

CIUDADES Y PUEBLOS SALUDABLES

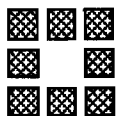
**Lineamientos para la promoción
de la salud en ciudades
y pueblos del Ecuador**

Proyecto

**“Aporte al fortalecimiento de la coordinación
entre agentes locales en la promoción de salud”
CONVENIO OPS-CIUDAD**

**Rodrigo Barreto *Coord.*
Augusto Barrera
Mario Unda
Andrea Carrión**

QUITO, JUNIO 1996



CIUDAD

Centro de Investigaciones



OPS-OMS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

CIUDADES Y PUEBLOS SALUDABLES

**Lineamientos para la promoción de la salud
en ciudades y pueblos del Ecuador.**

Autores: Rodrigo Barreto Coord., Augusto Barrera, Mario Unda y Andrea Carrión.

Segunda Edición: CIUDAD, Diciembre 1996

Copyright: CIUDAD

Portada: toya - CIUDAD (Ilustración, Cuadro de Cecilia Hurtado, Chile)

Quito, Ecuador 1996

Esta publicación se realiza como parte del Proyecto "Aporte al fortalecimiento de la coordinación entre agentes locales en la promoción de salud", bajo convenio OPS-CIUDAD.

273c BARRETO, Rodrigo; BARRERA, Augusto; UNDA, Mario;
CARRION, Andrea.

Ciudades y pueblos saludables: Lineamientos para la
promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador.
CIUDAD, Quito, 1996, 102 p.

/REFORMA DEL ESTADO/DESCENTRALIZACION/PROMO-
CION DE LA SALUD/POLITICA DE SALUD/ECUADOR.



índice

PRESENTACION	9
capítulo I	
LA PROMOCION DE SALUD EN LAS CIUDADES	11
capítulo II	
LA SALUD EN CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR	17
2.1 PERFIL PATOLÓGICO URBANO	19
2.2 FACTORES DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD EN LAS CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR	18
2.2.1 Las desigualdades en la distribución de la riqueza y sus impactos en términos de salud-enfermedad en el contexto urbano.	22
a. Concentración de la riqueza.	24
b. Incremento de la pobreza.	24
c. Tendencias, inflación y costos de la salud.	27
2.2.2. Los límites de la política social del Estado y su impacto en la salud.	28
a. Caída del gasto social.	28
b. Política social compensatoria, focalizada y de carácter emergente.	30

2.2.3. Deterioro ambiental y sanitario en las ciudades y pueblos del Ecuador.	30
a. Tendencias del proceso de urbanización en el Ecuador.	31
b. La problemática ambiental y sanitaria en ciudades y pueblos.	33
2.2.4. Reforma del Estado	43
a. La naturaleza del proceso de "modernización en el Ecuador".	43
b. Las ambigüedades de la descentralización y la reforma del Estado.	45
2.2.5. La reforma del sector salud.	48
2.2.6. Límites y oportunidades de lo local.	50
a. Lo local: desde el cristal que se lo mira.	50
b. La (im)posibilidad del desarrollo local en ausencia de políticas estatales equitativas y democratizadoras.	53
c. Los municipios ecuatorianos: una realidad diversa.	54
d. El gobierno local como posibilidad en construcción.	55
e. Las posibilidades de lo local para la promoción de la salud.	58

capítulo III

LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR 59

3.1. PRIMERA ENTRADA: HACIA UNA GESTIÓN DEMOCRÁTICA DE LA SALUD.	61
• La ciudad que queremos.	61
• La oportunidad de una gestión democrática.	63
3.2. SEGUNDA ENTRADA: HACIA UN ABORDAJE TEMÁTICO INTEGRAL.	66

• Investigación, vigilancia y monitoreo.	67
• Movilización y educación de la salud en lo local para construir identidades.	70
• Legislación y control.	71
• Planificación como proceso.	72
• Recursos suficientes.	74
• Prestación de servicios de atención médica.	74
3.3. TERCERA ENTRADA: HACIA UNA ACTIVA PARTICIPACION DE DIVERSOS ACTORES EN LA PROMOCION DE SALUD EN LAS CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR.	76
• El gobierno municipal.	76
• La comunidad y las distintas formas de organización de los ciudadanos.	77
• Las instancias locales del Gobierno central.	79
• Las ONG's.	79
• Instituciones formadoras de recursos humanos.	80

capítulo IV

A MODO DE CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	97

PRESENTACION

*E*n momentos de cambios acelerados y destinos inciertos como los que vivimos, abordar el tema de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador, se convierte en una necesidad pero al mismo tiempo en un esfuerzo particularmente complejo ya que la problemática tiene urgencias y límites reales producto de un conjunto de factores históricos, políticos, sociales, económicos y culturales.

Para avanzar cualitativamente en la atención de los problemas de la salud urbana en el país, se requiere desarrollar un abordaje integrador y multisectorial, que permita tocar los factores que producen el fenómeno salud.

El presente trabajo pretende aportar en la comprensión de esta problemática con un conjunto de ideas, a partir de las cuales se identificarán líneas de trabajo para el desarrollo de políticas de promoción de la salud en ciudades y pueblos.

El documento está organizado en tres partes, la **primera** presenta una somera revisión al tema de la promoción de la salud y luego hace algunas precisiones sobre el modo de entender la salud y su promoción en las ciudades y pueblos del país.

La **segunda parte** pasa revista a las determinaciones y las mediaciones que están presentes en la problemática de la

salud en ciudades y pueblos; distribución de la riqueza, los límites de la política social del Estado, las condiciones ambientales y sanitarias de las ciudades y pueblos del Ecuador, la Reforma del Estado, la Reforma del sector salud y los límites y oportunidades de lo local.

En la **parte tercera** se proponen algunos lineamientos para la promoción de la salud en las ciudades y pueblos. Se puntualiza acerca de las perspectivas de una gestión democrática de la salud, para pasar luego a identificar los roles de cada uno de los distintos actores involucrados.

Este trabajo se realizó en el marco de un convenio de cooperación entre el Centro de Investigaciones CIUDAD y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), para realizar el Proyecto “**Aporte al fortalecimiento de la coordinación entre agentes locales en la promoción de salud**”.

El equipo de trabajo que participó en la elaboración de este documento estuvo conformado por Rodrigo Barreto, Augusto Barrera, Mario Unda y Andrea Carrión.

capítulo I

LA PROMOCION DE SALUD EN LAS CIUDADES

En 1.947 la OMS definió a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud, definida así en términos amplios y positivos, incluye “prerequisitos como la paz, la educación, la vivienda, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.”¹

La salud de la población es entonces, el punto de encuentro de un conjunto de factores que la condicionan y la determinan: las relaciones económicas, sociales y políticas que históricamente se han forjado en una sociedad determinada; la interacción con el medio ambiente natural y construido; la respuesta social y estatal a lo patológico (la disponibilidad, accesibilidad y calidad de servicios de atención médica); y, los comportamientos, actitudes y prácticas de la población.

La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Bogotá en 1992, identifica una mutua determinación entre salud y desarrollo, es decir entre “el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la

1 El movimiento de municipios saludables en América. OPS, Agosto 1.992, pp.14.

población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente”²

Pero, la salud es también, como toda actividad humana, una oportunidad, un acontecimiento que posibilita la acción en el presente. Oportunidad de transformación de las determinaciones y condicionantes señalados, capacidad de cambiar las normas, de autonormalizarse y de normalizar el mundo en que vivimos. Oportunidad de forjar propuestas y fuerzas que nos acerquen a un convivir democrático y saludable.

Esas oportunidades pueden construirse, entre otros, en el ámbito de la promoción de la salud. La definición de la Carta de Ottawa conceptúa a la promoción como un conjunto de actividades dirigidas a “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”³.

En ese contexto, “el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”⁴.

2 Ministerio de Salud de Colombia, OPS. **Promoción de salud y equidad. Declaración de la Conferencia internacional de promoción de la salud.** Bogotá. 1992.

3 **El movimiento de municipios saludables en América,** OPS. Agosto 1.992.

4 OPS, Ministerio de Salud de Colombia. **Declaración de la Conferencia Internacional de promoción de la salud.** Bogotá, Colombia. 1.992. pp 3.

Definida con ese alcance, la promoción de salud liderada por el sector salud en nuestro país⁵, debe involucrar a todos los actores sociales y atraviesa todos los niveles y relaciones de la sociedad y el Estado.

Uno de los ámbitos que se ha privilegiado durante los últimos años es el local. En efecto, en los países donde se impulsan procesos de reforma del sector salud, una de las estrategias básicas es la descentralización de los servicios y la adopción de programas de promoción locales.

Las ciudades y pueblos se han configurado históricamente como espacios de concentración demográfica en los que se producen intensos intercambios sociales, formas de producción (industria, comercio, finanzas) y consumo (simple y ampliado) particulares, flujos de información y construcción de identidades. Procesos que condicionan, median o influyen en la producción de una particular forma de salud y enfermedad.

En esa compleja trama, las ciudades y los pueblos son ante todo, la gente. Y, en ese sentido, la construcción de ciudades saludables y democráticas constituye también un reto y una oportunidad para la sociedad en su conjunto.

Desde esta aproximación a la salud de las ciudades, como proceso determinado, pero también determinante; producido, pero también productor; como realidad pero también como oportunidad, es importante precisar las características del contexto

5 La constitución de la República del Ecuador, considera que la política de salud es de responsabilidad del Estado y es el Ministerio de Salud Pública el que ejecuta las acciones mediante la elaboración de estrategias, programas y planes específicos.

en el que se desenvuelve la salud de los habitantes de los pueblos y ciudades del Ecuador⁶ para proponer posibles cauces de acción transformadora.

6 El abordaje de la problemática urbana es parte de las preocupaciones de las administraciones cantonales, pero debe ser mirada desde la integralidad regional (campo-ciudad) y sus relaciones económicas, ambientales, etc. Acerca de esto ver: Carrión, Diego. "Anotaciones para ir construyendo una agenda acerca de la gestión urbana y las políticas sociales en el Ecuador." En: *Políticas sociales, desarrollo y compensación*. CAAP, CECCA, CER-G, CIUDAD. Quito, 1993.

capítulo II

**LA SALUD
EN
CIUDADES
Y
PUEBLOS
DEL
ECUADOR**

2.1. PERFIL PATOLÓGICO URBANO

El perfil epidemiológico urbano ha sido caracterizado como un perfil de transición entre el que presentan sociedades en vías de desarrollo y aquellas industrializadas. Sin embargo, en los últimos años se observa un incremento en la prevalencia de patologías carenciales y transmisibles.

Sería más propio identificar una yuxtaposición (mosaico) entre patologías carenciales e infectocontagiosas con las crónicas degenerativas, accidentes, adicciones, trastornos mentales, etc. provocadas por la modificación de los estilos de vida individuales y colectivos, por las variaciones de la estructura etárea, el acelerado proceso de urbanización y el deterioro ambiental.

En la base de los problemas carenciales se mantienen las inequitativas condiciones de reproducción social: el deterioro de los salarios reales, la agonía de la economía campesina de subsistencia y los cambios en los patrones culturales de consumo. Estos factores aportan al significativo incremento de la desnutrición y la tuberculosis en los últimos años.⁷

7 La orientación agroexportadora del modelo imperante y la liberalización del mercado de tierras y productos, al no contemplar la noción de seguridad alimentaria, deja un sombrío panorama para el futuro. La superficie destinada a la producción de alimentos, así como los volúmenes de producción de muchos de ellos han decrecido durante los últimos años. Ver: Naranjo, Plutarco. "Desnutrición". En: **Panorama epidemiológico del Ecuador**. MSP. UNICEF. Quito, 1.992.

CUADRO No. 1 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE NACIONAL Y URBANO 1982-1990-1993

		TASA POR 100.000 HABITANTES	1982		1990		1993	
			TOTAL	URBANO	TOTAL	URBANO	TOTAL	URBANO
			657.62	494.43	520.48	417.15	508.21	430.77
1	032	OTRAS ENF. DEL APARATO RESPIRATORIO	86.94	51.49	54.98	37.63	53.20	40.51
2	029	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	23.99	26.38	27.95	28.74	29.84	30.42
3	028	ENF. DE LA CIRCULACION PULMONAR	40.05	36.96	32.44	29.03	32.10	29.50
4	034	ENF. OTRAS PARTES APAR. DIGESTIVO	26.50	25.40	27.05	24.74	25.47	24.45
5	045	AFEC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	41.18	38.59	27.24	25.76	22.95	23.88
6	009	TUMOR MALIGNO OTROS ORG. DIG. Y PERIT.	23.22	23.77	24.33	23.94	24.39	23.46
7	027	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	15.85	18.47	19.00	20.88	22.16	23.44
8	046	SIGNOS. SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS	99.57	23.60	74.31	21.23	66.10	21.68
9	047	ACCIDENTES DE TRANSPORTE	24.43	24.62	21.60	21.11	21.82	20.96
10	018	ENF. GLANDULAS ENDOC. METAB.	10.84	11.74	13.05	14.79	16.39	18.78
11	052	OTROS ACCIDENTES, INCLUSO EFECTOS TARDIOS	25.93	20.87	20.35	15.26	21.41	16.58
12	001	ENF. INFECCIOSAS INTESTINALES	66.84	42.38	27.76	16.10	23.26	14.48
13	055	HOMICIDIO Y LESIONES INFLIGIDAS	8.57	8.11	10.99	10.21	13.99	13.76
14	012	TUMOR MALIGNO ORGANOS GENITOURINAR.	10.90	12.07	11.46	12.10	12.30	12.50
15	002	TUBERCULOSIS	15.79	12.82	12.53	10.96	11.71	10.90
16	035	ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	9.07	9.23	10.05	10.07	10.19	10.30
17	026	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	5.58	5.73	8.50	8.81	9.59	10.20
18	044	ANOMALIAS CONGENITAS	6.81	8.11	7.45	8.29	7.87	8.85
19	022	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	11.07	10.25	8.93	8.34	8.10	7.62
20	019	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	19.11	16.29	10.51	8.38	7.69	6.64

FUENTE: CENSO DE POBLACION 1982, 1990, PROYECCION A 1993 /ANUARIO DE ESTADISTICAS VITALES, 1982,1990, 1993

ELABORACION: MONICA MANRIQUE, CIUDAD

Las infecciones respiratorias se mantienen como segunda causa de muerte en el país. En los niños, tiene como factor predisponente la malnutrición, pero en general a estas patologías se asocian los problemas de vivienda inadecuada, hacinamiento y contaminación del aire. La presencia de factores biológicos asociados al hacinamiento o a viviendas frías y húmedas, el humo dentro de la habitación y la escasa ventilación, son factores asociados a la infección respiratoria.

