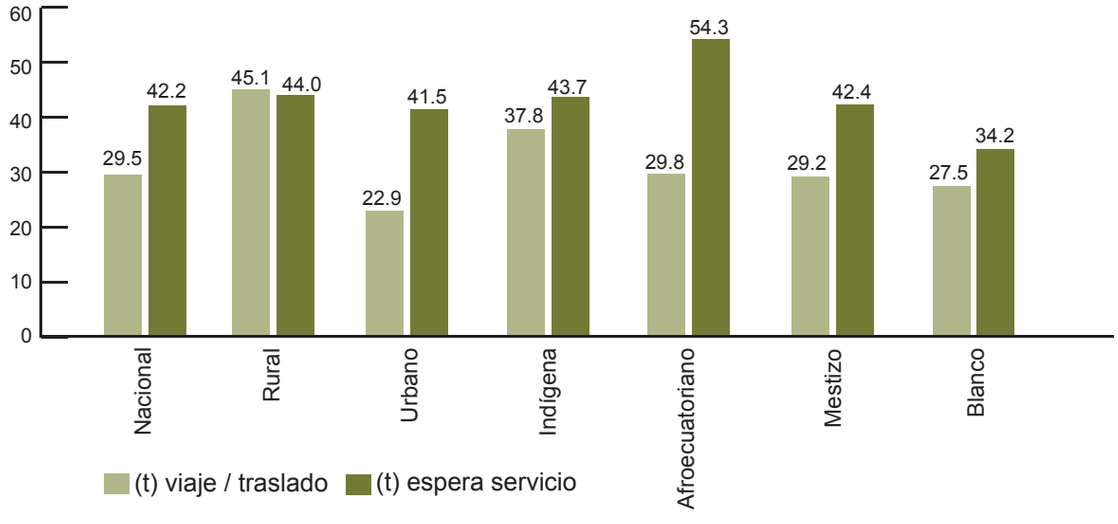
El MSP es el facilitador entre diferentes sectores, gobiernos seccionales y comunidades en la elaboración de políticas de promoción de la salud y de normas e intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción. La promoción de la salud en el país, se ha visto fortalecida con la definición de la Política Nacional de Promoción de la Salud y el Plan de Acción, definida en el CONASA, en julio del 2007. Existen varios programas de promoción como: Programa de Escuelas Promotoras de la Salud; intervención en comunidades y municipios saludables; Manual Metodológico para el Trabajo de Atención Primaria Ambiental y Salud; Guía Metodológica de Participación Comunitaria y Social; Lactancia Materna; Ley de lucha antitabáquica y antialcohol; Uso de Medicamentos Genéricos; entre otros.

Para la formulación de las políticas de salud y su implementación, el MSP cuenta con información proveniente de varias fuentes institucionales. La fuente de información oficial del país es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) que provee información sobre las estadísticas vitales, la capacidad instalada del sector y sobre las actividades y recursos de salud a nivel nacional, aparte de los estudios sobre Pobreza y Condiciones de Vida y las Cuentas satélites en salud.

También existen otras fuentes de información importantes para el análisis del sector salud como la Encuesta ENDEMAIN 2004 con eje en la salud materno-infantil elaborada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), un organismo no gubernamental. También dispone del sistema de indicadores sociales producido por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS), a través del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). El MSP mantiene reportes anuales sobre la producción de sus establecimientos, ambulatorios y hospitalarios y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Asimismo el CONASA con apoyo de la OPS provee información a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud y de sus Comisiones técnicas.

La Autoridad Sanitaria promueve la disponibilidad de información sobre acceso a servicios de salud por grupo socioeconómico, división geográfica, etnia y género (Tabla 3). Se evidencia que, en los últimos diez años, ha existido un incremento poco significativo del acceso a los servicios de salud. Las mujeres son las que mayormente acceden, así como las personas entre 45 a 65 años y la población urbana. Además los lugares de atención primaria fueron los más visitados en ese año. Estos datos todavía no reflejan el funcionamiento del sistema en su conjunto porque, al no existir un sistema único e integrado de información en salud, predominan las bases de datos institucionales. No obstante, desde hace 10 años se publica el informe sobre los Indicadores de Salud en un esfuerzo colaborativo con el INEC y de la cooperación de organismos de NN.UU. que reúne importante información sobre la situación de salud y la producción de los servicios.

Gráfico 8: Acceso a los servicios de salud: Tiempo de viaje y de espera por tipo de población
Ecuador, 2006



Fuente: INEC, ECV - 2006.

Tabla 3: Acceso a los Servicios de Salud (%) por grupos etáreos, tipo de población, nivel socioeconómico y de atención, Ecuador, 1995-2006

NIVEL DE DISGREGACIÒN DE LA INFORMACIÒN	ACCESO	
Periodos	Hombres	Mujeres
1995	15.7	19.3
1999	15.5	18.9
2006	16.4	20.2
Grupo poblacional (2006)		
Menores de 5 años	7.5	6.2
Personas de 5 a 17 años	16	17.1
Personas de 17 a 45 años	15.4	20
Personas de 45 a 65 años	21.9	29.7
Personas de 65 años o más	ND	ND
Zonas geográficas		
Urbana	17.1	21.3
Rural	15.3	18.2
Pertenencia étnica		
Blanco	17.3	23.4
Indígenas	12.3	14.8
Mestizo	16.9	20.5
Afro ecuatoriano	15.1	18.7
Nivel económico		
Población con pobreza extrema	10.1	12.3
Población con pobreza relativa	14.6	16.8
Población no pobre	17.4	21.7
Nivel de atención		
Primer Nivel	70	73.9
Segundo Nivel	81	80.9

FUENTE(S): Encuestas de condiciones de vida 95-99 y 2006. ELABORACIÓN: SIISE/STMCDS

Sería necesario un sistema de monitoreo y evaluación estandarizado y regulación de las políticas de salud para poder valorar con mayor evidencia los avances y restricciones en la implementación de las mismas, desde la perspectiva sectorial. A nivel institucional, el MSP analiza la producción de sus servicios y el cumplimiento de sus metas anuales para el seguimiento de sus planes operativos y la preparación del presupuesto anual.

La participación de la Autoridad Sanitaria en los organismos internacionales ha sido permanente y fructífera, especialmente en los órganos y foros de la OPS y de la OMS y a nivel subregional, como la participación en la 60º Asamblea Mundial de la Salud de 2007. Cada año el MSP participa en diferentes comisiones técnicas sobre diversos temas de salud de la subregión andina y de Presidentes y Ministros de Salud de Sudamérica. La actual Ministra de Salud Pública, ostenta la Vicepresidencia de la Asamblea Mundial de la Salud, para el periodo 2007-2009. En abril del 2008, el Ministerio de Salud coordinó la realización de la XXIX Reunión de Ministros de Salud del Área Andina, en Quito.

Es de fundamental importancia analizar la cooperación externa para el país, de manera general, y con mayor énfasis, la cooperación dirigida al sector salud, tanto en términos económicos como desde el punto de vista de la representatividad de los actores involucrados, la orientación, la gestión y la ejecución. En el 2007 se constituyó la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), como parte de la Secretaría Nacional de Planificación del Desarrollo (SENPLADES) encargada de reemplazar al INECI, con roles de coordinar y dar seguimiento a la cooperación internacional en el país. Ecuador cuenta con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y la Agenda Social anual que orienta las prioridades del país para alinear la cooperación internacional y armonizarla con las metas nacionales en lo social y en salud.

Los principales actores en la cooperación internacional son las Agencias de Naciones Unidas, entre ellas la OPS/OMS. Actualmente existen convenios de programas de cooperación en salud Bi y Multilateral como: Programa de Apoyo al Sector Salud en Ecuador/PASSE/MSP-UE (2005-2009), Convenio con el Fondo Global, Cooperación Belga, Proyecto SYMAE, Plan Ecuador, entre otros.

Tabla 4. Recursos Financieros de la Cooperación Externa en Salud, (En Millones de USD), Ecuador, 2000-2004

RECURSOS/ PERIODOS	2000-2004
Reembolsables	15.688.813,67
No Reembolsables	618.474,39
Total	16.307.288,06

Fuente: MEF (Datos del Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social)
Elaboración :STMCDS

2.1.3. REGULACIÓN SECTORIAL

En el año 2002 se promulgó la LOSNS, cuyo objetivo es establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del SNS en todo el territorio nacional. Este órgano legal establece la competencia del MSP en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional, la coordinación del relacionamiento entre las demás funciones y los integrantes del sistema, apoyado por los Consejos de Salud. En el 2006 se expidió la Ley Orgánica de Salud (LOS), que sustituyó al Código de la Salud.

La LOS define a la salud como un derecho humano fundamental, por lo tanto determina la responsabilidad del Estado en su promoción y protección; y considera los problemas de salud asociados a la realidad social, cultural, étnica, generacional y de género, económica y ambiental actual. Abarca las enfermedades emergentes, crónico degenerativas, transmisibles y no transmisibles; los problemas sociales asociados a los accidentes y las violencias; las medicinas tradicionales y alternativas. Regula la incorporación de los avances técnicos y científicos, adecuándolos a las necesidades actuales y busca garantizar la calidad de los productos, acciones, bienes y servicios en salud. Busca fortalecer la coordinación intersectorial, así como conferir bases normativas sólidas al rol rector del Estado en la salud, facilitando la participación de la sociedad, entendiendo que la salud es un compromiso de todos. Norma y regula los servicios de salud y el ejercicio de las profesiones de salud.

En relación a los medicamentos, la LOS establece que el MSP formula políticas y desarrolla estrategias y programas “para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos”. Con respecto al recurso humano, establece que el MSP regula y ejecuta los procesos de licenciamiento y certificación y establece “las normas para la acreditación de los servicios de salud”; además determina “las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio”. También establece la responsabilidad del

Ministerio de Salud Pública de “participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos”.

Por otra parte, destina capítulos específicos para los Servicios y Profesiones de Salud así como para los servicios de salud y las medicinas tradicionales y alternativas. Establece toda la normativa para regular, licenciar, vigilar, aprobar y controlar el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada otorgando su permiso de funcionamiento. Establece la atención de manera oportuna, eficiente y de calidad, las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina prepaga, la obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia y el respeto y promoción de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.