El aparecimiento y repunte de enfermedades transmitidas por vectores (dengue y malaria), sobre todo en los últimos 5 años, dejó al descubierto la gravísima problemática ambiental, el impacto de los procesos migratorios y de colonización y las deficiencias de los servicios de infraestructura básica en el campo y la ciudad.

Así mismo, la emergencia de cólera en marzo de 1991 evidenció la insuficiencia de los servicios de agua segura y alcantarillado, el desconocimiento de los agentes de salud, los comportamientos culturales frente a la enfermedad y la ausencia de servicios de atención accesibles sobre todo en áreas rurales de la sierra. Hay una clara relación entre las defunciones ocurridas por la presencia del cólera, la fiebre tifoidea, la amebiasis, la shigelosis, las enteritis y las diarreas, las infecciones intestinales, la fiebre amarilla, la hepatitis infecciosa, las rickettsiosis, la anquilostomiasis, las helmintiasis y la ausencia de agua sana y/o la contaminación de los suministros.

Los cambios en los estilos de vida individuales y colectivos, el deterioro ambiental urbano, las dificultades producto de la movilidad de bienes y personas van determinando un conjunto de nuevas patologías modernas entre las que sobresalen las

crónico degenerativas, la morbi-mortalidad asociada a la violencia, los accidentes de motor y los trastornos mentales.

Pese a que se ha avanzado en las coberturas de atención médica materno-infantil, la morbi-mortalidad materna alcanza cifras inaceptables.⁸

Este breve esfuerzo de relación entre los factores sociales, económicos, culturales y ambientales y la aparición de la enfermedad en las ciudades, deja al descubierto la complejidad y urgencia de enfrentar la problemática por la velocidad con la que avanza la urbanización en el país y la necesidad de políticas integrales, consistentes y de largo plazo para revertir la crisis ambiental y sanitaria por la que atravesamos.

2.2. FACTORES DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LAS CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR

La salud en las ciudades engloba un conjunto de factores: la situación económica y social de la población (educación, empleo, ingreso); los aspectos que preservan, deterioran o modifican la calidad del ambiente⁹ (segregación, infraestructura,

8 "Aproximadamente 460 mujeres mueren cada año en el Ecuador durante el embarazo, parto o puerperio, lo que constituye un nivel inaceptable. En el país una de cada 149 mujeres que llega a la edad fértil muere como consecuencia del embarazo. En países desarrollados este riesgo es de una de cada 6.000 (EEUU) o una de cada 10.000 (países nórdicos)." ENDEMAIN 94. Ecuador. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. CEPAR 1.995.

9 "El medio ambiente del barrio o de la ciudad -hábitat urbano- se entiende como un conjunto de condiciones naturales y/o construidas por el hombre y por lo tanto son el resultado de la sociedad y el medio físico-natural, conformando una totalidad compleja y en permanente cambio". Barreto, Rodrigo. "Crisis y salud" Revista Ciudad Alternativa N°7. Quito, CIUDAD, 1993.

saneamiento, contaminación, aparato productivo); el grado de responsabilidad social y estatal en la respuestas a la enfermedad (programas de prevención, servicios de atención médica) e incluso las características específicas de vulnerabilidad y riesgo de cada población.

Esta coyuntura está dada, principalmente por:

- Las enormes desigualdades en la distribución de la riqueza (ingreso y propiedad) y sus impactos en términos de salud-enfermedad, particularmente en el contexto urbano;
- La aplicación por parte del Estado de una política social débil, focalizada y compensatoria;
- Las condiciones de deterioro ambiental y sanitario en las ciudades (que en algunos casos llega a niveles alarmantes);
- La reforma del Estado que, bajo el concepto de descentralización, busca transferir responsabilidades a otras instancias tales como a los municipios y a la “sociedad civil”;
- El proceso de reforma del sector salud en curso, en el que se evidencia el fuerte reduccionismo de la visión estatal de la problemática de salud al componente de prestación de servicios de atención médica;
- Las incertidumbres sobre los alcances y la capacidad de los actores locales (municipios incluidos) para garantizar a largo plazo mejores condiciones de vida para la población.

2.2.1. Las desigualdades en la distribución de la riqueza y sus impactos en términos de salud-enfermedad en el contexto urbano.

La política de ajuste y estabilización que los gobiernos nacionales han llevado adelante en los años recientes muestra, como mayores logros, la recuperación de los indicadores macroeconómicos (balanza de pagos, inflación, reserva monetaria), sin que se hagan evidentes aun signos de recuperación de la economía que puedan mantenerse en el largo plazo.

a. Concentración de la riqueza

En los últimos quince años se ha agudizado el carácter concentrador y excluyente del modelo de desarrollo de nuestro país. Frente a la extensión de la pobreza, que afecta a gran parte de la población, grupos minoritarios concentran la mayor parte de los recursos. “Alrededor de 6000 personas ejercen total control sobre el 95% del capital de las empresas; 350 tienen hegemonía sobre el 60% de aquellas; menos de 100 personas tienen control en las entidades del sector financiero; cerca de un centenar realizan el 87% de todas las exportaciones privadas ecuatorianas. Esta cúpula económica representa el medio milésimo (0.05%) de la población del país. En general, un grupo de personas que no constituye más del 3% de la PEA capta el 43.7% del PIB y en contraste, el 53.5% de la PEA recibe un ingreso que representa el 10.5% del total de la renta nacional.”¹⁰

10 REVISTA ECONOMÍA HOY. Número 151. Quito, Ecuador. Semana del 1 al 8 de Enero de 1996. pp 4-5.

El ingreso per capita del país se encuentra en niveles comparables a los de 1980; la capacidad adquisitiva de las exportaciones no ha demostrado una recuperación consistente (su promedio para el período 1988-1994 fue 2,5% menor al correspondiente 1976-1981), la diversificación de las exportaciones ha sido mínima (las flores, el más importante producto de exportación no tradicional representa el 2% de las exportaciones totales).¹¹

b. Incremento de la pobreza

Si bien hay discrepancias entre algunos trabajos sobre la cuantificación de la pobreza, debido al empleo de metodologías distintas y consecuentemente diferencias en la determinación de las líneas base, la más conservadora de las cifras, la del Banco Mundial, establece que el 35% de la población está bajo la línea de pobreza.¹²

En el documento citado, se señala que 3,8 millones de ecuatorianos viven en condiciones de pobreza y de ellos 1,7 millones en pobreza extrema o indigencia. En el análisis sobre las características de la población en condiciones de pobreza, el referido documento establece tres grandes grupos de pobres en el país: el del área rural de la sierra (1.104 millones), el del área urbana de la Costa (993 mil) y el del área rural de la Costa (939 mil). En el caso de la región rural de la Sierra se encuentra una fuerte asociación entre pobreza y etnicidad.¹³

11 Datos tomados de: Larrea, Carlos. "Pobreza creció con el ajuste". En Revista Gestión. Quito, Ecuador, 1995.

12 Banco Mundial. **Ecuador Poverty Report**, Draft, 1995

13 Zamocs, Leon. **Estadísticas en zonas étnicas del Ecuador**. Universidad de San Diego. USA. 1994.

Mientras que, siempre según el BM, la pobreza urbana está asociada al bajo nivel educativo, empleo informal, arrendamiento de vivienda y bajo nivel de participación de la mujer en el mercado laboral.

Larrea¹⁴, estima que en el área urbana, el total de pobres “pasó de 60% en 1988 a 68% en 1992, observándose una tendencia al incremento de la incidencia y/o intensidad de la pobreza”.

CUADRO N°2: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA URBANA 1988-1993
Porcentajes de la población

	1988	1989	1990	1991	1992	1993(julio)	1993(nov.)
No pobres	68.9	61.3	58.00	54.9	61.9	6.2	63.8
Pobres							
No indigentes	17.9	18.7	16.5	19.3	17.6	17.1	16.7
Pobres indigentes	13.2	19.9	25.5	25.8	20.5	21.7	19.6
(Subtotal pobres)	31.1	38.7	42.00	45.1	38.1	38.8	36.2

FUENTE: Gestión, en: Economía, HOY, Año 3, No.151, 1 al 8 de enero de 1996

Los datos sobre distribución del ingreso son reveladores: “hay una pronunciada tendencia a la concentración de los ingresos en el área urbana (relación Q1/Q5 es de 12), los salarios medios urbanos cayeron en un 22% entre 1988 y 1992,... observándose además un aumento en la heterogeneidad de los salarios, con diferencias crecientes entre remuneraciones para trabajo calificado y no calificado”¹⁵.

14 - Larrea, Carlos, **Structural Adjustment, Income Distribution and Employment in Ecuador** 1995.

15 - *Ibid* (Larrea, 1995)

c. Tendencias, inflación y costos de la salud

Las tendencias que han sido establecidas no son promisorias respecto a revertir la situación de pauperización en el corto ni aun en el mediano plazo, aspecto que debe ser considerado para la formulación de las políticas públicas, especialmente en el ámbito de la salud.

Es llamativo el incremento de los gastos familiares en este rubro. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, en 12 años la inflación que ha registrado el rubro cuidado de la salud ha sido de 21.799,7%, en tanto que el de la canasta básica fue de 7.259% en mismo período. La ponderación del INEC establece que, al momento, el rubro cuidado de la salud representa el 4,54% de la canasta básica.

La tesis neoliberal de producir primero para distribuir después aplaza eternamente la posibilidad de atender las demandas de la población. Como señala Alberto Acosta: “la separación entre producción y distribución que fomentan los neoliberales, no es viable en los procesos económicos, que como tales están inseparablemente inmersos dentro de la trama social.”¹⁶ La posibilidad de mejorar la calidad de vida de la población, es una condición intrínseca del desarrollo. Y en esa dirección, el Estado debe asumir un claro papel en la redistribución de la riqueza nacional y en la formulación de políticas sostenidas y de largo plazo.

16 Acosta, Alberto. “Apuntes para una economía política del ajuste neoliberal”. En Ecuador Debate N°37. C'AAP, Quito, Abril 1.996.

2.2.2. Los límites de la política social del Estado y su impacto en la salud¹⁷

Sin pretender hacer un análisis exhaustivo de la política social del Estado, nos detendremos brevemente en dos aspectos relevantes: la caída del gasto social y el nuevo paradigma de política social basado en la compensación, la focalización y el carácter emergente.

a. Caída del gasto social

La política económica durante los últimos años, ha estado orientada al pago de la deuda externa, a mantener el equilibrio fiscal y de la balanza de pagos y a la reducción de la inflación, tal como se observa en el Cuadro 3.

El Estado ecuatoriano durante estos últimos quince años ha reducido su gasto social, tanto en relación con el PIB como en relación con el Presupuesto General del Estado (PGE) según se observa en el cuadro 2. En este lapso el gasto social pasó del 11,4% del PIB en 1.980 al 7,5% en 1.991. De igual manera disminuyó su relación con el PGE, de 39,2% en 1.980 a 37,4% en 1.985 y 36,5% en 1991¹⁸. En el presupuesto programado para 1995 se establece que el gasto en las áreas sociales será del 27,6% del PGE mientras que en 1994 fue del 31,5%.

17 En este punto tomamos algunas reflexiones de: Barrera, Augusto; Costales, Patricia. *Situación del sector salud en el Ecuador*. Corporación UTOPIA, Quito, Ecuador. 1996. Mimeo.

18 ILDIS. *Informe social 2*. 1994. Eficiencia, eficacia y calidad de los servicios sociales del Estado.

CUADRO N°3: RELACION DEL "GASTO SOCIAL" Y SERVICIO DE LA DEUDA EXTERNA CON EL PIB Y EL PRESUPUESTO DEL ESTADO, 1980 -1994

AIROS	GD/PIB	% en el PGE	GD/ per cápita en dólares	GS/PIB	% del PGE	GS/ per cápita en dólares
1980	3.00	8.43	17.1	5.83	35.24	77.5
1981	3.24	11.60	27.4	5.95	35.01	82.6
1982	4.72	21.31	36.3	5.45	31.76	54.1
1983	3.93	18.72	21.0	4.60	32.40	35.9
1984	4.19	19.82	27.3	4.46	31.00	42.7
1985	4.30	17.13	28.9	4.93	30.80	51.9
1986	2.70	16.25	26.9	5.39	32.46	53.8
1987	5.60	28.08	54.4	5.56	27.84	50.4
1988	3.30	21.53	23.5	4.75	30.72	33.6
1989	4.40	26.02	39.7	4.52	26.91	41.1
1990	5.30	30.32	50.8	4.20	24.44	40.9
1991	4.40	27.61	46.7	4.32	26.96	45.6
1992	4.40	27.86	5.7	4.35	27.28	49.7
1993	3.20	20.36	41.9	3.76	24.21	49.8
1994	3.80	21.94	56.3	4.94	27.92	72.9
1995	4.35	21.94	64.8	4.91	24.78	73.2

GD: servicio de la deuda
 GS: gasto social = gasto en educación y cultura + gasto en salud y desarrollo comunal + bienestar social
 FUENTE: Banco Central del Ecuador
 ELABORACION: Alberto Acosta

Según el Banco Mundial¹⁹ entre 1980 y 1993 el gasto público social ha decrecido en un 13,5% (-13,5 educación y -1,5 salud), lo que en términos de gasto per cápita (en sucres de 1985) representa un descenso de 38,3% (44,7% en educación y 28,8% en salud). El gasto estatal per cápita en este período ha disminuido en 8%.

19 Ibid (Banco Mundial)

b. Política social compensatoria, focalizada y de carácter emergente

En este contexto de reducción del gasto, al margen de los grados de eficiencia que evidencien, los últimos gobiernos han desarrollado una política social que abandona los principios universalistas de bienestar general.

La política social ha sido concebida como un conjunto de acciones que palien los efectos del ajuste sobre los sectores menos favorecidos. De ese modo, la focalización, el carácter temporal y emergente, la descentralización y la eficiencia en el uso del gasto se convierten en los nuevos paradigmas del quehacer estatal. El impacto más evidente de esta situación se constata en el colapso de los servicios públicos de atención médica.

Sin embargo, en un sentido más amplio, la extensión del desempleo y subempleo, las limitaciones fiscales para las acciones de infraestructura básica y saneamiento, la reducción o abandono de programas de promoción social, etc. provoca fuertes repercusiones en la salud de la población.

2.2.3. Deterioro ambiental y sanitario en las ciudades y pueblos del Ecuador

El acelerado proceso de urbanización en el Ecuador, ha provocado la emergencia de graves problemas ambientales que impactan en la salud de la población que habita en las ciudades y pueblos.

a. **Tendencias del proceso de urbanización en el Ecuador**

El Ecuador mantiene una de las más altas tasas de crecimiento poblacional entre los países de América Latina. En los últimos 45 años, la población ecuatoriana se triplicó. El Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) espera que la población ecuatoriana bordee los 16 millones de habitantes al finalizar la primera década del próximo siglo.

Entre 1950 y 1990 se observa una gran concentración poblacional en las ciudades y pueblos. En este período la población urbana se ha incrementado 6 veces (ver Cuadro 4).

Sin embargo, la distribución de la población urbana en el territorio nacional no es homogénea: las provincias de Guayas en la Costa y Pichincha en la Sierra contienen el 59.6% de la población urbana nacional. La ciudad de Guayaquil multiplicó

CUADRO N°4: TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO URBANO POR ESTRATOS SEGUN TAMAÑO DE LAS CIUDADES EN 1990

Estrato	Tasas de crecimiento (%)				
	1950-1982	1962-1974	1974-1982	1982-1990	1950-1990
Metropolitano	5.24	4.42	4.48	2.96	4.38
Centros de más de 50.000 hab. (no metropolitanos)	5.35	5.20	5.04	3.45	4.85
De 20.000 a 50.000 hab	4.32	4.88	4.84	4.05	4.54
De 5.000 a 20.000 hab	2.48	3.06	4.44	3.18	3.20
Total urbano	4.75	4.49	4.66	3.22	4.35

FUENTE INEC. Censos de población

EN: LARREA, Carlos y GARCÍA, Mauricio. La situación habitacional en el Área urbana en el Ecuador: 1982-1990

su población 7 veces y Quito 3.5. Actualmente cada una de estas ciudades supera el millón de habitantes y en conjunto concentran el 27% de la población total nacional. Para el año 2010 el CONADE estima que Guayaquil tendrá 3 millones de habitantes y la ciudad de Quito 2.2 millones.

La concentración poblacional también se observa en ciudades intermedias y pueblos. En 1950 los asentamientos humanos con más de 20.000 habitantes apenas llegaban a 6, hoy son más de 30. De mantenerse el actual ritmo de crecimiento poblacional, habría que esperar que las ciudades de Santo Domingo de los Colorados, Quevedo, Portoviejo, Machala, Mantua, Milagro y Esmeraldas, experimenten grandes crecimientos de población en los próximos años, así como Cuenca y Loja en la Sierra.²⁰

Este proceso de urbanización ha transformado la sociedad ecuatoriana. Para 1996, el país es mayoritariamente urbano y se estima que la población que habita en ciudades es de casi siete millones de habitantes, 60% del total nacional.²¹

Las tendencias de la urbanización en el Ecuador indican que:

- Continuará el crecimiento de las grandes ciudades y de los centros intermedios, aunque a ritmos diferentes;
- De continuar el modelo de desarrollo vigente, se extenderá la pobreza urbana y sus efectos concomitantes;

20 CIUDAD, Documento de discusión interna, 1993.

21 **Contexto macroeconómico. Situación social y sector salud del Ecuador.** OPS, OMS. Quito, 1995.

- La crisis fiscal provoca un fuerte deterioro de la cobertura y calidad de los servicios urbanos, sobre todo para los sectores de menores ingresos;
- Como consecuencia de lo anterior, se prevé un deterioro progresivo del hábitat en las ciudades grandes e intermedias.

b. La problemática ambiental y sanitaria en ciudades y pueblos

Los problemas que revisten mayor gravedad en relación con el hábitat y las condiciones sanitarias de ciudades y pueblos son:

- la configuración segregada de la ciudad;
- la demanda insatisfecha de vivienda adecuada;
- el déficit de equipamiento y servicios (agua, alcantarillado, recolección de basuras);
- la expansión del territorio urbano;
- la contaminación ambiental;
- la modificación de los patrones de consumo;
- la pérdida de sentidos colectivos y solidarios en la cultura de las personas; y la irrupción de la violencia.

• Configuración segregada del espacio urbano

La configuración territorial de una ciudad es el resultado de, entre otros factores: crecimiento poblacional, costo del suelo urbano, marco legal (que está mediado por la práctica de planificación y gestión urbana) y características geomorfológicas del territorio. Pero el proceso de expansión y consolidación urbana de las ciudades ecuatorianas está determinado, además, por la especulación sobre los precios del suelo urbano.

Esto ha impuesto una configuración urbana segregada con grandes masas de población que se han visto obligadas a desplazarse a las periferias de las zonas consolidadas de las ciudades o arrumarse en los tugurios centrales o pericentrales, que carecen de servicios y equipamiento suficiente. Por tanto, se convierten en población vulnerable a riesgos específicos: terrenos con alto grado de pendiente, manglares, sitios de drenaje natural de volcanes activos.

Los tugurios y los barrios periféricos, hasta hace poco patrimonio de las grandes ciudades, se extienden ahora a otras ciudades de menor tamaño y pueblos. Un estudio sobre la situación habitacional en el Ecuador²², “muestra diferencias cualitativas en los factores dominantes del déficit habitacional entre regiones. Mientras en la sierra los problemas más agudos se relacionan con la falta de acceso a vivienda propia y a servicios higiénicos exclusivos, en la costa los problemas más acuciantes se relacionan con la limitada cobertura del agua potable y alcantarillado”.

22 Larrea, Carlos; García, Mauricio. “La situación habitacional en el área urbana en el Ecuador: 1.962-1.990”. Quito, 1995.

• **Demanda insatisfecha de vivienda adecuada**

La demanda anual de vivienda de nuevos hogares es de 45.000 urbanas y 5.000 rurales. La insatisfacción de esta demanda ha llevado a un enorme déficit acumulado que bordea el millón de viviendas. En este déficit se consideran viviendas nuevas de reposición (168.000), ampliación de viviendas con hacinamiento (444.000) y mejoramiento de las mismas por la precaria calidad de los materiales de construcción (324.000).²³

Los datos anteriores significan que alrededor de la mitad de la población nacional carece de un techo digno.

CUADRO N°5: DEMANDA DE VIVIENDA. 1996

TIPO DE DEMANDA	URBANO	RURAL	TOTAL
Viviendas nuevos hogares	45 000	5 000	50 000
Demanda anual de nuevos hogares	45 000	5 000	50 000
Eliminación del déficit acumulado de vivienda	358 800	480 000	838 800
Viviendas nuevas para reposición	72 000	96 000	168 000
Mejoramiento de viviendas			
Con hacinamiento	276 000	168 000	444 000
Por mejorar materiales	10 800	216 000	226 800

FUENTE: Proyecciones datos Censo INEC, 1990

ELABORACION. CIUDAD

23 Ruiz, Silvana. Proyecciones de datos del censo de vivienda 1990. Documentos de trabajo interno CIUDAD, 1996.

• **Déficit de provisión de equipamientos y servicios**²⁴

Agua de consumo humano

El aprovisionamiento de agua segura es una condición indispensable para la preservación de la salud y se convierte en un grave problema ambiental para las ciudades y pueblos.

En el país, los problemas ambientales relacionados con el agua van desde el abastecimiento insuficiente, la distribución inadecuada, la mala calidad hasta los efectos de su eliminación.

El 79,62% de la población urbana del país tiene acceso a agua segura²⁵, y si bien, durante la década del 70 hay un notable mejoramiento de la cobertura, entre 1982 y 1990, en algunas ciudades se ha estancado el porcentaje de población que dispone de este recurso.²⁶

Un sector importante de población asentada en zonas periféricas se aprovisiona a través de mecanismos altamente contaminantes: pozos y tanqueros. Ello entraña altísimos riesgos de contaminación.

Pero, además, el aprovisionamiento de agua para las ciudades, está directamente vinculado a un entorno regional más amplio que el propio ámbito urbano, pues incluye los efectos que pue-

24 Ver anexo N°1: Cobertura de los principales servicios básicos.

25 **Situación social y sector salud.** OPS OMS. Quito, 1996.

26 **Fundación Natura, Comisión de Comunidades Europeas: Medio ambiente y salud en el Ecuador.** Quito, 1.992. pp 76.

den provocar las captaciones, el transporte y la distribución inadecuadas.

Aguas servidas y alcantarillado

Con el crecimiento de las ciudades, el sistema de alcantarillado existente es cada vez más inadecuado e insuficiente, tanto porque el crecimiento de la demanda ha desbordado la capacidad de respuesta municipal, cuanto por la incapacidad económica y técnica de tratar de manera adecuada las aguas residuales de origen domésticos y las industriales.

Si durante la década del 70 se amplía de manera significativa la cobertura de alcantarillado, durante la década del 80, el porcentaje de población urbana servida con alcantarillado y disposición de excretas decreció desde el 73% al 63,5%.²⁷ Según el Censo del INEC de 1990, el 62,38% de la población urbana está cubierta por el servicio de alcantarillado (a nivel rural apenas se llega al 8,94%)²⁸

La situación descrita, supone no sólo serios problemas de drenaje urbano, sino también la contaminación de cuencas hidrográficas; en algunos casos la contaminación de ríos (Machángara, Ambato, Portoviejo, Chone, Cuenca) supera el umbral de contaminación aceptable y tiene impactos en los cursos de agua que, río abajo, tienen uso agrícola.

27 Ibid. (OPS-OMS, 1996)

28 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Censo de población y vivienda 1990.

Aseo urbano y recolección de basura

La producción de desechos sólidos en las ciudades ecuatorianas se ha multiplicado considerablemente. Con variaciones significativas entre distintas ciudades, se estima que el promedio nacional de producción de desechos sólidos per cápita alcanza el 0,54 kg/hab/día. Es necesario destacar que en las ciudades de Quito y Guayaquil esta producción es mayor.

El 69,58% de los habitantes de las ciudades tiene acceso a la recolección de basuras, mientras a nivel rural apenas se llega al 7,92%.²⁹ Hay muy pocas experiencias de tratamiento de los desechos sólidos y su aprovechamiento económico³⁰. En la mayoría de ciudades del país hay deficiencias en la recolección y transporte y no se aplican las normas frente a desechos hospitalarios y otros altamente peligrosos.

En la mayoría de ciudades donde existen botaderos, éstos son a cielo abierto provocando impactos ambientales, en unos casos por contaminación de fuentes de agua del subsuelo (Portoviejo, Quito) y, por la presencia de incendios y crecimiento de vectores.

• Movilidad y transporte

La ampliación irracional del territorio urbano, genera problemas asociados a la movilidad y transporte de personas y bienes. Se incrementan las distancias de recorrido diario entre

29 Ibid. (OPS OMS, 1996)

30 Ver al respecto. Experiencias entre el Municipio de Quito y el Barrio El Carmen; Dirección de Higiene del Municipio de Ibarra; Fundación Mazán y Municipio de Cuenca

el hogar y el lugar del trabajo con los consiguientes perjuicios en el tiempo de descanso, estrés y riesgos de transporte.

Los problemas de transporte han llegado a ser dramáticos en el país. Ecuador tiene el dudoso honor de constar entre los cuatro países con mayor índice de accidentes de tránsito en el mundo. En las provincias de Pichincha y Guayas la mortalidad y morbilidad asociada a accidentes de vehículos de motor son alarmantes.³¹

• **La contaminación ambiental en las ciudades**

Una serie de factores se han combinado y acentuado durante los últimos años provocando una situación ambiental preocupante en las ciudades del Ecuador.

Los estudios disponibles sobre contaminación atmosférica en las ciudades grandes, indican que la calidad del aire está deteriorada, sobre todo por la excesiva presencia de bióxido de azufre, monóxido de carbono y CO₂.³² Se evidencia que esta contaminación química proviene sobre todo de los automotores, antes que de las industrias. Las causas principales son: el crecimiento descomunal del parque automotor durante las últimas dos décadas (y particularmente en los últimos dos años) y la utilización de tetraetilo de plomo en la gasolina.

La contaminación por industrias se concentra en ciertas ciudades del país y en algunas zonas al interior de las mismas. El

31 Revista Blanco y Negro. Diario HOY. 25 de marzo de 1.996.

32 Fundación Natura. Comisión de Comunidades Europeas. **Medio ambiente y salud en el Ecuador**. Quito, 1.992.

incremento de efluentes industriales, la quema de desechos sólidos y el uso de incineradores privados son agravantes de esta situación.

Un aspecto particularmente preocupante y que demanda acciones inmediatas es la contaminación por plomo. Los resultados de investigaciones realizadas por la Fundación Natura demuestran que todos los grupos estudiados rebasan los niveles de plomo en la sangre que la OMS considera como permisibles.³³

Además, los niveles de ruido sobrepasan la norma vigente en todas las ciudades monitoreadas por la red de vigilancia del IEOS.

• **Modificaciones en los patrones de consumo**

Las familias urbanas se transforman paulatinamente de unidades de producción doméstica en unidades de consumo. El cambio de la elaboración doméstica de los alimentos al consumo de productos industriales o elaborados comercialmente significa que el control social de tales productos pasa de la familia a entes económicos que le son ajenos.

La modificación de los patrones de consumo opera negativamente por cuatro vías: a. deterioro de la calidad nutritiva de la alimentación; b. incremento de las posibilidades de contagios por consumo de alimentos contaminados; c. pérdida de los elementos culturales y afectivos de la preparación y consumo doméstico; e. incremento de los costos para la familia.