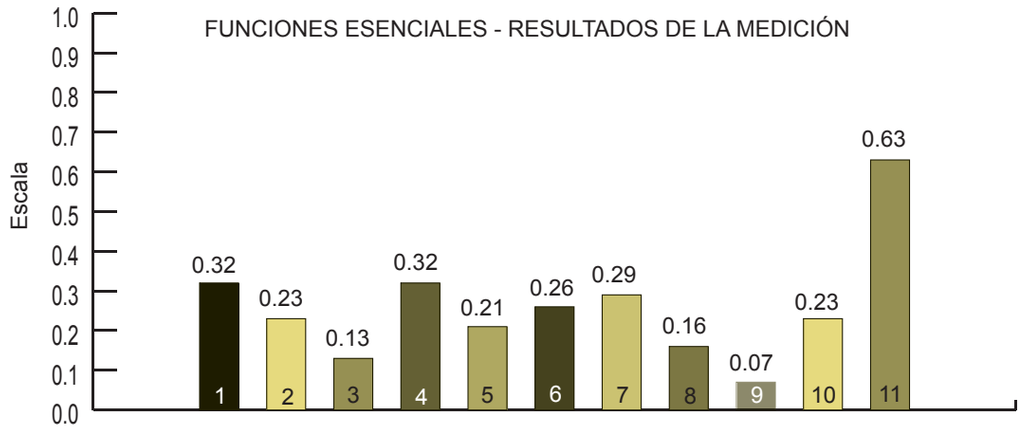
La ASN está facultada para conocer, tramitar, sancionar, juzgar a toda persona u organismo que infrinja la LOS; actuando con verticalidad, honestidad y proporcionalidad para su correcta aplicación. Existen niveles de intervención de acuerdo a la gravedad de la infracción sanitaria, desde el Comisario de Salud, pasando por los Directores Provinciales de Salud hasta llegar al Director General de Salud, según lo determina el mismo ordenamiento legal.

Actualmente, se están dando pasos preliminares para la regulación del ejercicio liberal de las profesiones médicas y de un Sistema de Carrera Sanitaria.

2.1.4. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

En octubre del 2001 se efectúo el ejercicio de medición del desempeño de las FESP por la ASN, con la participación de representantes de las instituciones del sector salud. La medición, liderada por el MSP con la colaboración de la Representación de OPS/OMS en el país, permitió identificar factores críticos a considerar para el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de la infraestructura de la salud pública, entendida en su sentido más amplio, referido a capacidades humanas, recursos y formas de gestión. La siguiente representación gráfica de los resultados permite apreciar el comportamiento de cada una de las 11 funciones evaluadas:

Gráfico 9: Resultado de la Medición de las FESP, Ecuador, 2001



Se observa que la función 11 “Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud” tiene el resultado más alto respecto a todas las demás funciones. Esto puede interpretarse como resultado del énfasis que ha puesto el país en el tema, derivado de la historia de situaciones de emergencia y desastres que ha enfrentado, así como por el trabajo interactivo con varias organizaciones locales.

Le sigue con un resultado intermedio bajo, la función 1 “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud”, que corresponde al grupo de funciones tradicionales de salud pública; la función 4 “Participación de los ciudadanos en salud” y la función 7 “Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios”. Al otro lado del espectro, presentan resultados de desempeño mínimo la función 9 “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”; la función 3 “Promoción de la salud” y la función 8 “Desarrollo de RRHH en Salud Pública”.

También presentan un nivel de desempeño insuficiente la función 2 “Vigilancia de salud, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública”; la función 10 “Investigación en Salud Pública”; la función 5 “Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud” y la función 6 “Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública”.

La menor calificación de la función 3, respecto de la función 4, se explica porque el país se ha fortalecido en el área de participación en todas las esferas del quehacer nacional; sin embargo, hace poco que la promoción de la Salud es un área prioritaria para la ASN.

Es llamativo el bajo desempeño de las funciones 1 (Situación de salud) y 2 (Vigilancia en Salud Pública). Adicionalmente, las funciones relacionadas con la Rectoría y Gestión de Salud Pública (funciones 5 y 6) también presentan un bajo desempeño, lo cual da cuenta de debilidades en el liderazgo de la ASN en hacer cumplir las normas. Esto deberá superarse para avanzar en el fortalecimiento de la salud pública del país.

La baja calificación asignada a las funciones 8 y 10 refleja un cierto abandono -al momento de realizar la medición- en la inversión para la capacitación del capital humano para asegurar el desarrollo de la salud pública en el país.

Luego del año 2005, se han llevado a cabo ejercicios semejantes focalizados en algunas de las funciones. Los resultados han sido, en términos generales, semejantes a los descritos aunque con mejoras en las función 2 (vigilancia en salud pública), función 3 (promoción de la salud), función 5 (desarrollo de políticas) y función 6 (capacidad institucional de regulación). Por esto, es necesario actualizar el perfil global de las FESP, incluso a niveles subnacionales, como base para la formulación de un Plan de Acción orientado al fortalecimiento de la salud pública y el desempeño de la ASN, como una agenda indispensable para el desarrollo del proceso de transformación sectorial en salud.

2.1.5. ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

La ASN sigue los lineamientos que la SENPLADES establece respecto a las normas y regulaciones de planes, programas, proyectos y su financiamiento. A través de las Subsecretarias General y de Extensión de la Protección Social en Salud y de la Dirección General de Salud se determinan las normas de atención y de gestión que condicionan la asignación de recursos. Además, se define el conjunto de prestaciones dentro del Modelo de Atención Integral de Salud y se determinan los programas prioritarios con los recursos necesarios.

El funcionamiento de la red de servicios del MSP se asegura a través del Presupuesto General del Estado, a fondos extra – presupuestarios, a fondos de emergencia y de contingencia y a aportes de Proyectos y Convenios Nacionales e Internacionales. Mediante la implementación por Internet del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGEF) del Ministerio de Finanzas y el nuevo modelo de planificación de SENPLADES, se articula el Modelo de Gestión Institucional y la Estructura Presupuestaria y se garantiza el criterio de asignación y seguimiento de inversión de recursos.

La movilización de recursos públicos (materiales, humanos, financieros y organizacionales) está sujeta al Presupuesto General del Estado, que asigna fondos para el MSP y para algunas instituciones no gubernamentales sin fines de lucro como son la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). En cuanto a los recursos propios del MSP, la prioridad se relaciona con el desarrollo de programas y actividades relativas a la estrategia de Atención Primaria de Salud, el modelo de atención integral, la priorización de la atención de la población más pobre (Q1-Q2), entre otras; con un esfuerzo cada vez mayor para coordinar y articular acciones con las instituciones del sector salud, en el marco de la propuesta de Transformación Sectorial de Salud

2.1.6. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

La garantía del aseguramiento de ciertos sectores de la población ecuatoriana se efectúa mediante el IESS encargado de asegurar la salud de los trabajadores, los seguros públicos (ISFFA e ISSPOL) y los seguros privados. Además, existen programas de aseguramiento de riesgos o poblaciones, como ser para las embarazadas.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia establece que “toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado”. Periódicamente, la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia informa a los Comités de Usuarias/os, y a los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios de Salud, Áreas de Salud y Hospitales acerca de los montos transferidos en base a la producción de prestaciones reportadas por las Áreas de Salud y Hospitales. A través de distintas estrategias de comunicación, permanentemente se informa a la población sobre la vigencia de la Ley y sobre las 57 prestaciones que cubre.

2.1.7. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

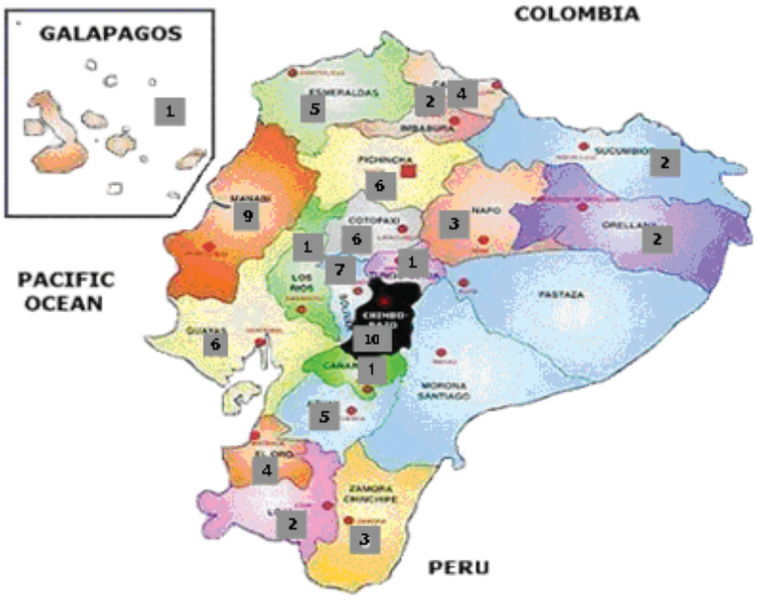
El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados.

En el año 2007, el MSP estaba organizado en tres niveles: área de salud, nivel provincial y nivel nacional. El área de salud está conformada por la unidad de conducción y las unidades operativas del primero y segundo nivel, con capacidad resolutiva técnica, administrativa y financiera. El nivel provincial está constituido por la dirección provincial de salud, cuya función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área y a los hospitales de su jurisdicción geográfica. El nivel nacional es la instancia rectora del sector salud, conformada por diversos procesos responsables de elaborar y difundir normas técnicas, administrativas y financieras de aplicación nacional.

Desde la visión local, se debe mencionar a los Equipos Básicos de Salud (EBAS) que trabajan a nivel comunitario con un enfoque de promoción y prevención. A fines del 2007 estaban constituidos y en operación 1702 EBAS en todas las provincias del país, habiendo atendido a más de cien mil familias.

Desde la emisión de la LOSNS (2002) y su Reglamento (2003), se ha ido regulando la conformación y el funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud a través de herramientas que orientan la participación de los actores del sistema a nivel local y provincial, para armonizar la planificación de sus Programas Operativos Anuales y optimizar los presupuestos locales en salud. Estas herramientas son las Guías Metodológicas de Conformación y Funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud y la de Elaboración de los Planes Cantonales y Provinciales de Salud, las cuales en el 2007 fueron utilizadas para conformar 83 Consejos Cantonales de Salud (83 de 220) y 8 Consejos Provinciales de Salud (8 de 24).

Gráfico 10. Consejos Cantonales de Salud, Ecuador 2007



FUENTE: Consejo Nacional de Salud, Noviembre 2007.

El MSP ha desarrollado, validado e implementado normas de atención para el conjunto de prestaciones ambulatorias de fomento, promoción y prevención por componentes programáticos y ciclos de vida. La tarea pendiente es el desarrollo de normativas para el segundo y tercer nivel, especialmente en lo que se refiere al modelo de gestión de los procesos técnico-administrativos y normas y protocolos para la atención clínica y quirúrgica. Actualmente, el MSP y el CONASA están desarrollando los protocolos de atención en función del perfil epidemiológico del país. Se han consensuado los grupos etáreos, se han homologado las unidades de servicio del SNS y se ha establecido un sistema de codificación nacional. Además, se cuenta con los formularios generales para la Historia Clínica Única que será una herramienta esencial para el adecuado funcionamiento de la red integral de servicios públicos de salud.