33 Ibid (Fundación Natura, 1992)

El factor principal de la calidad del consumo alimentario es la disponibilidad de recursos económicos familiares para la compra de los alimentos, sin embargo inciden comportamientos culturales y la información nutricional de la que se disponga.

Los niveles de contaminación alimentaria en el país son muy altos, sobre todo en aquellos preparados fuera del hogar. El tipo de contaminación presente no solo es bacteriológica sino también de origen químico.

- **Vida cotidiana, anomia social y violencia en ciudades y pueblos**

No se puede vivir cotidianamente el espacio urbano como un todo; debe identificarse aquel conjunto de elementos de la ciudad que constituyen lo cotidiano, lo habitual, al ambiente reconocido y familiar de cada persona. Existen múltiples combinaciones de esos elementos, pero cada persona compone su propio conjunto. De la preservación de las referencias que constituye ese conjunto depende, en buena parte, el sentimiento individual de apropiación del espacio urbano, de la compenetración entre la persona y el espacio que utiliza.

La cotidianidad de los habitantes de las ciudades se caracteriza por una gran movilidad, relatividad e impersonalidad. La vida en la ciudad ha llevado a que las personas no conozcan ni a sus vecinos, a que gasten la mayor parte de sus energías en ir de un lado a otro sin la satisfacción personal de relacionarse con los demás, a que reine la incomunicación e indiferencia por los demás, encerradas en “sus” propios problemas.

Esta nueva dinámica de socialización más intensa que provoca la ciudad, contrasta con la inercia del esquema familiar y social tradicional, provocando una suerte de creciente oposición simétrica entre la ciudad o sociedad urbana y el hogar o la familia³⁴.

La incorporación creciente de la mujer a la economía, sin que las tareas de crianza sean asumidas adecuadamente por otros miembros de la familia o el Estado, provoca un virtual abandono de niños y adolescentes. Esta situación es particularmente grave para la población migrante que, arrancada de su comunidad, debe enfrentar en las peores condiciones la presión que ejerce la ciudad, provocando trastornos profundos en su posibilidad de relación, de construcción de un entorno social y de su autopercepción.

Toda esta complejidad subyace tras el problema de la violencia urbana. Los datos son alarmantes: el homicidio se ha convertido en la sexta causa de muerte en el país con una tasa del 13,76%; hace diez años no constaba entre las diez primeras causas de muerte. Las muertes violentas constituyen por hoy, la primera causa de muerte en grupos de jóvenes y adolescentes varones³⁵. La sensación de inseguridad es generalizada y la respuesta social reafirma, como círculo vicioso, la privatización de los espacios en desmedro de lo público.³⁶

34 Sánchez Parga, José. **La familia y la ciudad: una relación por construir en nuevas geografías sociales**. Quito, Mimeo, 1994.

35 Para mayor información al respecto ver: Propuesta de red de atención integral a jóvenes y adolescentes de la zona sur de Quito. Corporación UTOPIA - EIPA - UNFPA. Quito, 1996.

36 Ver entre otros: Sánchez Parga, José. **Lo público y la ciudadanía en la construcción de la democracia**. CAAP, Quito, 1995.

2.2.4. Reforma del Estado

Como parte de una corriente mundial, los últimos gobiernos en el país han implementado un proceso de “modernización” y reforma estatal que, por su importancia involucran al conjunto de la sociedad, el Estado y evidentemente, a la salud de la población. Por esta razón, la reforma estatal se convierte en un dato principal en la coyuntura sanitaria del país.

a. La naturaleza del proceso de “modernización” en el Ecuador

El proceso de modernización en curso, se inscribe en las corrientes internacionales de aplicación de modelos neoliberales y por lo tanto acompaña procesos generales de reacomodo en la acumulación de capital.³⁷

La reorganización del capital en este período, se tramita en dos grupos de relaciones: por una parte, la relación entre el capital y los sectores de la economía; y por otra, la relación entre el capital, el trabajo y los consumidores.

Las políticas económicas tienen que ver con lo primero. Ya desde 1981 se observa en el Ecuador la implementación de una serie de políticas de “estabilización” y de “ajuste”, que buscaban potenciar el sector externo de la economía y ajustar el comportamiento de las principales variables macroeconómicas (inflación, déficit fiscal, balanza de pagos). Las

37 Se recogen aquí los argumentos desarrollados por Mario Unda en: **Gestión municipal de políticas sociales y ambientales**. CIUDAD, Quito, Octubre. 1995.

medidas impulsadas incluyen eliminación de subsidios, sobre todo al consumo, apertura arancelaria y de recepción de inversiones, control monetario, flotación de tasas de interés.

Como resultado, el capital se ha ido moviendo hacia las actividades financieras, comerciales y de exportación, mientras que las actividades productivas han visto incrementar sus dificultades financieras y de mercados.

La reorganización del capital en la producción que asume el nombre de “flexibilización” o “desregulación” busca eliminar las protecciones legales y sindicales; y la desprotección absoluta de los consumidores frente a los precios y a la calidad que imponen libremente los empresarios.

La reorganización del Estado busca redistribuir una serie de funciones y atribuciones hacia otros actores. Este “traspaso” hacia los “gobiernos locales” y la “sociedad civil” complementa la desconcentración de ciertas ramas del aparato del Estado central. Las funciones económicas del Estado, especialmente las rentables, quieren malbaratarlas en beneficio de los grandes empresarios nacionales y extranjeros: es la privatización.

Las acciones en materia social, si no son lucrativas, se entregan a los municipios, a la Iglesia, a las “organismos no gubernamentales”: es la “descentralización” de funciones y competencias hacia entidades de gobierno seccional o de la sociedad civil.

La reducción del gasto público atañe a las políticas sociales, a la inversión productiva y al despido de trabajadores: en

nombre del “achique del Estado”, se puede trastocar todo (singularmente aquellos segmentos del Estado que tienen que ver con la administración de empresas económicas y con la ejecución directa de políticas sociales), todo, menos los aparatos de represión y control sobre la población y las redes clientelares de los gobiernos de turno.

Por esta vía de modernización ha transitado el país durante los últimos años. Como es de suponer, la transferencia de empresas y activos estatales ha ocupado el interés prioritario del Gobierno, en un proceso marcado por la inestabilidad política y las encendidas disputas entre distintos grupos de poder por la captación de recursos.

b. Las ambigüedades de la descentralización y la reforma del Estado

El gobierno que está a punto de concluir, ha puesto énfasis en el establecimiento de un nuevo marco jurídico. En un primer momento (primer año de gobierno), se aprobaron las leyes de Presupuesto (mayor control por parte del Ejecutivo del gasto público en las entidades del Estado central, semiautónomas, autónomas y descentralizadas), de Mercado de Valores y Modernización.

Inmediatamente anunció el envío de un paquete de 26 leyes complementarias (Régimen Municipal, Contratación Pública, Hidrocarburos, Electrificación, Agraria, Seguridad Social, etc.). Pero su aprobación se ha visto retardada por fuertes oposiciones legislativas o sociales. Incluso un plebiscito, realizado en noviembre de 1995, rechazó las once propuestas gu-

bernamentales de reforma (entre las que se incluían descentralización y seguridad social).

En la discusión actual sobre el tema de la descentralización y desconcentración, por un lado se diferencian como procesos, pero, al mismo tiempo las confunden reiteradamente.

En las leyes aprobadas, se deslizan intercambios conceptuales equívocos. Por una parte, entre descentralización y desconcentración: porque se ignoran sus diferencias (resaltadas, en cambio, en varios documentos normativos), y porque la descentralización misma se encuentra apenas indicada, a la sombra de la desconcentración; ambas opacadas por el tratamiento preferencial que se da a la "racionalización administrativa" y, sobre todo, a las varias formas de privatización.

Por otra parte, se vuelve indistinguible la línea fronteriza entre descentralización administrativa y descentralización política, en circunstancias en que la descentralización administrativa se confunde con formas de desconcentración.

El fruto de estas confusiones es un predominio absoluto de la desconcentración, tanto en lo que tiene que ver con el Estado central, como en lo atinente a los propios Municipios.

La ya mencionada Ley de Modernización es un ejemplo claro: la primera versión, enviada por el Ejecutivo, había sido criticada por atender más a la privatización que a la modernización. Pero la ley finalmente aprobada por el Congreso no modificó en nada estas preferencias: de sus 66 artículos, 7 están dedicados a "disposiciones y principios generales", 8

al Consejo Nacional de Modernización (CONAM, la entidad a la que la ley encarga el papel de dirigir los procesos de modernización), 18 a la “racionalización y eficiencia administrativa”, 7 a “la descentralización y desconcentración” (pero apenas dos de ellos pueden tener algo que ver con la descentralización), 24 a “la desmonopolización, delegación de servicios públicos a la iniciativa privada y privatización” (con dedicación casi exclusiva a las privatizaciones), uno al reglamento y otro a las derogatorias. Lo propio hace el Reglamento: la descentralización merece apenas tres artículos de los 177 que lo componen. La “eficiencia administrativa” (agilidad en los trámites), la desregulación y las distintas variantes de la privatización continúan en primer plano.

Ambos, ley y reglamento, señalan la importancia de la descentralización, pero no van más allá. Antes bien, cada paso es un retroceso: La ley habla de la descentralización como transferencia de competencias políticas, económicas y administrativas; el reglamento, en cambio, lo reduce todo a la descentralización administrativa, le da al modo de la desconcentración.

Y si esto ocurre en el Estado central, lo mismo pasa en los municipios. A fines de 1993, el Congreso aprobó, por iniciativa del Municipio de Quito, la ley de Distrito Metropolitano. Es un precedente importante para los procesos descentralizadores, aunque se ocupa más de la desconcentración administrativa del propio Municipio: subdivide el territorio cantonal en zonas a cargo de sendos administradores nombrados por el Alcalde.

Una propuesta posible de descentralización debería contemplar al menos:

- el fortalecimiento financiero, administrativo y político de los municipios,
- el establecimiento de mecanismos de participación ciudadana comenzando por fortalecer la organización popular y ciudadana; y,
- el respeto a los distintos actores.

La descentralización no puede entenderse como una transferencia indiscriminada de las responsabilidades que el Gobierno Central tiene frente a la sociedad y constituirse de ese modo en estrategia de privatización.

2.2.5. La reforma del sector salud

En el marco de la reforma del Estado, el actual gobierno ha pretendido impulsar la reforma del sector salud, urgido por el colapso de los servicios estatales de atención médica y por el preocupante panorama epidemiológico de los últimos años.

Hay una problemática de carácter estructural que ha conducido a este momento de crisis de los servicios: la reducción del gasto estatal en salud, la crisis financiera del IESS, la fragmentación y falta de coordinación institucional, los problemas administrativos y de gestión, las dificultades en la ejecución del presupuesto, la concentración de unidades de especialidad y médicos en las grandes ciudades en desmedro de las zonas rurales; en suma, la ausencia de una política de salud concertada y de largo plazo.

Estudios actuales evidencian que, a nivel urbano, “el uso de los servicios públicos de salud por parte de la población más

pobre es reducido, apenas el 29,2% del quintil de menos ingresos acude a estos servicios.”³⁸ Cosa semejante ocurre en otros estratos de la población. El gasto en el rubro cuidado de la salud se ha incrementado más aceleradamente que la canasta familiar, lo cual contrasta con la disminución del gasto estatal.

Esto implica que se ha producido una “privatización de facto” y el costo del cuidado de la salud ha sido progresivamente transferido al usuario (ya sea porque éste opta por servicios privados, o por el cobro paulatino de servicios en los establecimientos públicos de salud).

Los documentos oficiales sobre la Reforma del sector salud disponibles a la fecha³⁹, si bien consideran en sus aspectos introductorios la necesidad de una visión integral (que incorpore la situación ambiental, la distribución de la riqueza, la necesidad de la promoción y la prevención, la necesidad de convocar y concertar a los actores de la salud), están centrados en la problemática de la prestación de servicios: cobertura, financiamiento y estructura organizacional.

Las propuestas presentadas en el Blueprint elaborado por el Consorcio de California sobre la ampliación de la cobertura (vía ampliación de la seguridad social), incremento del financiamiento (recuperación de costos, incremento de la contri-

38 ILDIS. **Informe social Ecuador N°4**. Quito, 1.996.

39 Consejo Nacional de Salud, **Hacia la reforma del sector salud**, CONASA. Quito, 1996; MSP. *Propuesta original de reforma del Ministro de Salud*, Quito, 1.995; The California Consortium. *Technical Report on Ecuador' Blueprint for Health Reform*. Quito, 1996.

bución de los asegurados, presupuesto del estado) y reformas al sistema de prestación (diferenciando niveles normadores, financiadores y prestadores), tienen un alto nivel de generalidad y han suscitado polémica en los actores involucrados con la propuesta, provocando una situación de desconcierto,⁴⁰ que se agrava cuando dentro del mismo régimen, en un principio se fortaleció el proceso de descentralización y SILOS propuesto por FASBASE, mientras la administración actual ha dado énfasis a un Proyecto de Atención de Urgencias Hospitalarias.

2.2.6. Límites y oportunidades de lo local

a. Lo local: desde el cristal que se lo mira⁴¹

Frecuentemente, el tratamiento del tema de lo local desde el sector salud enfatiza la dimensión administrativa y por lo mismo reduce el enfoque a la “gestión local”. Sin embargo, esa gestión está asentada en una forma particular de produc-

40 Las denuncias y señalamientos realizados por el Dr. José Suárez, ex director de la UPCPR en: **La crisis de la reforma o la reforma de la crisis**. Quito, marzo 1996, han tenido eco en algunos estamentos y medios de comunicación.

41 Los linderos que limitan la noción de lo local son difusos. Como circunscripción territorial, se trata indistintamente lo local como sinónimos de regional, provincial, cantonal, parroquial, barrial e incluso una porción de un barrio.

El término “sociedad local” es polémico. De hecho, algunos investigadores lo asumen solo como una noción descriptiva que alude a una población circunscrita a un territorio (muchas veces de manera arbitraria), y no le otorgan la connotación de un grupo humano que es capaz de reproducirse a sí mismo como totalidad. Los niveles de interdependencia a factores económicos, políticos, sociales y culturales extra-locales, son cada vez más crecientes por la misma dinámica de incorporación al mercado.

ción, en una sociedad históricamente dada (con interrelaciones extra-locales específicas), sociedad que asume formas concretas de configuración del poder, en el que el Estado y las clases nacionales han jugado -y juegan- un papel protagónico.

Hasta los años 60, la configuración de lo local, en sus formas particulares de producción económica, en las características sociales y políticas, y evidentemente en la forma en que se estructura el poder, obedece a las matrices de la hacienda en la sierra y de la plantación en la costa, con una fuerte presencia de la Iglesia, sectores terratenientes y comerciantes. Las representaciones del Gobierno central en lo local y los municipios reflejaban el predominio de estos “actores tradicionales”.

En los años 70, lo local pasa a ser estructurado desde lo nacional. Los recursos petroleros, manejados por un gobierno militar reformista, permitieron reforzar grandemente el Estado nacional sembrando instancias suyas a lo largo del territorio: subsecretarías, organismos regionales de desarrollo, proyectos de desarrollo rural, escuelas, hospitales y subcentros de salud, regimientos militares, etc. Las redes institucionales dependientes del Estado central modificaron la conformación de lo local, contribuyendo a desligar o a reacomodar la relación con los grupos de poder tradicionales, pero vinculándolo fuertemente al Estado.⁴²

42 La intervención del Estado en la escena urbana se tradujo fundamentalmente en: Creación y fortalecimiento de la institucionalidad; inversiones de infraestructura y equipamiento urbano; ampliación y mejoramiento de la red vial; generación de procesos industriales; fomento del sector de la construcción y la creación de subsidios. Carrión, Fernando. **Proceso de urbanización en el Ecuador**. CIUDAD, Quito, 1985.

No obstante, eso no significó un desbanque de la institución municipal. El estado central reconocía su capacidad de representación, pero la hacía depender de una suerte de alianzas de grupos locales (a veces nuevos actores) con el proyecto estatal. Los municipios fueron fortalecidos como prestadores de servicios, sobre todo agua potable, saneamiento y alcantarillado.

En los años 80, con el “retorno a la democracia”: los municipios en un primer momento, vivieron una cierta re-legitimación de los actores tradicionales y de sus partidos, pero luego reaparecieron nuevos actores sociales y políticos con arraigo local, pero de todos modos dependientes de proyectos “nacionales”, con sede sobre todo en Quito y Guayaquil.

Es en los 90, que la noción de lo local toma fuerza, esta vez asociada a la crítica al Estado central y a las propuestas de descentralización y los influjos de la mundialización de la economía y de la política. El retorno de lo local se da, paradójicamente, a instancias de políticas continentales incluso mundiales elaboradas por organismos como el Banco Mundial. De hecho, estas políticas reflejan el proyecto de globalización de la economía, en medio del debilitamiento del rol de cohesionador nacional que tenía el estado central.

Este cambio de escenario de las propuestas de gestión y desarrollo de lo nacional a lo local, no siempre se sustenta en procesos endógenos, es decir en la existencia de bases materiales y económicas locales, e incluso, en la mayoría de casos, de sujetos locales.

Por tanto, proponemos que el abordaje de lo “local” debería ser global, atravesar las relaciones y dimensiones económicas, sociales, políticas y administrativas. Y, en correspondencia, este cambio de escenario de lo nacional a lo local, supone un conjunto de políticas nacionales orientadas al fomento de condiciones para el desarrollo local.

En este sentido, intentaremos reflexionar a continuación sobre dos aspectos fundamentales: a. la viabilidad de lo local en ausencia de políticas estatales equitativas y democratizadoras y, b. la realidad de los gobiernos locales.

b. La (im)posibilidad del desarrollo local en ausencia de políticas estatales equitativas y democratizadoras

En el contexto reseñado, se ha ido construyendo un discurso sobre lo local como ámbito privilegiado de un “nuevo modelo de desarrollo”. Sin embargo en ese aparente consenso (que va desde el FMI hasta grupos de base), subyacen sentidos (proyectos sociales) diferentes y aun contradictorios, que es preciso desentrañar.⁴³

En las condiciones en las que se desenvuelve el país, el sentido hegemónico de lo local es la transferencia de funciones, como una estrategia de desestatización y eventualmente de privatización. Abona en esa dirección la pérdida de legitimidad y prestigio del aparato gubernamental central, sometido -sobre todo en lo social- a enfrentar la contradicción de cre-

43 Coraggio, José Luis. **Los dos corrientes de descentralización en América Latina**. CIUDAD. Quito, 1990.

cientes niveles de pobreza de la población, versus decrecientes montos de inversión estatal en lo social.

Sin embargo, es preocupante que la transferencia de responsabilidades del Estado central a esos ámbitos locales, a pretexto de la ineficacia “estatal”, deje intocados los problemas estructurales como la distribución de la riqueza, los niveles de inversión social, el carácter de la democracia y los grados de participación social.

Tanto o más grave es, que el debilitamiento del Estado (tal como ya ocurre en salud por ejemplo), provoque una suerte de acefalía en las políticas nacionales y un debilitamiento incluso en el papel de regulación y normatización lo que imposibilitaría organizar los esfuerzos de todos los actores en torno a grandes prioridades nacionales. No está por demás insistir que gran parte de la problemática ambiental y sanitaria solo puede ser tratada nacional y regionalmente.

En síntesis, en un contexto nacional, en el que persistan estas condiciones, lo local puede terminar siendo un distractor que a la vuelta de unos años, evidencie sus limitaciones. Si no se afectan aspectos sustanciales del actual modelo de desarrollo, es absolutamente imposible revertir la tendencia actual de degradación ambiental y humana.

c. Los municipios ecuatorianos: una realidad diversa

La realidad de la institución municipal en el país es sumamente heterogénea y aquello impide elaborar demasiadas generalizaciones, salvo que la mayor parte de municipios ecua-

torianos no se aproximan a la noción de gobiernos locales (comenzando porque no se perciben así) y se han reducido a la prestación y administración de servicios urbanos básicos.

Aquello resulta ampliamente insuficiente frente a las nuevas demandas que sobrepasan la capacidad de gestión. La información que presenta el Plan de Acción del Gobierno respecto de los municipios es elocuente: “ a) sólo un 30% de las rentas municipales se genera a nivel local; b) se estima que un 30% del tiempo de los directivos se ocupa en trámites burocráticos; c) un 70% de las decisiones para la gestión municipal no obedecen a concepciones técnico políticas; d) un 90% de las normas legales vigentes están desactualizadas; e) un 50% de las inversiones seccionales no obedecen a un programa de prioridades; f) menos de 30% de los recursos se destinan a inversiones; g) tasas y tarifas muy bajas de servicios municipales h) un elevado porcentaje de trámites tienen que realizarse necesariamente en la capital.”⁴⁴

Añadamos a esto la decreciente participación del rubro transferencia a municipios en el presupuesto general del Estado, que, en la década del 80 bajó de 14,94% a 4,11%⁴⁵, la naturaleza clientelar en la relación Estado central-municipios y los débiles mecanismos de participación social en la gestión municipal.

Lo anotado anteriormente alerta sobre la necesidad de desarrollar un proceso de descentralización discriminado, gradual y

44 IDRC-CIUDAD. *Gestión municipal de políticas sociales y ambientales*. Quito, 1.995.

45 Velasco, Lisímaco. La inversión pública en los municipios. En Poder Municipal. No. 20. 1993.

selectivo que tenga como termómetro la constitución real de gobiernos locales y la modificación de un conjunto de condiciones estructurales señaladas arriba.

Sin embargo, habría que destacar que los municipios han cumplido un importante papel respecto de la salud de la población. Sin duda, lo más destacable, antes que la esporádica acción en la prestación de servicios de atención médica, es la ejecución de obras de infraestructura básica y saneamiento ambiental, la expedición de ordenanzas que tratan de normar ciertas actividades relacionadas con la conservación del hábitat y la incorporación de estudios de impacto ambiental en los proyectos financiados por el PDM.

d. El gobierno local como posibilidad en construcción

En continuidad con el razonamiento propuesto arriba, no se puede refrendar -sin beneficio de inventario- el concepto de gobierno local como expresión de la sociedad local. Es decir, como resultante de la correlación que emerge de la actuación de los actores locales.

Mucho menos podemos inferir que el gobierno municipal es, a priori, el gobierno local. Partimos más bien de la constatación de que en provincias y cantones existe un complejo institucional (de poder) cuyos grados de protagonismo, fuerza, capacidad de convocatoria, depende de la particular forma de desarrollo que el Estado y el capital han tenido allí.

En ese andamiaje de poder local, concurren diversas instancias, actores e intereses (capital internacional, estado central, municipios, consejos provinciales, FFAA, empresarios locales, iglesia, etc).

En este sentido, la construcción de un gobierno local, en el que se reflejen el conjunto de fuerzas (populares incluidas), es una posibilidad que depende, entre otros factores, de la naturaleza de la gestión municipal.

Desafortunadamente, en muchos casos, el enunciado de formas participativas de gestión, esconde las mismas realidades de verticalidad y burocratización, adornadas con instancias de legitimación de decisiones no concertadas y de cooptación o neutralización de fuerzas contra-hegemónicas.

De cara a los sectores populares, además de este riesgo, aparece la amenaza de “particularizar y localizar las luchas sociales para evitar que se conviertan en fuerzas nacionales, capaces de desbordar la respuesta del Gobierno Central. En otras palabras, fragmentar la lucha social.”⁴⁶.

Finalmente, la asociación entre poder local y democratización depende de unas correlaciones concretas. En la historia del país, los “poderes locales” que se configuran en la colonia y persisten hasta bien entrado este siglo, están asentados en “la estructura agraria prevaleciente hasta 1960”⁴⁷. Aunque mucha agua ha corrido bajo el puente desde entonces, aun persisten -e incluso se han ahondado-, prácticas de caudillismo, clientelismo y cooptación, en definitiva de subordinación, en los ámbitos locales.

Lo señalado en párrafos anteriores, no invalida los sentidos promisorios, -en una perspectiva de democratización y desarrollo de la sociedad- que tiene lo local, siempre y cuando las

46 CIUDAD. **Urbanización y políticas en el Ecuador**. Informe de Investigación. Tomo 3. Vol 8. Quito, 1990.

47 Ibid (CIUDAD, 1990)

políticas nacionales se transformen en dirección a sustentar esta perspectiva.

e. Las posibilidades de lo local para la promoción de la salud

La promoción de la salud en las ciudades y pueblos es uno de los ámbitos en los que es posible desarrollar y recrear las posibilidades democratizadoras de lo local; en una interrelación complementaria y mutuamente enriquecedora. Esto supone:

- La posibilidad de construir formas más participativas de democracia, a condición de que se promueva y respete la constitución de sujetos (sobre todo populares);
- La posibilidad de construir un ámbito problemático muy específico que, por ese mismo carácter, permita un mayor afinamiento en el conocimiento y tratamiento de los problemas y carencias;
- La posibilidad de recuperar y potenciar los elementos culturales de cada localidad y aproximarse al mundo de la vida.

**LINEAMIENTOS
PARA LA
PROMOCION
DE LA SALUD
EN CIUDADES
Y PUEBLOS**

capítulo III DEL ECUADOR

Con las consideraciones precedentes, se proponen algunos lineamientos para la promoción de la salud en las ciudades y pueblos del Ecuador, desde tres entradas que se complementan entre sí; y que apuntan hacia: **a.** una gestión democrática de la salud en tanto existen condiciones promisorias que brinda lo local, y su potencialidad en la promoción de la salud; **b.** un abordaje que implique una noción de integralidad; y, **c.** una búsqueda de una activa participación de los diversos actores relacionados con la problemática de salud en lo local.

3.1. PRIMERA ENTRADA: HACIA UNA GESTION DEMOCRATICA DE LA SALUD

- **La ciudad que queremos**

A pesar de la desvalorización de las utopías en estos tiempos de pragmatismo, es imprescindible construir un ideal de la ciudad del futuro para poder direccionar el quehacer de todos los actores involucrados. Revertir la situación de degradación ambiental y humana es un proceso intencionado y consciente.

En esa utopía aparecen con claridad algunos rasgos. Una ciudad que ofrezca condiciones de vida digna y equitativa para todos sus habitantes, a lo cual corresponda además, una gestión democrática y participativa. “Un hábitat potenciador de

las plenas capacidades humanas, en el que el cuidado de la naturaleza, del entorno, de los bienes creados por el hombre en su tránsito histórico, y del propio ser humano, deben ser valores sustantivos a considerar con fuerza en la construcción de una ciudad para todos.”⁴⁸

Visto desde la perspectiva de la salud, no se trata entonces de lograr solamente altas coberturas de atención médica -lo cual ya sería muy bueno-; se trata de crear unas condiciones ambientales, de reproducción social, de estilos de vida, de potenciación humana y cultural y por supuesto de participación política que conviertan a la salud (definida positivamente) en un bien social y político, preservado y estimulado permanentemente. En esa dirección va la definición de municipios saludables.⁴⁹

48 Ibid (Carrión, Diego. “Anotaciones..”, 1.993)

49 “Un municipio saludable no es aquel en que se ha logrado atención universal de salud. Entre otras razones porque la salud se define también cultural y axiológicamente, es un estado dinámico, siempre susceptible de mejora. Un municipio saludable es aquel en que: 1. existe un compromiso político manifiesto para hacer de la salud una prioridad y un objetivo fundamental de la salud pública. 2. se expresa compromiso de gobernabilidad para mejorar la salud, entendida como bienestar y disposición para movilizar los recursos sociales, institucionales y comunitarios de la municipalidad 3. se plantean los mecanismos mínimos para convocar y coordinar los sectores, instituciones y organizaciones locales; 4. se explicitan los procedimientos para negociar propósitos de salud sin reducirlos solo a metas de cobertura de servicios. 5. se manifiestan fórmulas para acordar compromisos y responsabilidades de los diferentes actores sociales e institucionales para alcanzar metas de salud convenidas y 6. se pone de manifiesto la manera de concretar el seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos, al logro de las metas concertadas y al desarrollo de procesos de transformación de las relaciones sociales para el logro de equidad en salud.” Rojas, Francisco, et al. **Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables**. La Habana. 1994.