La red pública integral de salud, establecida en la nueva Constitución y uno de los ejes de la TSSE, es el mecanismo que puede impulsar la puesta en práctica de estas herramientas, necesarias para el adecuado funcionamiento de un SNS.

Actualmente, se encuentran publicados los derechos de los usuarios. Estos incluyen: Ley de Derecho y Amparo al Paciente, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 626 de 3 de febrero de 1995; Ley Orgánica de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 423 de 22 de Diciembre del 2006 y Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, publicada en el Registro Oficial No. 7 de 20 de febrero de 1997. No existe una instancia exclusiva encargada de defender los derechos de los usuarios. Sin embargo, existen instancias como la Defensoría del Pueblo, Tribuna de Defensa del Consumidor, y las Veedurías en algunas Áreas de Salud y Provincias.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. FINANCIAMIENTO

El presupuesto del MSP mantuvo un incremento constante desde el 2001 (US$ 151,7 millones) hasta el 2006 (US$ 561 millones), pasando de 3,4% del presupuesto general del Estado al 6,6% [16] y del 0.9% al 1.4% del PIB, respectivamente. En el 2007 fue de US$ 647 millones (6,2%) del Presupuesto General del Estado.

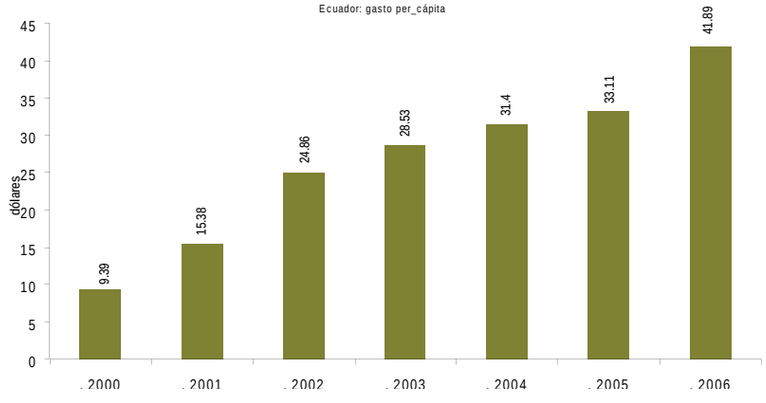
Tabla 5. Presupuesto Sector Salud (%), Relación PGC y PIB

AÑO	PTO SALUD/PGC	PTO SALUD/ PIB
2000	2,7	0,7
2001	3,4	0,9
2002	5,4	1,3
2003	5,5	1,3
2004	5,5	1,3
2005	5,7	1,2
2006	6,6	1,4

Ecuador, 2000 – 2006

Según las Cuentas Nacionales, el gasto total en salud se situaba en el 2004 entre el 4% y el 5% del PIB; proviniendo un 50,4% del gasto del sector público (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL y gobiernos seccionales) y un 49,2% del sector privado. El gasto público per cápita en salud para el 2006 fue de 41,89 dólares, viéndose un incremento de 32,5 dólares en relación al año 2000. El gasto per cápita salud total en el año 2005 fue de $150.7 ($109.5 hogares $ 41.2 Gobierno). En el 2008, el per cápita gobierno (MSP e IESS) alcanza los 110 dólares.[17]

Gráfico 10. Gasto Público per cápita en Salud, Ecuador, 2000 - 2006



FUENTE: Situación de la salud en el Ecuador, Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007

16 Ecuador, Ministerio de Economía y Finanzas. Estados financieros consolidados a diciembre 2005. Disponible en: www.minfinanzas.ec-gov.net. Acceso el 14 de abril y 15 de mayo de 2006.

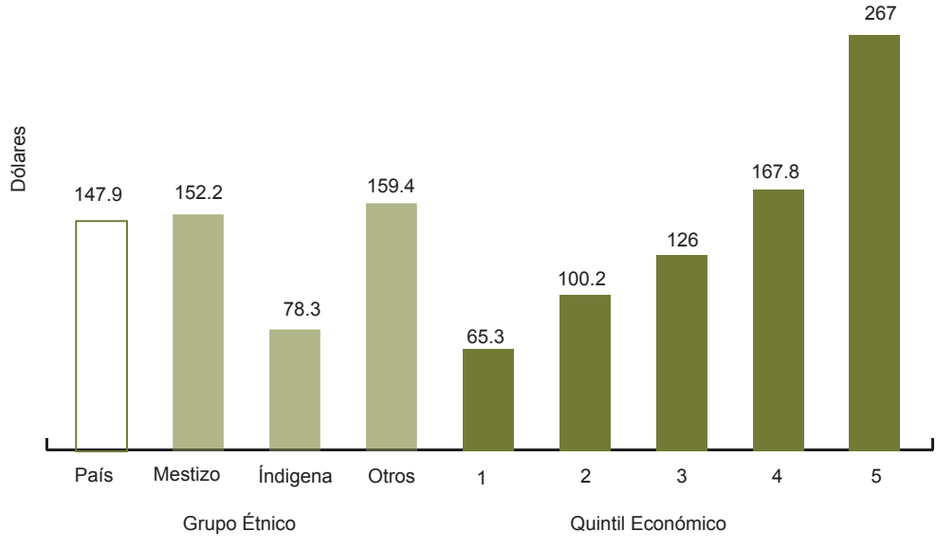
17 INEC, Cuentas Nacionales de Salud.

El 90% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares (61% para la adquisición de medicamentos e insumos, 24,3% para la atención médica y 4,7% para exámenes de laboratorio, materiales odontológicos y aparatos ortopédicos). Del gasto privado, el 74,7% se realizó en el área urbana y el 25,3% en el área rural, que concentra el mayor número de personas del quintil más pobre. Las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% de quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5).[18]

El quintil más pobre destina un mayor porcentaje de su gasto en medicamentos, a diferencia del quintil más rico. En cuanto a las regiones, la Costa es la que más destina su gasto al consumo de medicamentos comparado con la Sierra. Desde el punto de vista económico, el gasto en medicamentos tiene un alto peso en el gasto total en salud. En el año 2003, el gasto total en salud fue de USD 1,480 millones (5,5% PIB) de los cuales 524 millones fueron gastos en medicamentos (1,67% PIB). De esto, 403 millones fue gasto directo de los hogares.

Estudios realizados sobre el gasto público en salud y educación (2004)[19], muestran que el quintil más rico de la población ecuatoriana recibe cerca del 40% de los beneficios, mientras que el quintil más pobre recibió menos del 10%.

Gráfico 11. Gasto en salud per cápita anualizado (todos los hogares), según grupo étnico y quintil económico, Ecuador, 2004

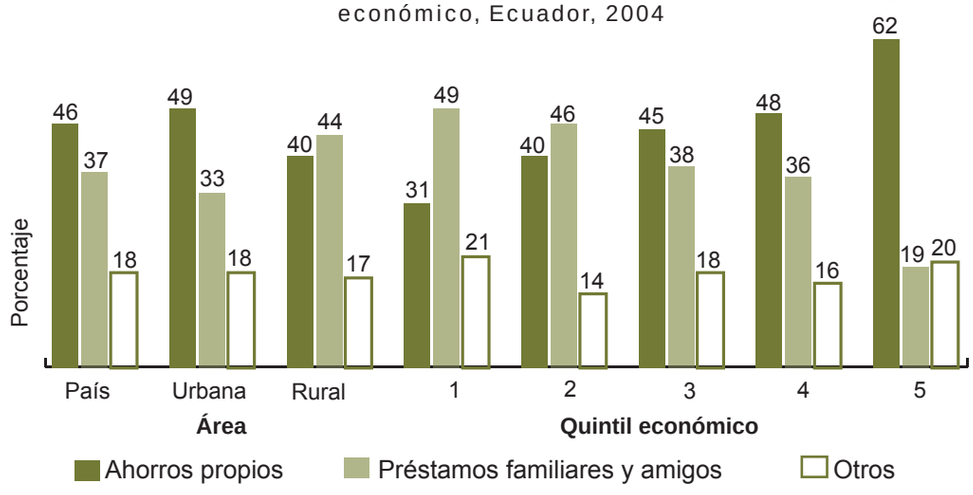


Fuente: ENDEMAIN, 2004.

El sector público, destina un 81,2% del gasto en salud para atención curativa y un 18,8% para la atención preventiva. En el primer nivel de atención se gasta 34,1%, en el segundo 29,9% y en el tercero 36%. De ese gasto, el 34,4% corresponde a la provisión de servicios hospitalarios, el 29,3% al suministro de medicamentos, el 23,6% a servicios ambulatorios, el 11,7% a la salud pública y el 0,9% a la investigación. Sólo el 31,8% se focaliza en los grupos en pobreza y el resto recibe el 68,2%.

18 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.
19 World Development Report. 2004.

Gráfico 12. Mecanismos de financiamiento de los gastos en hospitalización, según área y quintil económico, Ecuador, 2004

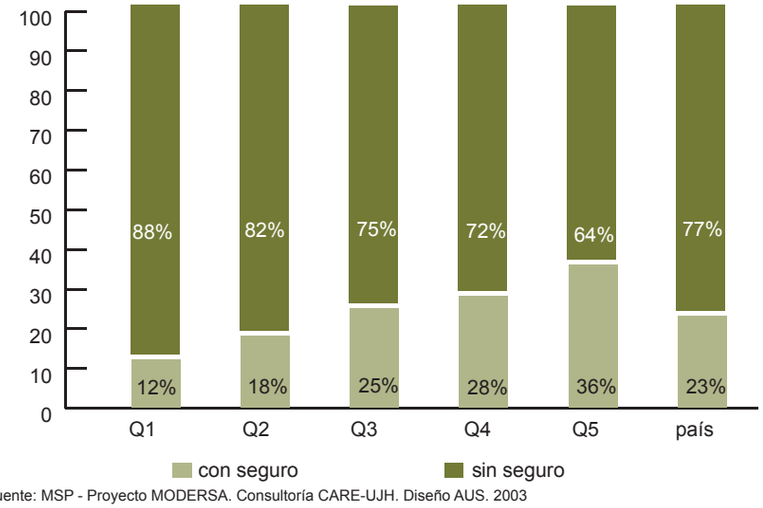


Fuente: ENDEMAIN, 2004.

2.2.2. ASEGURAMIENTO

La población ecuatoriana cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado era de apenas el 23% en el año 2004 con amplias diferencias según los quintiles.. En el quintil más pobre (Q1) apenas el 12% tenía un seguro de salud mientras que en el quintil más rico (Q5), el 36% tenía un seguro.