• La oportunidad de una gestión democrática

Es posible que el proceso de descentralización en curso, ofrezca oportunidades para avanzar en una gestión democrática y participativa de las ciudades y localidades en general.

Uno de los sentidos promisorios de lo local es la democratización. Y como democratización se entiende un proceso por el cual “se le devuelve al pueblo el poder que le es connatural, a través de su participación directa -como trabajadores, usuarios o ciudadanos- en procesos de decisión y control, en todas las instancias (nacional, provincial, local, en el interior de los ministerios, empresas, etc.) y de manera permanente y no sólo en momentos de elecciones de representantes.”⁵⁰

Y es que, en la medida que la “gestión supone la elección de alternativas (decisiones) que ponen en juego intereses, contradicciones y conflictos”⁵¹, e incluso racionalidades, sus productos -políticas, programas y proyectos- y mecanismos no son neutros ni ahistóricos. Tanto como no lo es la noción de bien común de la ciudad como objetivo final de la gestión.

En este punto se debe retomar la dimensión política de la salud con la que se partió en el documento. Aunque parezca obvio que la preservación de la salud de la población es parte indiscutible de ese bien común, la presencia o no de salud implica la producción de decisiones en un escenario conflictivo.

50 Ibid. (Coraggio, 1990)

51 Herzer, Hilda. “Modelo teórico-conceptual para la gestión urbana en ciudades medianas de América Latina”. CEPAL. Santiago de Chile. 1994

La noción de una gestión democrática no supone la anulación del conflicto, sino su transparentamiento como paso para la construcción colectiva e histórica de ese bien común, en este caso la salud. La noción de una gestión participativa supone el esfuerzo en la constitución de sujetos, es decir de actores con proyecto societal que confronten, concierten o acuerden. Por ello, es indesligable la dimensión democrática de la participativa.

Sin pensar ingenuamente que un proceso de esta naturaleza dependa de medidas administrativas o de la decisión de un solo actor, (en este caso el Municipio), la gestión municipal podría propiciar avances en esta dirección:

- Reconociendo y diferenciando la existencia de distintos actores, cuyos intereses, muchas veces en conflicto, deben ser respetados. Particularmente el respeto y la promoción de la constitución de sujetos populares.
- Constituyendo espacios/mecanismos más o menos permanentes de concertación, negociación o finalmente de arbitraje con la participación de: las instancias del Estado Central (organismos del gobierno central presentes con el municipio), ONG's, instituciones formadoras de recursos humanos, organizaciones populares, gremios, empresarios, iglesia. Estos espacios deberían provocar el transparentamiento de los intereses en juego y, a partir de ellos establecer acuerdos y consensos de lo que podría llamarse una política de gestión local (ambiental, sanitaria, tributaria, del uso del suelo, etc.) que pueda ser ejecutada bajo el liderazgo de los municipios y de otras instancias locales.

- Incorporando de manera permanente a la lógica de gestión los criterios de equidad y solidaridad, transparencia e información suficiente y oportuna, establecimiento de reglas claras de juego.
- Desarrollando un enfoque integral, multidisciplinario e intersectorial en el abordaje y tratamiento de los problemas.⁵²

Las características de una gestión como la propuesta exige un “cambio de mentalidad” en la gestión de los municipios: el tránsito de un rol como administradores de obras de infraestructura y de servicios colectivos, para convertirse en “actores” protagonistas de la promoción y el desarrollo local. Es decir, percibirse como gobiernos locales.

Esta noción de gestión democrática, tiene en el caso de la salud enormes posibilidades, en torno a la constitución de espacios⁵³ que puedan asumir las mas variadas formas y denominaciones cuya función y razón de ser sea deliberar, concertar y gestionar los factores referidos a la calidad de vida de la población. No se trata del manejo sectorial y fragmentario de la enfermedad, sino de producir condiciones adecuadas para la salud.

52 Estos criterios, son tomados del trabajo de Hilda Herzer. Op citada.

53 En América Latina hay experiencias muy importantes que podrían ser un punto de referencia para la reflexión. Experiencia de los llamados Consejos verdes, en la ciudad de Belo Horizonte, Brasil; Véase: Santos, la ciudad de los concejos municipales. En ALAI 227. Febrero de 1996; Pinheiro, Roseni. Dal Poz, Mario. Democratizacao e controle social na saude. Serie Estudos em Saude Coletiva n.109. Instituto de Medicina Social. UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil 1994.

Si bien puede haber diferencias en los enfoques de la composición y atribuciones de los espacios, éstos deberían incidir en la definición de políticas generales de gestión local, en la promoción de una conciencia sanitaria y ambiental, en la priorización del saneamiento, en la preservación de condiciones ambientales básicas, en el establecimiento de programas de educación en salud, en la calidad de la prestación de servicios médicos e incluso en las asignaciones presupuestarias.

Este reenfoque de la visión de salud, ligado a la posibilidad de una gestión democrática y participativa tendría algunas virtudes: respetaría y potenciaría las dinámicas étnicas y culturales, obligaría al establecimiento de niveles de coordinación entre los agentes y actores de salud -redireccionando el sentido de las estructuras vigentes-.

Además de la participación en este tipo de instancias, debe estimularse la participación de la población en niveles más operativos, es decir en la gestión específica de servicios. Esta, que es una de las bondades de la estrategia de SILOS, suele ser poco promovida e incluso obviada.⁵⁴

3.2. SEGUNDA ENTRADA: HACIA UN ABORDAJE TEMÁTICO INTEGRAL

En esta segunda entrada, se propone un portafolio de aspectos que deberían -de maneras distintas, con ritmos e intensidades diferenciadas- ser abordados por los actores locales y, particularmente, por quienes ejercen las funciones de gobierno local.

54 OPS. Sistemas locales de salud SILOS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 109. n. 5 y 6. Noviembre y diciembre 1990.

Estos elementos están cruzados por la perspectiva de apuntalar los sentidos promisorios de lo local, señalados en la primera entrada y, evidentemente, enfrentar la situación de crisis ambiental y sanitaria por la que atraviesan ciudades y pueblos.

Para obtener ciudades sanas, es imprescindible que el Estado actual, a más de posibilitar condiciones de desarrollo de los gobiernos locales, defina políticas muy claras sobre: seguridad alimentaria, combate a la pobreza, incremento de las capacidades productivas del país, conservación ambiental y desarrollo de la investigación e innovación tecnológica.

En el ámbito local, los principales aspectos para abordar en términos de promoción de la salud en el hábitat urbano deberían referirse a:

- Investigación, vigilancia y monitoreo
 - Información, educación, movilización
 - Legislación y control
 - Planificación como proceso
 - Recursos suficientes
 - Prestación de servicios
- **Investigación, vigilancia y monitoreo**

En los últimos años, las Ciencias Sociales y en particular la Salud Pública, enfatizan el estudio del Estado y los problemas relacionados con la sociedad nacional, lo cual, sin duda, aportó en el conocimiento de las determinaciones estructurales de la salud enfermedad, vinculándolos a los procesos generales de producción y reproducción de la sociedad. Aquello estuvo

muy asociado a un modo de pensar los problemas desde una lógica de intervención estatal como palanca principal de transformación.

Sin embargo, este acercamiento a la realidad, en muchas ocasiones produjo una visión determinista.⁵⁵ El abordaje desde lo local, por su misma dimensión, permitiría identificar con mayor precisión no sólo esos determinantes estructurales, sino las mediaciones, las causalidades directas, las particularidades ambientales e incluso geográficas y biológicas. Es decir, abriría la posibilidad de una tematización integradora e integral, la comprensión de la salud urbana como producto de un complejo multicausal.

En esta dirección, habría que avanzar en la estructuración de **Sistemas locales e integrados de información y monitoreo ambiental, social y epidemiológico** que estructuren paulatinamente problemas, causas y necesidades. No se trata de “la recopilación y sistematización de datos”, sino de un proceso que permita direccionar acciones de diferente horizonte temporal, de manera más objetiva y contextualizada, retroalimentándose permanentemente.⁵⁶

Además de los aspectos relativos al “sistema de información” deben considerarse el valor decisional de la información, la

55 Al respecto ver: Carrión, Fernando. **La investigación urbana en América Latina: caminos recorridos y por recorrer**. Una aproximación desde los países. CIUDAD, 1989.

56 En el marco de este proyecto, y en colaboración con el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, en el año 1995 se inició un proceso de elaboración de un sistema de información epidemiológico para la ciudad.

“cultura de uso y producción de la información para la gestión local” y la transparencia.⁵⁷ Así como la diferencia cualitativa que representa la asociación entre lo ambiental, lo social y lo sanitario.

Aunque la producción de la información está dispersa en muchas instituciones -estatales o no-, los municipios deberían convertirse en ejes de este proceso. En tanto son -o deberían ser- la representación de ese interés común de la localidad.

De hecho en algunos casos se ha avanzado en la puesta en marcha de sistemas de información y monitoreo⁵⁸. Sin embargo esos casos siguen siendo la excepción y muy probablemente habría que ser más modestos y específicos en el establecimiento de estos procesos en municipios sin tradición en el uso y producción de información y con escasa capacidad institucional.

La configuración de la problemática ambiental-social-sanitaria puede ser un recurso de gran valor en la promoción de una conciencia ambiental y sanitaria en la población. Por eso hay que insistir mucho en la transparencia y suficiencia de la in-

57 Retomamos y desarrollamos algunos de los planteamientos hechos en el Informe sobre Gestión municipal de políticas sociales elaborado por el Centro de Investigaciones CIUDAD (1.995) y, particularmente las conclusiones sobre Los sistemas de información ambiental y social en los municipios intermedios. Situación y Lineamientos, preparado por Miguel Carvajal.

58 El caso más representativo es el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, donde se esta implementando un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se ha logrado mapear zonas de pobreza, coberturas de servicios básicos, etc. La capacidad institucional del Municipio del DM está muy lejos de la mayoría de municipios ecuatorianos.

formación a la comunidad y en la generación de espacios en que los distintos actores -adecuadamente informados- propongan y se apropien de la problemática.

- **Movilización y educación de la salud en lo local para construir identidades**

Uno de los pilares fundamentales de la promoción de la salud, es la información, educación y comunicación desplegada desde mediados de los ochenta por OMS y UNICEF⁵⁹ que está orientada a movilizar a todos por la salud y particularmente a que la población adopte estilos de vida saludables, y comportamientos y actitudes positivas para la salud.

Esta estrategia comunicacional se ha enfrentado muchas veces con la resistencia de sociedades que, como la nuestra, son culturalmente heterogéneas y “no responden” a un código cultural uniforme y homogéneo. Se evidencian los límites de la “educación” entendida como una cruzada civilizatoria, como un gran programa de instrucción, a la manera como lo concibió la ilustración hace varios siglos.

Y es que la salud, como “todo acontecimiento remite a un evento: a algo que acaece, que se da como un hecho, efectivamente está ahí, pero con igual importancia, todo acontecimiento ocupa el plano de las representaciones, organiza un plexo de símbolos⁶⁰. Símbolos y mundos simbólicos a partir de los cuales se

59 Estrategia conjunta de la OMS y UNICEF sobre Información, Educación y Comunicación para la salud. 1987

60 Rojas, Carlos. **Recursos humanos de la salud: de actores a sujetos**. OPS, Quito, 1995.

producen percepciones, comportamientos y posibilidades de interpretación del proceso salud -enfermedad disímiles.

Lo local es un espacio privilegiado, por su cercanía al mundo de la vida, de la cotidianidad, de la producción de cultura **que da** (para dar) cabida a esos “holismos simbólicos particulares que aconsejan diversas formas interpretativas, proponen diversos modos de solución de los problemas, establecen relaciones de comunicación distintas, valoran en diverso grado las recomendaciones, los hombres y las cosas, y configuran la salud como acontecimiento”⁶¹

• **Legislación y control**

El marco legal de la acción municipal, establecido por la Ley de Régimen municipal y con el Código de salud, reconocen la existencia de potestades y ámbitos de intervención municipal en la problemática sanitaria. “Si bien la Ley de régimen municipal tiene limitaciones y debería ser reformada en muchos aspectos, el marco vigente es lo suficientemente amplio -en lo normativo e indicativo- como para emprender acciones sustantivas en materia de salud y medio ambiente, gracias a mecanismos de fácil aplicación y de carácter práctico para que las acciones puedan ser aplicadas en cada contexto específico”.⁶²

61 Granda, Edmundo. **Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera**. Estudio de casos en la población urbano marginal de la ciudad de Guayaquil. Elementos epistemológicos. Mimeo. Quito, 1.995.

62 OPS-OMS, CIUDAD. **Ciudad y medio ambiente**. Aportes de los municipios y ONGs en la promoción de la salud en el Ecuador. CIUDAD. Quito, 1993.

Una de las herramientas legales con las que cuentan los municipios son las ordenanzas. Con ellas, el gobierno municipal puede establecer mecanismos de promoción, regulación y control de la situación sanitaria y ambiental.

Deben explorarse por otro lado, las posibilidades de armonización de las ordenanzas referidas a la cuestión ambiental entre municipios colindantes o que presentan problemáticas comunes.

• **Planificación como proceso**

Hay que recuperar el papel de la planificación como instrumento⁶³ que “propenda a la construcción de una nueva organización territorial, que supere el carácter concentrador y excluyente, que equilibre y equipare las regiones, las ciudades y el campo, en cuanto a las oportunidades y a la calidad de vida, desarrollando un hábitat integral en su forma y en su contenido”⁶⁴.

Una planificación concebida así, es un proceso antes que un momento. Se debe partir de una comprensión de los problemas actuales que aquejan a la ciudad pero proyectándolos al futuro (mirar el presente desde el futuro).

Esta visión posibilita construir opciones de solución duraderas en el tiempo y razonables en el empleo de recursos, medios,

63 En este punto se toman algunos planteamientos desarrollados por Diego Carrión en: “Reflexiones sobre la problemática de la urbanización en el Ecuador.” CIUDAD, Documento interno, 1993.

64 Ibid. (Carrión, Diego, “Reflexiones... “ 1993)

viabilidad política, técnica, institucional, etc. Que se concreta en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de programas y proyectos estructurados de manera integral, considerando tiempos, secuencias y prioridades.

El proceso de planificación, en correspondencia con una visión democrática, debe incorporar paulatinamente los distintos actores locales en su doble papel de decidores y corresponsales de la ejecución.

Si bien la planificación de largo plazo -planes estratégicos o planes maestros- establece un horizonte, la noción procesual de la planificación implica revisiones y ajustes dinámicos y sucesivos, y el establecimiento de distintos horizontes en el tiempo, desde acciones inmediatas y emergentes (que deben ser totalmente precisadas para su ejecución inmediata) hasta programas de largo plazo.

No sólo por razones de legitimidad política, si no sobre todo por la urgencia de soluciones, hay problemáticas ambientales y sanitarias que demandan PLANES EMERGENTES⁶⁵ y la movilización creativa de recursos y ejecución de acciones destinadas a enfrentarlas. La lógica de constitución de instancias democráticas de manejo ambiental y sanitario -como los propuestos en el acápite de gestión-, son un recurso muy importante de comunicación y movilización social en la perspectiva de encarar acciones emergentes.

Es usual encontrar en los municipios y otros actores locales superposición de acciones o falta de horizontes en el quehacer,

65 Los problemas de cólera, malaria, dengue, accidentes de tránsito, violencia, etc. deben ser enfrentados de esa manera luego de la identificación de prioridades en cada localidad.

frente a lo cual la planificación debería enrumbar, ordenar y priorizar las acciones.

• **Recursos suficientes**

Una de las mayores dificultades de los municipios es el problema de recursos. Una estrategia para esta situación debería contemplar al menos tres cuestiones:

- mejorar los mecanismos de recaudación municipal bajo una lógica redistributiva (actualización de catastros, eficiencia en cobro de tasas y tarifas, mecanismos de subsidio cruzado, etc.);
- incrementar la eficiencia del gasto (evitar la cultura del derroche y despilfarro, combatir la corrupción, racionalización administrativa, etc.); y,
- exigir niveles adecuados de aporte desde el gobierno central.

La posibilidad de que los municipios cuenten con recursos suficientes es determinante a la hora de asumir con responsabilidad el papel de gobiernos locales, lo cual remite, una vez más, a la necesidad de una política estatal redistributiva, equitativa y solidaria.

• **Prestación de servicios de atención médica**

Aunque no ahondaremos en una discusión sobre la Reforma -que por lo demás hasta hoy no está suficientemente clara-, es conocido que uno de los planteamientos que se discuten

es la posibilidad de transferir la prestación de servicios de atención médica a los gobiernos locales (suponemos que municipios).

La experiencia de los municipios en la prestación de servicios de atención médica es escasa y excepcional. Apenas unos pocos cuentan con servicios⁶⁶ y por lo tanto, el conocimiento, la capacidad de gestión y los recursos con los que la generalidad de los municipios asumen esta responsabilidad, aparecen limitados. Sin embargo, se pueden generar posibilidades de cogestión del usuario y cierta eficiencia administrativa, como atributo de lo local. Esto quiere decir que esa transferencia no puede ser indiscriminada ni dejar de valorar las capacidades municipales y las prioridades que estas instancias de gobierno local han cumplido y deben seguir cumpliendo (servicios básicos, saneamiento).

Sin embargo, el problema de fondo es el financiamiento de los servicios de atención médica. Y allí sería sumamente grave que la descentralización de los servicios no prevea mecanismos de financiamiento claros y de largo plazo, que terminen haciendo recaer en los municipios la responsabilidad de la recuperación de costos o la privatización de los servicios. Elementos estos que deben considerarse muy seriamente en la posición que las municipalidades asuman frente al proceso de Reforma.

66 Una excepción es el Municipio del DM de Quito, que mantiene un sistema de atención relativamente importante para la ciudad.

3.3. TERCERA ENTRADA: HACIA UNA ACTIVA PARTICIPACION DE DIVERSOS ACTORES EN LA PROMOCION DE SALUD EN LAS CIUDADES Y PUEBLOS DEL ECUADOR

• El gobierno municipal

El gobierno municipal puede jugar un papel de liderazgo democrático en los procesos de gestión ambiental y sanitaria, asumiendo un conjunto de acciones orientadas a:⁶⁷

- la generación de espacios que potencien, estimulen o permitan la expresión de todos los actores involucrados y principalmente de aquellos que han tenido poca ocasión de hacerlo;
- la promoción de una conciencia ambiental y sanitaria en la comunidad;
- la promoción de comportamientos de los agentes para reducir, mitigar o suprimir prácticas que atenten contra los ambientes saludables, pero que también obligue a reparar en caso de negligencias e irresponsabilidades;⁶⁸
- la restauración, recuperación y reparación de los daños ambientales;

La posibilidad de cumplir estos roles debería entenderse como un proceso que enfrente decididamente el fortalecimiento ins-

67 Desarrollamos los planteamientos realizados por Hilda Herzer en *ibid* (Herzer, 1994)

68 De hecho esto implica una legislación nacional que penalice el delito ecológico, como lo han propuesto algunas instituciones en el país.

titucional. Este problema, a nuestro entender, rebasa el enfoque administrativo de mejoramiento de calidad de vida. Se trata de crear una institucionalidad correspondiente a un nuevo paradigma de gobierno local: democrática, transparente, dialógica, socialmente comprometida y técnicamente solvente.

Aparece con claridad la necesidad de un gran esfuerzo de capacitación “en vivo” de autoridades y funcionarios que modifiquen paulatinamente la calidad de la administración especialmente en los aspectos sanitarios y ambientales.⁶⁹

- **La comunidad y las distintas formas de organización de los ciudadanos**

Aunque se ha señalado la importancia de la participación de la sociedad civil, en este acápite se aborda específicamente la participación de los ciudadanos agrupados en sus organizaciones, y se trata diferenciadamente del rol de otros organismos como el empresariado, las ONGs y las instituciones formadoras de recursos humanos.

La descentralización implica modificar de algún modo los mecanismos tradicionales de la toma de decisiones. El caso la gestión ambiental y sanitaria, en tanto se refiere a problemáticas concretas que afectan la calidad de vida de los habitantes, puede convertirse en una oportunidad para desarrollar la democracia local.

Aquello supone la adopción, por parte del Estado y en este caso de los municipios, de una conducta orientada a:

69 Es patético el hecho de que en algunos municipios ni siquiera exista Dirección de Higiene o cuando existe, se ocupe de las negociaciones con los expendedores de los mercados.

- que la comunidad tenga información clara, veraz, oportuna y suficiente,- así como los canales apropiados- acerca de los aspectos sobre los que debe decidir o actuar;
- que existan espacios y mecanismos de concertación entre los diversos actores. Si no es posible concertar, debería establecerse una clara responsabilidad de arbitrio por parte del gobierno municipal;
- que se promueva el valor social de la organización de la comunidad y se evite la sustitución, cooptación e instrumentación.

Las experiencias de participación comunitaria en América Latina son muy ricas -en su sentido democratizador- y cada vez más eficientes en términos de gestión van desde:

- la cogestión de la administración a través de mecanismos de control social, elaboración de presupuestos participativos, revocabilidad del mandato;
- la participación en las instancias de definición, concertación y acuerdo, tales como los consejos ambientales o sanitarios;
- la participación en el nivel de microplanificación comunal, definición de prioridades locales y la ejecución de las mismos;
- la participación en los espacios de dirección de los servicios, velando por su cumplimiento y calidad.

La participación en estos niveles, que pueden ser procesales o superponerse, abonan en la transformación de una comunidad amorfa en sujetos de su propio desarrollo.

- **Las instancias locales del Gobierno central**

Se partía de la existencia de un complejo entramado institucional y de poder en cada localidad. Parte importantísima, a veces determinante, son las instituciones y agencias del gobierno central.

En la mayoría de los casos, las instituciones estatales actúan de espaldas unas de otras, con el gobierno local y aún con la misma comunidad. Son innumerables los ejemplos de irracionalidad en la duplicación de esfuerzos, en la utilización caótica de recursos, y en la anulación de iniciativas y acciones.

El fortalecimiento de los gobiernos locales exige una nueva visión de las agencias estatales, en donde el respeto, el sentido de consulta y el establecimiento de mecanismos de coordinación sean las nuevas pautas de comportamiento.

Hay una problemática de superposición de competencias que debería ser abordada en dirección a democratizar la gestión.⁷⁰

- **Las ONG's**

Durante la última década aparecen como nuevos actores del desarrollo local las Organizaciones no Gubernamentales

70 Un ejemplo muy claro es el papel de las prefecturas provinciales y de las gobernaciones. En algunos gobiernos las gobernaciones han mantenido un "protagonismo" absoluto en la ejecución de obras en detrimento de la legitimidad de los gobiernos locales.

(ONG's). Es difícil establecer una caracterización general de las mismas por su amplia heterogeneidad.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos, se evidencian algunas fortalezas como la preeminencia de “una racionalidad técnica”, una alta capacidad resolutive en problemas focales y el manejo de metodologías participativas.

En esa dirección, las ONG's “pueden” cumplir distintos papeles, según se ubiquen en los procesos sociales -incluyendo los procesos de constitución de sujetos-, articulando sus fortalezas a un proceso direccionado colectivamente con el resto de actores.

• **Instituciones formadoras de recursos humanos**

El sistema educativo ecuatoriano prácticamente no incorpora el problema medio ambiental (con todas sus derivaciones), como una preocupación fundamental.

Esta situación no favorece la generación de una conciencia social y tampoco posibilita la formación de cuadros técnicos que incorporen la problemática y posean herramientas básicas para su tratamiento.

En carreras tan asociadas al ámbito medio ambiente-salud, como Medicina, Enfermería, Odontología y Obstetricia, menos del 2% de horas de cátedra se dedican a estos temas.⁷¹ Lo que explica, desde la formación de recursos humanos, la visión

71 Fundación Natura. Comisión de Comunidades Europeas. **Medio ambiente y salud en el Ecuador**. Quito. 1992. pp 240.

medicalizada del proceso salud-enfermedad y el énfasis en los servicios curativos de atención médica, en detrimento de una visión de carácter integral.

Otro problema que se evidencia en la mayoría de los municipios es la limitada capacidad de los recursos humanos para desarrollar con cierta solvencia procesos de gestión alternativa.

Estas deficiencias deben ser enfrentadas de manera urgente. Si bien lo deseable sería proponerse una reforma curricular de gran alcance, es indispensable enfrentar, por el momento, la cualificación de los recursos humanos que tienen en sus manos la responsabilidad de la gestión de salud en los municipios.

capítulo IV

A
MODO
DE
CONCLUSIONES

La investigación de la problemática de la salud en el contexto urbano es todavía un tema para desarrollar, tanto por el ritmo con el que se lleva adelante el proceso de urbanización en el Ecuador, como porque este proceso no se sustrae de una realidad de injusta distribución de la riqueza y las oportunidades sociales.

Es necesario desarrollar nuevos planteos teóricos y metodológicos tanto para el análisis de la situación, como para la búsqueda de soluciones a los problemas sanitarios urbanos existentes. Con tal fin urge revisar, analizar, sistematizar y producir nueva información relativa a la temática. En definitiva se trata de abordar los contextos actuales para proponer posibles cauces de acción transformadora.

En este camino, se requiere establecer una caracterización de las condiciones de vida y salud de la población urbana en el Ecuador; el comportamiento de la enfermedad y la muerte, su distribución en el territorio urbano y la identificación de los principales problemas y necesidades de salud dentro de una clasificación de prioridades.

El proceso de reforma del sector salud en marcha en el Ecuador, ofrece oportunidades para avanzar en una gestión más democrática y participativa de la gestión de la salud.

En el sentido más elemental, este proceso pasa por reconocer y diferenciar la existencia de distintos actores, involucrados con el tema de la reforma.

Sin embargo no es suficiente ese solo reconocimiento, es necesario garantizar la participación y el respeto de los distintos intereses que puedan ser presentados por los diversos actores, por lo que es necesario constituir espacios/mecanismos permanentes de concertación, negociación y arbitraje, y establecimiento de reglas claras de juego. Es en estos espacios donde deben ser expuestos y presentados en forma oportuna y con total transparencia la información suficiente y todos los elementos de juicio, para que a partir de ello se puedan llegar a establecer acuerdos y consensos.

Esta elemental noción de participación en la discusión de la reforma del sector salud tendría enormes posibilidades para la promoción de una conciencia sanitaria y ambiental, en la definición de las políticas de educación en salud, en la calidad de la prestación de servicios médicos e incluso en las asignaciones presupuestarias, al mismo tiempo que estimularía la participación de la población en niveles más operativos, es decir en la gestión específica de servicios de atención médica.

Los municipios han cumplido un importante papel respecto de la salud de la población. Sin duda, lo más destacable, antes que la esporádica acción en la prestación de servicios de atención médica, es la ejecución de obras de infraestructura básica y saneamiento ambiental, la expedición de ordenanzas que tratan de normar ciertas actividades relacionadas con la conservación del hábitat. El mayor reto por hoy es incorporar en el quehacer de los municipios el desarrollo de propuestas que modifiquen los conocimientos, las actitudes, las prácticas

y comportamientos de la población frente a la ciudad, la salud y la vida.

La promoción de la salud en las ciudades y pueblos es uno de los ámbitos en los cuales es posible desarrollar y recrear las posibilidades democratizadoras de lo local, en una interrelación complementaria y mutuamente enriquecedora.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, Alberto.

"Apuntes para una economía política del ajuste neoliberal". En Ecuador Debate N°37. CAAP, Quito, Abril 1.996.

ALAI. Santos,

"La ciudad de los concejos municipales". En: ALAI 227. Febrero de 1996.

ALVEAR, Ana Lucía; BARRETO, Rodrigo; CARRION, Diego; CARVAJAL, Miguel; HURTADO, Henriette; PALAN, Zonia; RUIZ, Silvana; UNDA, Mario; VILLAGOMEZ, Jacqueline. FORHUM, Programa de Formación de Recursos Humanos para la Autogestión del Hábitat Urbano en el Area Andina (CERES-CEHAP-CIUDAD-CIDAP).

"Gestión del hábitat popular". Ensayos FORHUM N° 2, CIUDAD, Quito, 1992.

THE WORD BANK.

Ecuador Poverty Report, Part 1: Components Alleviation Strategy, June 1995.

BARRERA, Augusto; COSTALES, Patricia.

"Situación del sector salud en el Ecuador". Corporación UTOPIA, Quito, Ecuador. 1996. Mimeo.

BARRETO, Rodrigo; PADILLA, Mónica.

"El cólera no es sino uno más...", Revista **Ciudad Alternativa** N°5. CIUDAD, Quito, 1991

BARRETO, Rodrigo.

"Crisis y salud en las ciudades", Revista **Ciudad Alternativa** N°6, CIUDAD, Quito, 1992.

BARRETO, Rodrigo; CARRION, Diego.

"La cuestión ambiental urbana en el Ecuador", Revista **Ciudad Alternativa** N°7, CIUDAD, Quito, 1992.

BARRETO, Rodrigo.

Ciudad y medio ambiente. "Aportes de los municipios y ONG's en la promoción de la salud en el Ecuador". CIUDAD, Quito, 1993.

CARRION, Diego.

"Reflexiones sobre la problemática de la urbanización en el Ecuador." CIUDAD, Documento interno, 1993.

CARRION, Diego.

"Como encarar la gestión de la ciudad latinoamericana contemporánea", Revista *Ciudad Alternativa* N°7, CIUDAD, Quito, 1993.

CARRION, Diego.

"Anotaciones para ir construyendo una agenda acerca de la gestión urbana y las políticas sociales en el Ecuador." En: *Políticas sociales, desarrollo y compensación*. CAAP, CECCA, CER-G, CIUDAD. Quito, 1993.

CARRION, Fernando.

Proceso de urbanización en el Ecuador. CIUDAD, Quito, 1985.

CARRION, Fernando, Coord.

Investigación urbana en el área andina, CIUDAD, Quito, 1988.

CARRION, Fernando.

La investigación urbana en América Latina: caminos recorridos y por recorrer. Una aproximación desde los países. CIUDAD. Quito, 1989.

CENTRO DE INVESTIGACIONES CIUDAD.

Urbanización y políticas en el Ecuador. Informe de Investigación. Tomo 3. Vol 8. Quito, 1990.

CENTRO DE INVESTIGACIONES CIUDAD.

"Municipios y ONG's: retos de la descentralización y el desarrollo local en el Ecuador actual", Revista *Ciudad Alternativa* N°7, CIUDAD, Quito, 1993.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

Hacia la reforma del sector salud, CONASA. Quito, 1996.

CORAGGIO, José Luis.

Las dos corrientes de descentralización en América Latina. CIUDAD. Quito, 1990.

CORPORACION UTOPIA - FIPA-UNFPA.

“Propuesta de red de atención integral a jóvenes y adolescentes de la zona Sur de Quito.” Quito, 1996.

ENDEMAIN 94.

Ecuador. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. CEPAR. 1.995.

FUNDACION NATURA,

Medio ambiente y salud en el Ecuador. Quito, 1992. pp 76.

GRANDA, Edmundo.

“Comportamientos comunitarios y la prevención del cólera”. Estudio de casos en la población urbano marginal de la ciudad de Guayaquil. Elementos epistemológicos. Mimeo. Quito, 1.995.

HERZER, Hilda.

“Modelo teórico-conceptual para la gestión urbana en ciudades medianas de América Latina”. CEPAL. Santiago de Chile 1994.

ILDIS.

“Eficiencia, eficacia y calidad de los servicios sociales del Estado” En: **Informe social 2.** Quito, 1994.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC.

Censo de población y vivienda 1990, Quito, 1991.

LARREA, Carlos.

“Pobreza creció con el ajuste”. Revista **Gestión.** Quito, Ecuador, 1995.

LARREA, Carlos.

Structural Adjustment, Income Distribution and Employment in Ecuador. 1995.

LARREA, Carlos; GARCIA, Mauricio.

"La situación habitacional en el área urbana en el Ecuador: 1.962-1.990".
Quito, 1995.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

"Propuesta original de reforma del Ministro de Salud", s.e., Quito, 1.995

NARANJO, Plutarco.

"Desnutrición". En: **Panorama epidemiológico del Ecuador**. MSP-
UNICEF. Quito, 1.992.

OJEDA, Lautaro; UNDA, Mario.

**Municipios y ONGs: retos de la descentralización y el desarrollo local
en el Ecuador actual**, CIUDAD; FICONG, Quito, 1993.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
**Contexto macroeconómico. Situación social y Sector Salud del Ecua-
dor**. Agosto 1995: OPS, Quito.

Oficina Panamericana de la Salud

El movimiento de municipios saludables en América. OPS, Agosto 1.992, pp. 14.

Oficina Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia. Promoción
de salud y equidad.

Declaración de la Conferencia internacional de promoción de la salud. OPS,
Bogotá. 1992.

Oficina Panamericana de la Salud

El movimiento de municipios saludables en América, Agosto 1.992.

Oficina Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Colombia. Declaración
de la Conferencia Internacional de promoción de la salud. OPS Bogotá, Co-
lombia. 1.992.

Oficina Panamericana de la Salud.

Situación social y sector salud. Quito, 1996.

Oficina Panamericana de la Salud.

Sistemas locales de salud SILOS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. OPS Vol. 109. n. 5 y 6. Noviembre y diciembre 1990.

Organización Mundial de la Salud.

Estrategia conjunta de la OMS y UNICEF sobre Información, Educación y Comunicación para la salud. 1987.

PINHERIO, Roseni; DAL POZ, Mario.

"Democratização e controle social na saúde". Serie Estudos em Saúde Coletiva n.109. Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro, Brasil 1994.

Revista Blanco y Negro. Diario HOY. 25 de marzo de 1.996.

ROJAS, Francisco, et al.

Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables. La Habana. 1994.

ROJAS, Carlos.

Recursos humanos de la salud: de actores a sujetos. OPS, Quito, 1995.

República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador.

REVISTA ECONOMIA HOY. Número 151, Quito, Ecuador. Semana del 1 al 8 de Enero, 1996, pp 4-5.

RUIZ, Lucía; SANCHEZ, Nancy.

Pobreza urbana en el Ecuador. Bibliografía nacional, CIUDAD, Quito, 1994.

RUIZ, Silvana.

"Proyecciones de datos del censo de vivienda 1990". Documentos de trabajo interno CIUDAD, 1996.

SANCHEZ PARGA, José.

"La familia y la ciudad: una relación por construir en nuevas geografías sociales". Quito, Mimeo. 1994.

SANCHEZ PARGA, José.

Lo público y la ciudadanía en la construcción de la democracia. CAAP, Quito, 1995.

SUAREZ, José.

“La crisis de la reforma o la reforma de la crisis”. Quito, Mimeo, marzo 1996.

THE CALIFORNIA CONSORTIUM.

“Technical Report on Ecuador Blueprint for Health Reform”. Quito, 1996.

UNDA, Mario.

“Gestión municipal de políticas sociales y ambientales”. Informe de Investigación CIUDAD, Quito, Octubre. 1995.

VELARDE, Patricio; CARRION, Diego; RUIZ, Lucía; ALVEAR, Ana Lucía; GARCIA, Jorge; BARRETO, Rodrigo; CHIRIBOGA, David; VASCONEZ, Mario.
Santo Domingo de los Colorados. Los desajustes del crecimiento, CIUDAD, Quito, 1992.

VELASCO, Lisímaco.

“La inversión pública en los municipios”. Revista Poder Municipal. N° 20. Quito, 1993.

ZAMOCS, León.

“Estadísticas en zonas étnicas del Ecuador”. Universidad de San Diego. USA. 1994.

ANEXO

Continuación.....

ANEXO N°1: COBERTURA DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS BASICOS SEGUN PROVINCIAS

-a nivel urbano en 1990-

PROVINCIAS	DUCHA		DEFICIT DE ESCOLARIDAD				ANALFABETOS			MEDICOS INSTITUCIONALIZADOS		INDICADOR SINTETICO DE N.B.I.	
	POB.DEF.	%	POB +6 años	POB.DEF.	%	POB + 10 años	POB.DEF.	%	POB.DEF.	% DEF.MED.	POB.DEF.	%	
AZUAY	83,774	30.1%	239,648	38,885	13.3%	215,094	34	0.0%	16,635	6.0%	52	39,148	14.1%
BOLIVAR	19,215	43.1%	38,389	9,331	20.9%	34,456	191	0.4%	32,551	73.0%	99	10,836	23.9%
CANAR	35,506	50.2%	60,918	18,644	26.4%	54,677	660	1.2%	22,123	31.3%	67	23,616	33.4%
CARCHI	29,018	42.8%	56,311	14,892	22.0%	52,337	98	0.1%	49,054	72.4%	148	15,752	23.3%
COTOPAXI	32,039	36.5%	71,591	14,628	17.8%	64,257	388	0.5%	25,143	30.2%	75	17,842	21.5%
CHIMBORAZO	53,094	35.6%	128,333	22,652	15.2%	115,185	904	0.6%	73,764	49.5%	221	27,153	18.2%
EL ORO	157,138	42.7%	316,932	70,893	19.2%	284,462	2	0.0%	227,072	61.7%	681	114,763	31.2%
ESMERALDAS	93,726	54.4%	149,440	47,237	27.4%	133,232	441	0.3%	97,392	56.5%	292	63,959	37.1%
GUAYAS	1,106,216	43.9%	2,170,371	430,868	17.1%	1,948,008	6,982	0.3%	1,374,906	54.5%	4,125	803,135	31.9%
IMBABURA	85,337	39.9%	141,058	35,023	21.4%	126,607	1,155	0.7%	112,818	68.9%	338	40,669	24.8%
LOJA	75,273	41.2%	157,438	27,835	15.1%	141,304	95	0.1%	76,837	42.0%	232	38,778	21.2%
LOS RIOS	152,317	53.8%	243,957	77,548	27.4%	218,961	2,097	0.7%	191,985	67.8%	575	108,708	38.4%
MANABI	208,991	37.7%	478,999	139,570	25.1%	429,922	3,437	0.6%	293,918	52.8%	883	174,843	31.4%
MORONA SANTIAGO	17,155	43.1%	34,297	9,519	23.9%	30,783	0	0.0%	20,832	52.3%	62	11,901	29.9%
NAPO	22,180	57.4%	33,278	8,999	23.3%	28,888	5	0.0%	18,280	47.3%	55	13,214	34.2%
PASTAZA	7,894	36.7%	18,541	4,107	19.1%	16,842	9	0.0%	14,683	88.2%	44	5,574	25.9%
PICHINCHA	664,257	40.1%	1,427,921	147,868	9.9%	1,261,823	812	0.0%	546,831	33.0%	1,641	310,439	18.7%
TUNGURAHUA	86,921	35.8%	180,877	27,741	14.8%	144,483	319	0.2%	107,784	57.7%	322	35,956	19.2%
ZAMORA CHINCHIPE	12,394	48.1%	22,184	8,211	24.1%	18,911	9	0.0%	15,735	61.1%	48	7,033	27.3%
GALAPAGOS	3,113	27.4%	9,778	1,262	11.3%	8,774	0	0.0%	7,020	61.8%	21	2,698	23.8%
SUCUMBIOS	24,059	74.2%	27,917	10,010	30.9%	25,058	5	0.0%	22,421	69.2%	67	15,688	48.3%
TOTAL	2,930,617	42.1%	5,989,271	1,161,354	16.7%	5,375,642	17,623	0.3%	3,347,784	48.1%	10,048	1,881,483	27.0%

FUENTE: INEC. Censo de las necesidades básicas insatisfechas de la población ecuatoriana, 1995.

ELABORACION: Andrea Carrión - CIUDAD

ANEXO N°1: COBERTURA DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS BÁSICOS SEGUN PROVINCIAS

-a nivel urbano en 1990-

PROVINCIAS	POBLACION		AGUA POTABLE		ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS		SERVICIO HIGIENICO		ELIMINACION DE BASURA		ENERGIA ELECTRICA		TELEFONO	
	NUMERO	%	POB.DEF.	%	POB.DEF.	%	POB.DEF.	%	POB.DEF.	%	POB.DEF.	%	POB.DEF.	%
AZUAY	278.318	4.0%	12.812	4.5%	32.852	11.8%	70.927	25.5%	42.848	15.4%	7.837	2.8%	162.133	58.3%
BOLIVAR	44.583	0.6%	2.881	6.5%	10.385	23.3%	13.260	29.7%	12.804	28.7%	3.278	7.3%	29.721	66.7%
CARAR	70.748	1.0%	29.088	41.1%	33.510	47.4%	25.231	35.7%	27.049	38.2%	6.230	8.8%	56.908	80.4%
CARCHI	87.720	1.0%	2.528	3.7%	12.138	17.9%	22.077	32.8%	6.768	10.0%	2.787	4.1%	51.172	75.8%
COTOPAXI	83.142	1.2%	6.380	10.1%	22.470	27.0%	26.110	31.4%	16.862	20.3%	5.774	6.9%	59.282	71.3%
CHIMBORAZO	149.040	2.1%	5.172	3.5%	24.568	16.5%	33.529	22.5%	18.831	12.6%	5.855	3.9%	103.425	69.4%
EL ORO	388.071	5.3%	78.507	21.3%	165.929	45.1%	124.006	33.7%	202.016	54.9%	15.581	4.2%	330.219	89.7%
ESMERALDAS	172.391	2.5%	84.882	37.6%	95.161	55.2%	71.883	41.7%	92.178	53.5%	14.378	8.3%	143.838	83.4%
GUAYAS	2.520.573	38.2%	980.754	38.9%	1.368.083	54.3%	679.796	27.0%	1.163.367	46.2%	83.836	3.3%	1.968.204	78.1%
IMBABURA	183.819	2.4%	12