Gráfico 13. Población con Seguro de Salud, por quintiles. Ecuador, 2004



Fuente: MSP - Proyecto MODERSA. Consultoría CARE-UJH. Diseño AUS. 2003

El Conjunto de Prestaciones del SNS, aprobado mediante resolución del Directorio del CONASA el 25 de octubre del 2006, define los beneficios para dicho sistema. En base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP 2) se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión para el listado de prestaciones. Se definieron los tipos de prestaciones (ambulatorias, hospitalarias y complementarias); las categorías de intervenciones (clínicas, quirúrgicas y/o

clínico-quirúrgicas); los diez grupos etáreos; la homologación de los servicios de salud del Sistema en sus tres niveles de atención, la definición del listado de enfermedades o situaciones de salud y la construcción de un glosario de términos.

Se han consensuado y establecido 144 prestaciones ambulatorias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en el primer nivel; 378 prestaciones hospitalarias clínicas y quirúrgicas para el segundo y tercer nivel de atención y las prestaciones complementarias de los tres niveles de atención para todos los grupos etáreos.

Los criterios de inclusión utilizados para la definición del Conjunto de Prestaciones fueron: mortalidad general por grupos etáreos en los niveles de atención I, II y III, morbilidad prevalente general del Ecuador; acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación cubiertas en los programas de los servicios públicos y de seguridad social nacional; y, acciones hospitalarias clínicas y quirúrgicas; cirugía plástica reconstructiva (atención de quemados en emergencia, seguimientos y secuelas); trauma, cáncer de piel (basocelular, escamocelular, melanomas y reconstrucción); cicatrices, reconstrucción por cáncer de mama y exámenes complementarios inherentes o necesarios para el diagnóstico de una situación de salud o enfermedad, contemplados en el protocolo de atención.

Durante el año 2006, el Gobierno Ecuatoriano puso en vigencia el Programa de Aseguramiento Universal en Salud, PRO-AUS, cuyo objetivo fue brindar un sistema de aseguramiento que comprende prestaciones integrales con calidad, eficiencia y equidad, bajo una concepción de protección social y una lógica de aseguramiento público, priorizando a la población que vive en condiciones de extrema pobreza y pobreza (la más vulnerable).

Sin embargo, durante el año 2007 la implementación de dicha estrategia se limitó a la ciudad de Quito y a los cantones de Guayaquil y Cuenca, proponiendo para el resto del país el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC). El MAISFC busca mejorar el acceso de la población vulnerable (Q1 y Q2) a los servicios de salud mediante la creación de equipos básicos de atención en las áreas de salud, a los cuales se les asigna un territorio y una población para su cuidado y protección social.

La modalidad dominante de pago en los modelos de aseguramiento en salud es la capitación o pago por evento. Las instituciones que participan en el aseguramiento en salud son: el MSP como proveedor y financiador, la Corporación Metropolitana de Salud (Quito) y la Corporación de Salud (Cuenca) como modelos presupuestarias del Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) que impulsó el MSP en 2006 y en Guayaquil como una modalidad ad hoc que utiliza recursos del bono de desarrollo humano que otorga el gobierno a las familias de pobres.

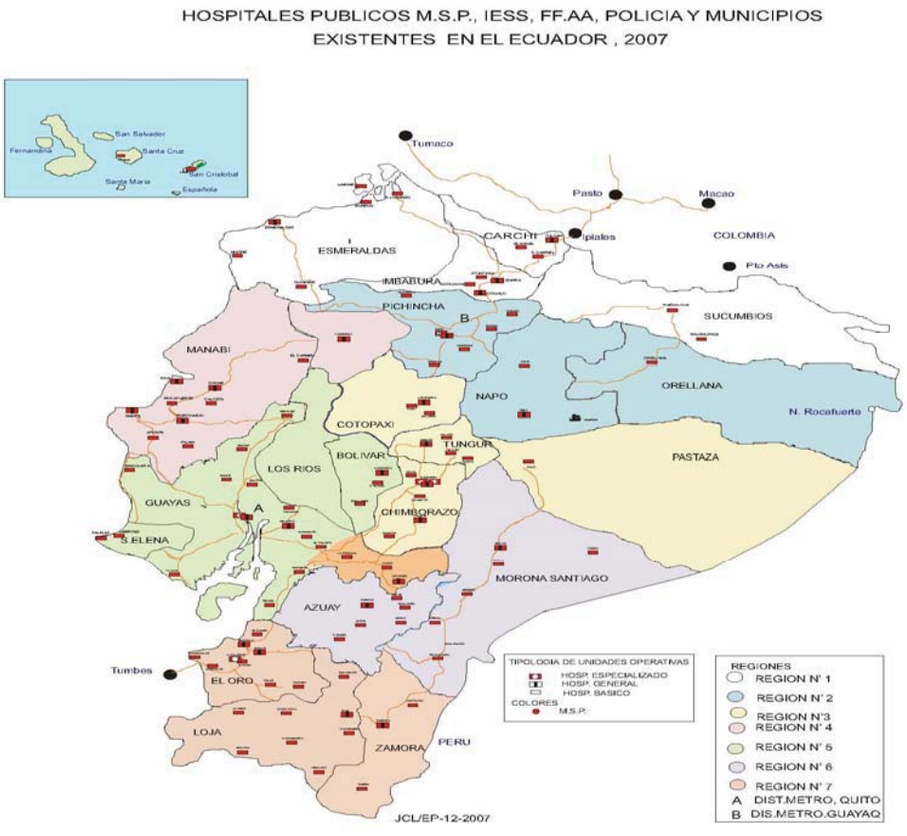
La regulación del aseguramiento en salud es ejercida por el MSP, a través de la Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud cuyo grado de desarrollo es incipiente. El marco regulador existente para las instituciones que participan de la protección social está dado por los Convenios firmados con proveedores de primero y segundo nivel donde se detallan las actividades de salud, individuales y colectivas, que deben ejecutarse en prevención y curación así como las actividades de promoción de la salud.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno, respectivamente) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

Gráfico 14. Hospitales Públicos existentes en el Ecuador, 2007



Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad. En el nivel I (complejidad baja) se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica.

En el nivel II (complejidad intermedia) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En el nivel III (complejidad alta) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

Con relación a la oferta de servicios del MSP, en el año 2006 el nivel I tenía 230 puestos de salud, 1.226 subcentros y 127 centros de salud; el nivel II tenía 82 hospitales básicos y 33 hospitales generales y el nivel III tenía 15 hospitales especializados (9 agudos y 6 crónicos) y 1 hospital de especialidad. El número de unidades operativas y administrativas era de 1.737.[20]

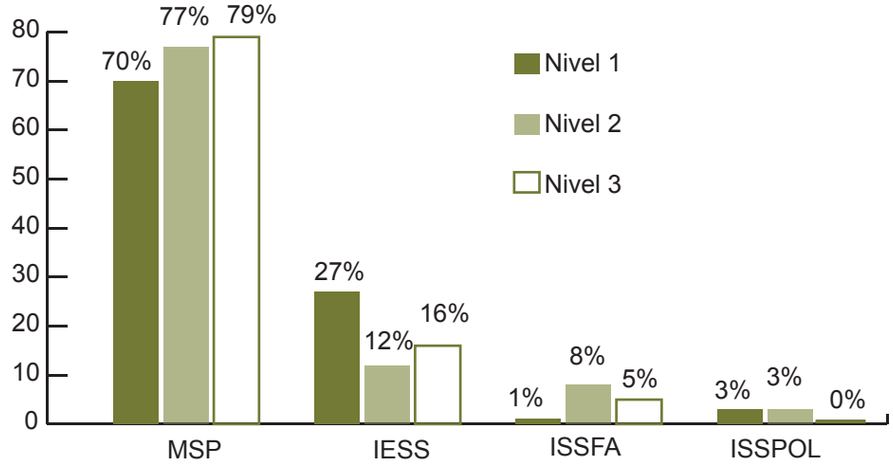
En el año 2006, el IESS administró 16 hospitales de nivel I, 5 hospitales de nivel II, 1 hospital de nivel III, 34 centros ambulatorios, 294 dispensarios anexos al IESS y 577 dispensarios del Seguro Social Campesino. El ISSFA tenía 53 unidades de primer nivel, 12 unidades de II nivel y ninguna de III nivel y en el ISSPOL había 34 servicios de nivel I y 2 unidades de nivel II.

La JBG es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento proviene principalmente de la lotería nacional y que cuenta con 4 hospitales, 2 de medicina general y 2 especializados localizados en la ciudad de Guayaquil. SOLCA es una entidad privada con fines sociales que cubre parte de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer. La misma se basa en instituciones regionales con autonomía administrativa y financiera ubicadas en las principales ciudades del país y tenía, en el año 2006, 3 unidades de nivel I y 9 hospitales especializados.

Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluyen algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados. En el año 2006 había 29 establecimientos de salud municipales nivel I y 8 de nivel II.

El sector público está conformado en su mayoría por hospitales básicos (45,1%) y hospitales generales (39,0%) mientras que los hospitales especializados corresponden al 14,8% y los de especialidad al 1,1%. El MSP tiene la mayor cantidad de unidades de nivel I, II y III del país, por lo tanto tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando al total de unidades del IESS, ISSFA e ISSPOL combinadas.

Gráfico 15. Participación porcentual de los Servicios Públicos de Salud
Ecuador, 2008



20 INEC, Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2006.

En el año 2006, se identificaron en el país 3.681 establecimientos de salud (2.999 públicos y 682 privados). De ese total, 683 (18,6%), eran con internación hospitalaria y 2.998 (81,4%) sin internación. Del total de establecimientos con internación hospitalaria registrados, el 26,6% corresponde al sector público y el 73,4% al sector privado. De acuerdo a la Clase de Establecimiento la mayor parte (454) son clínicas privadas sin especialidad. El subsector público dispone del 25,6% de los establecimientos de salud, el MSP tiene el 17,6%, proporción que en 1994 era del 27,0%.

Si comparamos los años 1997 y 2006, los datos demuestran un aumento de los establecimientos con internación hospitalaria, de 494 a 683. La región geográfica con mayor crecimiento es la Sierra que, en estos últimos diez años, ha experimentado un crecimiento del 44,5%, con excepción de la región Insular donde el número se mantuvo igual. En las Zonas No Delimitadas se registra un importante incremento en términos absolutos de 1 a 6 establecimientos.

El sector privado está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15% de los establecimientos del país.

Tabla 6. Establecimientos de Salud, con y sin internación Sector Privado, Ecuador, 2006

Sector y Entidad	Total de Establecimientos	Establecimientos con internación												Establecimientos sin internación				
		Total	Hospital básico	Hospital general	Hospital especializado		Hospital de especialidades	Clínica privada sin especialidad	Clínica especializada		Otras clínicas especializadas	Hospital de especialidades privado	Total	Centro de salud	Subcentro de salud	Puesto de salud	Dispensario médico	Otros 1/
					agudo	crónico			aguda	crónica								
Sector Privado	682	501	-	9	-	1	-	454	28	2	5	2	181	8	-	-	127	46
con fines de lucro 2/	483	470	-	-	-	1	-	434	28	1	5	1	13	1	-	-	9	3
sin fines de lucro 3/	199	31	-	9	-	-	-	20	-	1	-	1	168	7	-	-	118	43

1/ incluye: Puestos de socorro, enfermerías, planificación familiar, clínicas y brigadas móviles, Instituto nacional del niño y la familia (INNFA), Cruz Roja etc.
2/ incluye: Compañías autónomas (clínicas y hospitales particulares)
3/ incluye: Instituciones religiosas, particulares y fundaciones

Los servicios privados se financian por el gasto directo de las familias. Las entidades privadas deben estar registradas y autorizadas por el MSP para su funcionamiento. Cuentan con una capacidad instalada de unos 350 establecimientos con internación, mayormente tipo clínicas, con fines de lucro. De igual manera, existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares, la mayoría ubicados en las principales ciudades, con infraestructura y tecnología elemental. También existen empresas de medicina prepagada que cubren menos del 3% de la población de los estratos de medianos y altos ingresos.

2.3.2. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

2.3.2.1. Formación de recursos humanos

El sistema de formación de recursos humanos esta constituido por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP que regula), Consejo Nacional de Educación de Acreditación (CONEA que acredita), CONASA (que formula políticas), MSP-IESS-FFAA-POLICIA-JB-SOLCA-MUNICIPIOS (escenarios de práctica), Asociación de Facultades de Medicina y Ciencias del Ecuador (AFEME - Coordinación académica) y las Universidades públicas y privadas (formación). Al 2008, existen en el país 25 facultades de medicina y ciencias de la salud, 13 públicas y 12 privadas.

Con el propósito de evitar los problemas que se describen en este capítulo y aplicar los principios constitucionales y legales en cuanto a la coordinación entre el Ministerio de salud y las instituciones formadoras se suscribe periódicamente un convenio entre el MSP y AFEME para el desarrollo de programas en pregrado, postgrado, educación continua, investigación y vinculación comunitaria.

En la actualidad existe un predominio de especializaciones de cuarto nivel que no se adecua al Sistema de Salud, puesto que gran parte de los problemas de salud pública pueden ser resueltos en el primer nivel de atención. En el año 2007, había 12 universidades que ofertaban la Maestría en Salud Pública, la mayor parte de estos Centros Educativos se concentran en las grandes ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca). Por lo general, la currícula de formación profesional en pregrado y postgrado de las carreras de salud no se revisa ni se formula con periodicidad.

2.3.2.2. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo

La LOSNS (2002) y su Reglamento General (2003) hacen expreso reconocimiento a los recursos humanos en salud. Desde el 2001 la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS) del CONASA reúne a los principales actores del campo: servicios, gremios, sindicatos, universidades y entidades reguladoras. La CONARHUS tiene a cargo el Observatorio de Recursos Humanos en Ecuador, que genera importante información en el campo. Además, esta instancia elaboró el Anteproyecto de la Ley de Carrera Sanitaria (2006) que fue presentado al CONASA.

2.3.2.3. Oferta y Distribución de Recursos Humanos

Del total de personal que trabaja en establecimientos públicos de salud, más de la mitad lo hace en el MSP; le sigue el IESS, cuyo porcentaje está dado por la suma del Seguro General que incluye anexos (15,3%) y SSC (2,5%). En el 2003, el MSP contaba con el 54,6% de los médicos; el 59,6% de las enfermeras; el 68,8% de los odontólogos y, el 94,6% de las obsterices (matronas). Ese mismo año, la distribución de los profesionales de salud que trabajaban en el sector público era del 49,95% de los médicos, el 81,86% de las enfermeras, el 91,82% de los odontólogos y el 80,95% de las obstetrices (matronas).[21]

21 Merino C; Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Ecuador; Comisión Nacional de Recursos Humanos. Empleo de los recursos humanos en salud en instituciones del sector público. Quito; 2006.

Tabla 7. Personal de salud según sector y clase, Ecuador, 2006

SECTOR	TOTAL	Médicos Especializados	Odontólogos	Bioquímicos Farmacéuticos	Obstetrices	Enfermeras	Tecnólogos	Estudiantes internos	Auxiliares de Enfermería	Médicos residentes	Médicos rurales
Total país	55,578	19,299	2,636	560	1,487	7,499	3,215	2,446	13,923	2,657	1,856
Sector											
Público	36,654	8,212	2,386	291	1,273	6,175	2,175	2,003	10,458	1,830	1,851
Privado	18,924	11,087	250	269	214	1,324	1,040	443	3,455	827	5

Fuente: INEC, Base de Datos, Ecuador 2006.

En el año 2006, 55.578 personas trabajaron en establecimientos de salud: 19.299 médicos; 13.923 auxiliares de enfermería y 7.499 enfermeras, entre los más importantes. Para este mismo año, la tasa de médicos por 100,000 habitantes era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4.

Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos (63%). En cambio, los servicios de atención ambulatoria que brindan atención primaria sólo disponen del 24,9% del total de médicos que laboran en los establecimientos de salud. En el caso de los odontólogos, los subcentros de salud y los dispensarios médicos presentan los porcentajes más elevados concentrando a más de la mitad (63,5%) de estos profesionales. Lo contrario ocurre con las enfermeras, quienes mayoritariamente (43,4%) se ubican en los hospitales generales y luego, con una diferencia de 32 puntos porcentuales, en los subcentros de salud. Al igual que los odontólogos, las obstetrices (matronas) se encuentran principalmente en los subcentros (39%) y en los centros de salud.[22]

En el segundo semestre del 2007, el MSP realizó un estudio de necesidades de Recursos Humanos en salud a nivel nacional y contrató a más de 4.500 recursos humanos de varias disciplinas en función del nuevo modelo de atención integral familiar, comunitario e intercultural y a la necesidad de ampliar a 8 horas el horario de la consulta externa.

2.3.2.4. Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud

Se han establecido juntas mixtas de trabajo en las que se discuten temas de interés laboral entre representantes de trabajadores sindicalizados y de las autoridades ministeriales, con el fin de resolver conflictos. Además, se han establecido estrategias de concertación de políticas y de gestión participativa, las mismas que establecen los Consejos de Salud, como estipula la LOSNS.

2.3.3. MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

Las líneas fundamentales de la política nacional de medicamentos (1999) se orientan a garantizar la disponibilidad, el acceso, la calidad, el uso racional y el menor precio de los mismos. La Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos de Uso Humano del 2000 establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, a incentivar su producción nacional y a facilitar su registro mediante el procedimiento de homologación para los productos importados.

22 CONARHUS-CONASA, MSP-Proyecto MODERSA , OPS/OMS, Merino, Cristina, Empleo de los Recursos Humanos en Salud en Instituciones del Sector Público, Observatorio de Recursos Humanos en Salud en el Ecuador, Comisión Nacional de Recursos Humanos, Quito, Ecuador, 2006.

El mercado de medicamentos en el Ecuador incluía en el año 2004 el Mercado Privado con un 87% y el Institucional con 13% distribuido este último de la siguiente manera: MSP (5,7%), IESS (4,9%), ISSFA (0,85%), JBG (0,75%), SOLCA y la CRUZ ROJA (0,8%).[23]

Ese mismo año, el mercado farmacéutico contaba con unos 225 laboratorios, 170 distribuidores, 5.000 farmacias [24, 25] y 9.386 productos con Registro Sanitario, de los cuales, sólo se comercializaban 6.439 (68,60%), de ellos 1.539 (25,29%) eran medicamentos genéricos.[26] El porcentaje de genéricos aumentó del 16,2% en el 2001 al 25,2% en el 2005. El volumen de ventas de genéricos en el 2005 no superó el 11,3% del total; probablemente porque todavía existe desconfianza por parte de quienes emiten las prescripciones por la falta de garantía de calidad y seguridad de esos productos.

En 2004 se estimó que alrededor del 80% de los medicamentos se adquiría y consumía sin receta médica. Bianualmente, la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del CONASA actualiza, publica y difunde el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. En 2006 se aprobó y revisó la sexta revisión. Los medicamentos incluidos en ese listado son de uso obligatorio en todas las instituciones del sector público de salud y de referencia para el sector privado. El mercado privado creció un 35,8% en el período 2001–2005 (de US$ 407.079 millones a US$ 553.157 millones).[27]

Existen todavía varios problemas relacionados con la disponibilidad, el uso racional, el control de calidad y los precios de los medicamentos, siendo el acceso uno de los más importantes y el precio una de las variables determinantes.

2.3.4. Calidad de los Servicios

En el 2004, con base en la atención primaria en salud y el modelo de atención integral, el programa de extensión de cobertura del MSP desarrolló y aplicó un sistema de licenciamiento de las unidades de salud de primero y segundo nivel en las 200 parroquias identificadas como las más pobres del país (según las necesidades básicas insatisfechas). Se movilizaron recursos financieros por $6.600.000 para realizar adecuaciones en las unidades.[28]

Los datos del proceso de licenciamiento revelan que el 11.3% (150) de las unidades operativas de primer nivel tienen licenciamiento completo, el 51.7% (690) licenciamiento condicionado y el 37% (489) no están licenciadas.[29] El IESS aplica un instrumento de certificación de sus unidades operativas, con estándares superiores a los del MSP, que le permite cuantificar los recursos necesarios para mantener estándares intermedios de funcionamiento.

23 Paredes P, Romo H, Quevedo M. Estudio del Mercado Farmacéutico en el Ecuador. Quito; julio 2004.
24 Paredes P, Romo H, Quevedo M. Estudio del Mercado Farmacéutico en el Ecuador. Quito; julio 2004.
25 Corporación de Estudios para el Desarrollo. Impacto económico sobre el sector farmacéutico ecuatoriano de la adopción de un capítulo sobre la protección de derechos de propiedad intelectual. Resumen ejecutivo. Quito; septiembre 2005.
26 IDEM 3.
27 Ecuador, Instituto Nacional de Salud. Auditoría mercado farmacéutico privado. Investigación de mercado en salud. Ecuador. 2001–2005.
28 Ecuador, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud, Proyecto Modernización y Desarrollo de Redes Integrales de Servicios de Salud (MODERSA). Programa de extensión de cobertura en salud en base a la estrategia de atención primaria y el licenciamiento de la red de servicios de salud. mayo 2004.
29 MSP, Proceso de Normatización, 2005.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

El mapeo institucional del Sistema de Salud se caracteriza por tener un ente rector de acuerdo a la política nacional y múltiples instituciones con funciones de financiamiento y provisión. El IESS regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Tabla 8: Mapeo institucional del sistema de salud, Ecuador, 2008

Funciones	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
Organizaciones	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central –Ministerio de Salud	X	X	X		X
Instituciones de Seguro Social	X	X	X	X	X
Gobierno regional (provincial)			X		X
Gobierno local (Distrito, Municipio)			X		X
Aseguradoras privadas -Sin lucro -Con lucro			X	X	X
Proveedores privados -Sin lucro -Con lucro			X		X

Fuente: Construcción propia con información de los diferentes actores

3.MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud conforme la definición adoptada en la Reunión Regional de 1995 que hace referencia a cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector salud.[30] Durante el período 1995-2005, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias propuestas orientadas hacia la conformación de un SNS con enfoques de aseguramiento, el desarrollo de un marco legal importante para el sector salud y, en algunos casos, la aplicación inicial de algunos de los procesos de manera parcial. Estos incluyen por ejemplo: a) la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; b) las iniciativas de programas para la extensión de cobertura hacia los sectores de menores recursos (PROECOS); c) la propuesta de nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario y con base en la atención primaria y promoción de la salud y d) el programa de Aseguramiento Universal (AUS).

Las inestabilidades político-administrativas que vivió el país en ese período impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación. Ello se debe en buena medida a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo gobierno (7 Presidentes en el período 1995-2005), a la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y a la falta de consensos entre los actores involucrados. Debido a ello, no se ha consolidado un modelo de Reforma, excepto en el marco jurídico-constitucional de 1998 y en las leyes de salud (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia ,1998; Ley de Medicamentos Genéricos, 2000; Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002 y Ley Orgánica de Salud, 2006), cuyo desarrollo y cumplimiento aún son parciales.

Esta situación se observa en el análisis que sigue donde se señalan los principales hechos en el intento de iniciar un proceso de reforma del sector salud en el país.

Desde principios de los noventa, se inició la discusión sobre la necesidad de una reforma sectorial, cuyo proceso, entre 1992 al 2000, se divide en cinco fases:[31]

a. Fase de inserción del tema de Reforma del Sector Salud (RSS)
b. Fase de generación y discusión de las propuestas; y,
c. Fase de discontinuidad del proceso
d. Fase de operacionalización inicial de RSS, y
e. Fase de consolidación.

a. Fase de inserción del tema de Reforma del Sector Salud:

En 1993 se creó el Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM) y en 1994 se estableció la Comisión de Reforma de la Seguridad Social. Durante ese mismo año el MSP inició la ejecución del proyecto FASBASE (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud) y se realizó el primer taller de RSS en el que se acordó el “Acta de Cumbayá” que estableció compromisos institucionales para impulsarla, creándose a continuación la Comisión Bi-Ministerial (Salud y Bienestar Social) de RSS.

b. Fase de generación y discusión de las propuestas:

A finales del 2004, la Comisión Bi-Ministerial apoyada por el FASBASE, entregó la propuesta de RSS a las nuevas autoridades del MSP y el CONAM publicó la propuesta de Reforma a la Seguridad Social, donde se planteó la privatización del sistema de pensiones y la creación de un sistema de seguridad social con base en

30 Reunión Especial sobre Reforma del Sector de la Salud, realizada en Washington en septiembre de 1995 organizada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Banco Interamericano de De sarrollo, el Banco Mundial y otros organismos multilaterales y bilaterales.

31 Echeverría Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador 1992-1997: Aportes para el Debate. CEPAR. Quito, Julio 1997.

un modelo mixto, público-privado. Esta propuesta fue rechazada por la mayor parte de las fuerzas sociales y políticas del país, llegando posteriormente a ser negada en el plebiscito de noviembre de 1995.

A mediados de 1995, se reactivó el funcionamiento del CONASA con el propósito de abordar integralmente el tema de la RSS y se conformó un Grupo Técnico ad hoc que generó el documento "Lineamientos Generales para la Reforma del Sector Salud en el Ecuador". También se conformó la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma en el Ecuador (CIAR) en la que participaron el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América del Norte (USAID), la Cooperación de los Países Bajos y la OPS/OMS. Paralelamente, se presentó un proyecto de "Ley de Unificación del Sector Salud" en el MSP que buscaba integrar presupuestaria y administrativamente los servicios de salud públicos y privados con finalidad social. Esta fue rechazado en la Presidencia por influencia de las entidades que veían afectada su autonomía (Junta de Beneficencia de Guayaquil y SOLCA, principalmente).

El Gobierno del Ecuador por medio de un convenio de crédito con el Banco Mundial, a través del proyecto FASBASE, financió la creación de una Unidad Coordinadora del Proyecto de Reforma (UCP), que actuaría de contraparte en dos estudios realizados a nivel internacional: 1. Blue Print de la Reforma, a cargo de Lewin/ Health Redesign Group y Stanford University y, 2. Modernización de Hospitales, Johns Hopkins University.

En 1996 se creó el primer Consejo Provincial para la Reforma del Sector Salud en la provincia del Azuay. En ese mismo año se disolvió la UCP y se conformó un nuevo grupo de técnicos nacionales que, con apoyo de OPS/OMS y el Banco Mundial, presentaron una propuesta en abril de 1996. Esta propuesta fue rebatida por el Ministro de turno quien presentó otra propuesta no consensuada. En ese contexto, surgió otra propuesta preparada por los consultores de la Secretaría Técnica del Frente Social que se centraba en un Sistema Integrado de Salud. El CONASA presentó una segunda versión centrada en el aseguramiento universal de salud, al igual que el IESS que presentó una propuesta de Reforma Integral de Seguro Social Ecuatoriano.

En resumen, a mediados de 1996 se contaba con múltiples propuestas de reforma en el campo de la salud (se estima que son un poco más de 18 propuestas), y en el de la seguridad social (21 propuestas).

c. Fase de discontinuidad del proceso de Reforma:

El CONASA entró en una etapa de inactividad. Se inició lo que se conoce como la "reforma silenciosa" que se caracterizó por una reducción del presupuesto fiscal del MSP, la propuesta de autonomía de gestión de los servicios y los convenios de traspaso de algunos hospitales a los municipios.

d. Fase de operacionalización inicial de Reforma:[32]

En marzo de 1997, el nuevo gobierno reactivó el CONASA y aprobó los términos para la formulación de un Plan Operativo de Reforma, que no tuvo eco en las instituciones del sector salud.

En diciembre de 1997 se reunió la Asamblea Nacional Constituyente que aprobó reformas a la Constitución para mayo de 1998 que incluían una sección de la salud donde se menciona por vez primera que el Estado es garante del derecho a la salud, el rol rector del Estado, la promoción de la salud, la organización de un Sistema Nacional de Salud (SNS) de gestión descentralizada y participativa y el financiamiento público incremental para el sector salud. Se promulgó la Ley que regula el funcionamiento de las Empresas de Medicina pre-pagada. En mayo de 1999 apareció el Reglamento de Implementación del Modelo de Autonomía de Gestión de los servicios de salud.

Desde agosto de 1998 hasta enero del 2000, el MSP inició procesos de descentralización política y técnica de los primeros Consejos Cantonales de Salud. En ese mismo periodo, el MSP implementó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, fortaleció el CONASA y presentó sus primeras propuestas de un Sistema

32 Echeverría Ramiro. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador Agosto 1997-agosto 2000: Aportes para el Debate.CEPAR. Quito, 2000.

Plural de Salud. En enero del 2000, se expidió el Plan Nacional de Salud 2000-2005 donde se plantea una visión estratégica de reforma institucional y sectorial.

Cabe destacar varios elementos importantes que corresponden al periodo 1997-2000 y que contribuyeron a la reactivación del proceso de RSS: a) la definición del rol del Estado en la salud; (b) la formulación de un marco de políticas nacionales de salud; (c) la Reforma Constitucional en salud; (d) la modernización inicial del MSP; (e) las experiencias demostrativas de descentralización en salud; (f) la propuesta del SNS y, finalmente (g) la propuesta de reforma a la Ley de Seguridad Socia.l[33]

e. Fase de consolidación: Política Nacional de Salud y Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

En el período 2000-2002, el CONASA se consolidó como el artífice para la generación de la Política Nacional de Salud y la LOSNS. La Política Nacional de Salud del Ecuador definió principios y objetivos bajo el gran norte de la equidad. Para alcanzar los objetivos de reforma, esta política se ha estructurado en tres grandes direcciones: la construcción de ciudadanía en salud; la protección integral de la salud y el desarrollo sectorial.

En el año 2002, el CONASA organizó el Primer Congreso por la Salud y la Vida en la ciudad de Quito, que validó la propuesta de Política Nacional de Salud e impulsó el anteproyecto de la propuesta de LOSNS. Esta fue aprobada por el Congreso Nacional a fines de ese año.

Aseguramiento Universal de Salud (AUS)

En el 2004, se concretaron los mecanismos de operacionalización del diseño del AUS (PROECOS), para lo cual se contrató al consorcio CARE-Johns Hopkins University que realizó el diseño técnico de la figura del aseguramiento para el país. En el 2005, con el cambio de gobierno, se impulsó desde la Presidencia de la República el programa de Aseguramiento Universal de Salud para el Ecuador en base a la propuesta preparada por el consorcio, la misma que definió las características necesarias para impulsar una política nacional en aseguramiento en salud a través de mecanismos de compra de servicios. A partir de esta experiencia se creó la Secretaria de Objetivos del Milenio (SODEM), para administrar el Programa del AUS fuera del Ministerio de Salud. Esta entidad dejó de funcionar con el gobierno del Economista Rafael Correa en 2007, debido al reenfoque que se dio a la Salud y al Sistema de Salud.

Durante el actual gobierno se priorizó al sector social y dentro del sector, salud inició el proceso de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE), que parte del principio de equidad y garantiza el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población. El establecimiento de una Red de Prestadores Públicos promoverá un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema. La equidad y la eficiencia, tienen particular relevancia ya que son factores de cohesión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, tendencias y políticas que pueden concertarse entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud.

33 Echeverría R. Las Políticas de Salud y el Sueño de la Reforma. En La Equidad en la Mira. OPS/OMS – CONASA. Quito, 2007.

3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Tabla 9. Momentos de los procesos de cambio e incidencia en las Funciones del Sistema de Salud, Ecuador, 1995-1999, 2000-2005

Períodos / Funciones	1995-1999			2000-2005		
Subsector	Público	Privado	Segur. Social	Público	Privado	Segur. Social
Rectoría	La Reforma Constitucional de 1998 explicita el rol de rectoría del Estado en todo el sector salud.	Se establece la necesidad de regulación de servicios privados y, en particular, de Empresas de medicina prepagada y surge proyecto de ley en la materia.	Se inicia discusión de ley de reforma a Seguridad Social.	El MSP con apoyo del CONASA fortalece rol de rectoría con la formulación de la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del SNS, que delimita las funciones del sistema.	Los servicios privados son objeto de normas de licenciamiento por parte de la autoridad sanitaria.	Ley de Reforma a Seguridad Social fortalece autonomía y conducción gerencial.
Financia-Miento	Descon-centración de manejo presupues-tario en unidades operativas	SOLCA se constituye en institución autónoma e independiente	Cálculos actuariales señalan la no factibilidad de ampliación del seguro de salud a la familia de los afiliados	-Reglamentación de recuperación parcial de costos en los servicios. -Aplicación de Ley de Maternidad Gratuita con fondos propios -Se actualizan estudios de Cuentas Nacionales en salud		Aumento de aportaciones a seguro de salud del IESS (Seguro General y Seguro Social Campesino)
Asegura-Miento	No existe		Pendiente implementa-ción de la ley de reforma a Seguridad Social	Implementación inicial del AUS en municipios de Quito, Guayaquil y Cuenca	Aumenta oferta de Empresa de Medicina Prepagada	Se separa gestión de seguros en el IESS de acuerdo a la reforma legal
Provisión de Servicios	Se desconcen-tran servicios en áreas de salud para organizar redes del nivel primario		Se promueve contratación de servicios privados. Se conforma el ISSFA y el ISSPOL	-Experiencias de descentralización de servicios de salud en algunos municipios -Se normaliza Modelo de Atención integral de Salud - Inicio de Licenciamiento de servicios de salud (Fase 1: APS-MSP)	Aumenta la inversión y capacidad de oferta especialmente a nivel ambulatorio urbano	Se desconcentra el manejo de servicios por regiones y programa-presupuesto por unidades

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS

3.2.1. EQUIDAD

3.2.1.1. Cobertura

La mayoría de la población ecuatoriana no tiene garantía explícita de acceso a los servicios de salud que necesita, la oferta institucional es desarticulada y presenta graves deficiencias de cobertura y calidad. Debido a esto, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución y más del 70% no tiene seguro de salud. El porcentaje de gasto privado o de bolsillo (49%) y las formas de financiamiento son inequitativos.[34]

En los temas de agua y saneamiento aparecen involucradas varias instituciones y leyes. Desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud, el Ministerio de Salud Pública dicta la normativa sanitaria y cada gobierno local es el responsable del servicio de agua y tratamiento de aguas residuales a la población. Existen desigualdades en la prestación de servicios, tanto en las zonas urbanas como en el área rural. Las familias de escasos recursos tienen menos acceso a servicios adecuados de agua y saneamiento. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, donde el primero alcanza valores del 66% de cobertura frente al 14% del segundo.

Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre (I) tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico (V). Del mismo modo se presentan desigualdades entre las diferentes regiones del país, la Costa y el Oriente tienen coberturas más bajas que las que se registran en la Sierra.

3.2.1.2. Distribución de Recursos

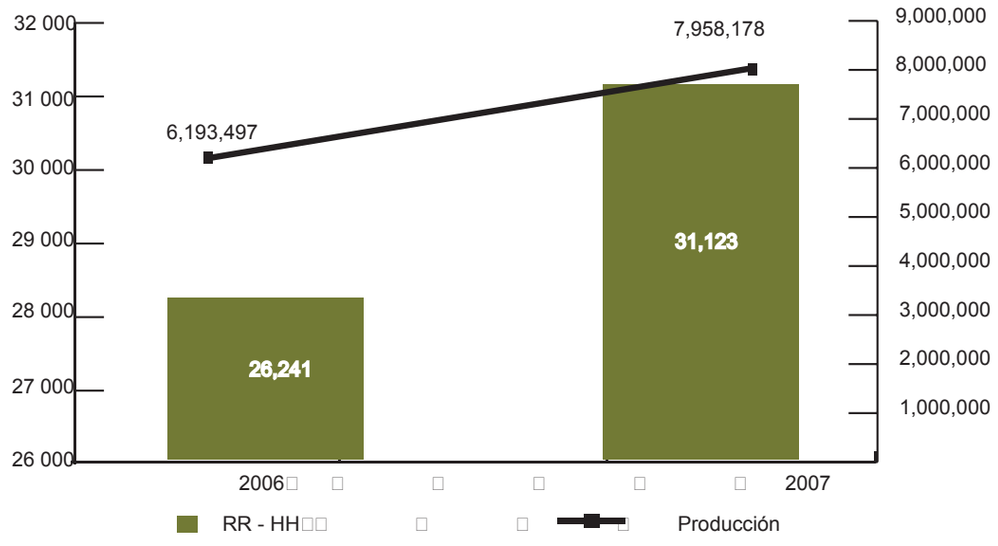
Existe un presupuesto público en el ámbito de la salud que, a pesar de que se ha incrementado durante esta década, presenta indicadores cada vez peores respecto al acceso y atención a la población ecuatoriana, ocasionando que las familias de bajos ingresos dediquen más recursos en términos porcentuales que el resto de la población.

A raíz del Decreto de Emergencia en Salud declarado por el Estado se incrementó en un 10% el Recurso Humano, lo que generó un aumento del 28% en las prestaciones dadas por el MSP. La gratuidad en la atención en las unidades de salud, generó un ahorro aproximado de US$ 19.8 millones a las familias ecuatorianas.[35]

34 OPS/OMS/ASDI, Exclusión en salud; en países de América Latina y el Caribe; Resultados de Ecuador, Serie N° 1, Extensión de la Protección Social en Salud, Washington, D.C., 2003, pág. 25 y 33.

35 MSP- Producción Establecimientos de Salud, Abril-Septiembre 2006, 2007

Gráfico 16: Resultados del Decreto de Emergencia Sanitaria, Ecuador, Abr. 06 – Sep. 07



Fuente: MSP- Producción Establecimientos De Salud, Abril-Septiembre 2006, 2007

3.2.1.3. Prestación de Servicios

La capacidad de atención pública no ha presentado variación significativa en los últimos 15 años, a excepción del aumento de la atención por servicios no institucionales en el primer nivel. La infraestructura pública de segundo y tercer nivel no ha tenido cambios substanciales, en comparación con los privados que si han mostrado un incremento de infraestructura, del 61,3% al 74,4%; lo que significa un incremento de 277 a 514 establecimientos entre 1994 y el 2004.[36]

Se ha iniciado la reorientación de los servicios para la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud con la estrategia de APS renovada, mediante las atenciones extramurales en los ambientes familiares, comunitarios y laborales. El MSP ha organizado los programas prioritarios nacionales en alimentación y nutrición (PANN- 2000), micronutrientes, salud materno-infantil (Maternidad Gratuita), detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario (DOC), inmunizaciones (PAI), control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles, aplicando estrategias como la Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Cuidado Obstétrico Esencial (COE) y las pruebas voluntarias de VIH/ SIDA.

Durante los últimos cinco años se incrementaron los profesionales de salud quichua parlantes y se impartieron conocimientos elementales de lenguas autóctonas entre los profesionales del MSP, mejorando con ello la accesibilidad cultural y logrando el acceso a la salud de comunidades distantes,

36 OPS/OMS. Situación de Salud en el Ecuador, 2006. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. 2006. p.111.

3.2.2 EFECTIVIDAD

3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna

La información disponible muestra una reducción de la tasa de mortalidad infantil de 30,3 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 20,1 en el 2006 y de la tasa de mortalidad materna de 117,2 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 52,46 en el 2007.[37] Esto se debe, según el SIISE, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, al mejoramiento de los niveles educativos de la población, a la influencia de los medios masivos de comunicación, al acceso a medidas preventivas como las inmunizaciones, a la urbanización de la población, que la acerca a los servicios de salud de las ciudades, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras) y al mejoramiento de la vigilancia epidemiológica por parte de la ASN.

3.2.2.2. Incidencia de Enfermedades Transmisibles

El VIH/SIDA, paludismo y la tuberculosis forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica y son de notificación obligatoria.

La incidencia del paludismo ha mantenido una tendencia irregular muy asociada con las condiciones climatológicas y la inadecuada condición de infraestructura sanitaria. Según los informes del MSP a través del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, en 1996 se registraron 11.991 casos lo que corresponde a una tasa de 102,5 por cada cien mil habitantes. En el año 2000 el número de casos ascendió dramáticamente a 97.007 (tasa de 767,31) y en el 2005 bajó a 16.484 lo que corresponde a una tasa de 124,7 por cada cien mil habitantes. En el 2007, el número de casos fue de 8464 (62,2 por cien mil habitantes).

El país cuenta con los datos del Programa Nacional del Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA (PNS) del MSP, institución que mantiene desde 1984 el registro a nivel nacional de las personas diagnosticadas y de las fallecidas por el VIH/SIDA. Según el sistema de notificación del PNS-MSP, el número de nuevas infecciones aumentó de 294 a 2.413 en el período 2001-2007. Esto refleja el crecimiento de la epidemia entre la población, a pesar de los esfuerzos en promoción y cobertura de los servicios, que se evidencia a través de la detección temprana del VIH y la capacitación masiva del personal de salud.

El decrecimiento del número de personas fallecidas es notable y resulta de la ampliación de la cobertura del Tratamiento anti retroviral (TAR) que logró el MSP. Del total de TAR el MSP cubrió el 65% el IESS, 27%, y otros el 17%

La ausencia de reporte de casos de niños y niñas de 0 a 1 año con VIH para los años 2005 y 2006 es un indicador del impacto del Programa de Prevención de la Transmisión Vertical del PNS-MSP.

3.2.3. EFICIENCIA

La eficiencia es una variable de escasa medición en los servicios públicos. Actualmente, con la progresiva incorporación de metodologías de costos y de sistemas de información gerencial se pretende mejorar este indicador. Para la asignación más eficiente de recursos financieros se ha diseñado una propuesta técnica que considera variables de población, pobreza, brechas de demanda, recursos de oferta y un manejo desconcentrado en las áreas de salud, pero no se ha implementado por restricciones de control en los niveles central (MSP y Ministerio de Economía) y provinciales.

37 MSP – INEC. Indicadores Básicos de Salud, 2006.

3.2.4. SOSTENIBILIDAD

No existe evidencia de que el proceso de reforma haya aumentado la legitimidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Con el actual gobierno se han creado dos tipos de sistema informativos: el Sistema de Información de Gerencia y Financiera (SIGEF) y el Sistema de Información del Gobierno (SIGOB). Estos permiten obtener datos desagregados por unidad administrativa de gasto gubernamental.

La extensión de cobertura del primer nivel de atención a través de los Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) tiene contemplado, dentro del plan operativo anual, el rubro específico que asegura su sostenibilidad en el mediano plazo.

El nuevo marco constitucional establece la sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo del sistema nacional de salud, además incrementará cada año un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto (Transitoria 22, Constitución vigente).

3.2.5. PARTICIPACIÓN SOCIAL

En el ámbito de la salud existen acuerdos para empoderar a la comunidad en la toma de decisiones en los Consejos de Salud (83 Consejos Cantonales de Salud y 8 Consejos Provinciales de Salud). Los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud (CCS y CPS) son espacios de concertación, coordinación y diálogo en los que se promueve la participación ciudadana en la toma de decisiones junto a los representantes institucionales públicos y privados del sector. A través de los Consejos se busca acordar un Pacto Social que garantice la participación comprometida de todos los actores, con los intereses y necesidades en salud del cantón, la provincia y el país. Además se han creado los comités de usuarias para vigilancia del cumplimento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

La participación ciudadana se convierte en uno de los ejes de la Transformación Sectorial de Salud, creando espacios en los que la comunidad contribuye en la toma de decisiones y en el control social.[38]

3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

La mayoría de los retos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano son: el aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio del perfil epidemiológico, el modelo de atención centrado en la curación, los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema y la presencia de nuevas tecnologías, entre otros.

En los últimos quince años, se evidencia la existencia de una variedad de unidades no integradas en la red de servicios de salud (fragmentación), a lo que se suma el hecho de que coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud (segmentación).[39]

A su vez, existen desafíos específicos que ameritan un accionar enfocado a la realidad del país, con respuestas adaptadas a la problemática que enfrenta el sistema de salud. Estos incluyen la insuficiente función rectora del MSP; un inadecuado modelo de atención médica; la escasa inversión estatal en salud, que recién empieza a corregirse en la actual Administración; la limitada capacidad de gestión; la fragmentación institucional; la segmentación; la insuficiente cobertura y la calidad en el servicio. Estos desafíos están presentes en todas las provincias del país.

38 MPS, Propuesta para la Reforma Estructural del Sector Salud, Junio 2008.
39 OPS/OMS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 22 de abril de 2008. pp.1-2.

Tabla 10: Momentos de los Procesos de Cambio e Incidencia sobre el Sistema de Salud, Ecuador 1990 – 2005

Períodos e implicancias de los cambios	1990-1994	1995-1999	2000-2005	2008
Derecho de los ciudadanos a la salud		La Constitución Política de la República incluye a la salud entre los derechos económicos, sociales y culturales.	Constitución Política de la República	Nueva Constitución, la Salud como derecho
Incidencia en la rectoría	Función específica del Ministerio de Salud Pública	MSP con apoyo del CONASA, como organismo de concertación de las políticas.	Se mantiene la función rectora del MSP con el apoyo del CONASA.	Se especifica la rectoría de la autoridad sanitaria nacional
Separación de funciones del sistema de salud	No existe Sistema de Salud y ninguna separación de las funciones. Existe fragmentación institucional y segmentación poblacional	Aseguramiento es dado por el IESS y la función de provisión de servicios incluye otros actores.	Aseguramiento es dado por el IESS y la función de provisión de servicios incluye otros actores.	Inicia el proceso de consolidación del SNS. Provisión de servicios de salud a través de la red pública integral de salud (Art. 360)
Desconcentración y/o Descentralización	Parcialmente desconcentrado	El artículo 45 de la Constitución Política de la República, dispone que se organice un Sistema Nacional de Salud, integrado por instituciones públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, que debe funcionar “de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”.	Intentos de descentralización de servicios de salud de algunos municipios en base a ley especial de descentralización de 1997. Artículo 45 de la Constitución Política de la República, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud1 y su Reglamento General2.	Fortalecimiento a la desconcentración

Promoción de la participación de la sociedad civil	La participación ha sido más clientelar y utilitaria que el ejercicio de un derecho a intervenir en las decisiones colectivas.	La promoción y protección de la salud, dice el artículo 42 de la constitución, deben ser garantizadas por el Estado, y los medios para hacerlo son el "desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".	Creación de los Consejos de Salud, comités de usuarias para vigilancia del cumplimento de la Ley de Maternidad Gratuita y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.	Art. 359 de la Constitución 2008 señala que "propiciará la participación ciudadana y el control social"
Incidencia en la gobernabilidad	No existe ningún tipo de incidencia en la gobernabilidad	No existe ningún tipo de incidencia en la gobernabilidad	No existe ningún tipo de incidencia en la gobernabilidad	Existe mayor gobernalidad en función de que el gobierno tiene más control sobre los poderes del Estado y en ausencia de un congreso nacional, la Asamblea Constitucional asumió el rol legislativo con una amplia mayoría del movimiento afín al gobierno
Cambios en el modelo de atención	Modelo tradicional de prestación institucional de servicios de salud centrada en la enfermedad. Aplicación piloto de modelo de atención familiar y comunitaria.	Modelo tradicional de prestación institucional de servicios de salud centrada en la enfermedad.	Inicio del procesos de fortalecimiento de la APS en zonas piloto.	Art. 359 de la Constitución 2008 establece que "garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles" Art. 360 dice que "el sistema garantizará la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en APS"
Cambios en el modelo de gestión	No han existido cambios en el modelo de gestión	No han existido cambios en el modelo de gestión	No han existido cambios en el modelo de gestión	El Art. 362 señala que "los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos"

Barreras de acceso a los servicios individuales y salud colectiva	Cultural, accesibilidad geográfica, distribución geográfica de los servicios de salud (urbanización), económicas.	Cultural, accesibilidad geográfica, distribución geográfica de los servicios de salud (urbanización), económicas.	Programas con enfoque de género e intercultural; persisten barreras económicas y de accesibilidad de segundo y tercer nivel.	El Art. 363 en sus numerales 2, 3, 4, 5, 6 y 7 dice que el Estado se hace responsable de incrementar la cobertura y acceder a los grupos de atención prioritaria El Art. 50 garantiza la atención de enfermedades catastróficas
Cambios en la calidad de la atención	Ningún cambio en la calidad de atención	Ningún cambio en la calidad de atención	Ningún cambio en la calidad de atención	Art. 362 señala que “los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez”
Cambios en el mercado laboral y en los recursos humanos en salud	Escuelas formadoras de médicos especialistas en áreas clínicas.	Creación de la Dirección General de Recursos Humanos en el MSP. Maestría en Salud Pública; inicia proceso de acreditación de escuelas formadoras de técnicos.	Incremento de Recursos Humanos en todo nivel de atención y formación en salud publica y gerencia de servicios de salud. Incremento de 4 a 8 horas laborables del personal de salud.	Art. 363, numeral 8 “promueve el desarrollo integral del personal de salud”

Fuente: MSP
Elaboración: Equipo Técnico TSSE

BIBLIOGRAFÍA

1. MSP, Documento borrador, Modelo de Atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural, Quito, Marzo 2008.
2. MSP/SNS, Política nacional de Promoción de la Salud, Plan de Acción 2007 – 2009. Quito, 2007
3. MSP, Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública 2007-2011, Quito, Abril, 2007.
4. MSP, Políticas Integrales de Salud para el adulto y adulto Mayor, Quito, Marzo, 2007
5. MSP, Plan de Atención Nacional para la atención del Adulto – Adulto Mayor, Quito, Marzo, 2007.
6. Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal, Quito, Abril, 2007
7. MSP, Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna, Quito, Enero, 2006
8. MSP, Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva,. Manejo activo del tercer período del parto, Quito, Marzo 2006
9. MSP, Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, Quito, Mayo, 2006
10. MSP/UNFPA/USAID, Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno-infantil, Quito, Septiembre 2006.
11. MSP, Modelo de Gestión de Salud, Quito, DM, Febrero, 2006.
12. R.O. No 423, Ley No 67, Ley Orgánica de Salud, Quito, 22 de Diciembre, 2006
13. MSP, Política Nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos, Quito, Abril, 2005
14. MSP/CONASA, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, Quito, Julio 2005.
15. CONASA/MSP/MODERSA/OPS/UNFPA, Guía Metodológica para la conformación de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud, Quito, Junio 2005.
16. MSP/OPS/OMS, Programa de Extensión de Cobertura en Salud, en base a la atención Primaria y el Licenciamiento de los Servicios de Salud, Quito, Mayo de 2004.
17. R.O. No 09, Decreto Ejecutivo No 3611, Reglamento del Sistema Nacional de Salud, Quito, 28 de Enero, 2003
18. R.O. No 670, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Quito 25 de Septiembre, 2002.
19. Arias Barriga Gonzáles, Constitución Política de la República del Ecuador., Edición Gab. Quito, Julio 2003, Pág. 90-94.
20. R.O No 018, Decreto Ejecutivo 502, Quito 28 de Enero, 1999
21. R.O. No 198, Acuerdo Ministerial No 1292, Quito, 26 de Mayo de 1999
22. R.O. No 169, Ley No 27, Ley Especial de descentralización del Estado y Participación Social, Quito, 8 de Octubre, 1997.
23. Lineamientos estratégicos del MSP 2007-2011: Visión y Misión
24. MSP/CONASA, Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Quito octubre 2006.
25. MSP/ CONASA, VI Revisión del Cuadro de Medicamentos Básicos, Quito, 2006.
26. MSP/CONASA. Plan de Acción de Salud Sexual y Derechos Reproductivos. Quito, 2007
27. Actas de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud y Plan Estratégico de Organismos Andinos de Salud/ Convenio Hipólito Unanue/ORAS/CONHU
28. Convenios de Programas de Cooperación en Salud vigentes: PASS/MSP/E (2005-2009), Convenio con el Fondo Global. Convenio con Holanda con mejoramiento de 10 hospitales.

29. Plan Nacional de desarrollo nacional. Directrices de Política del MSP 2002 – 2010.
30. Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional (INECI). Cooperación para el desarrollo 2003 – 2004.
31. SEMPLADES, Modelo de Gestión Institucional.
32. Ministerio de Finanzas, SIGEF
33. MSP, Guía Nacional de Normas y procedimientos de Atención Integral a trabajadoras sexuales. Quito, mayo 2007.
34. MSP, Manual de Normas y procedimientos para la atención Integral de los y las Adolescentes. Quito, diciembre del 2005.
35. Guías para el Diagnóstico, Tratamiento y prevención de las Principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Quito, Octubre, 2006
36. MSP/CONASA, Expediente Único para la Historia Clínica. Quito, agosto del 2007.
37. MSP/CONASA, Política Nacional de Investigación en Salud. Agosto del 2007.
38. MSP, Lineamientos Técnicos y Operativos para la vacunación contra Influenza estacional y Neumococo. Quito, octubre del 2007.

Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP)

Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud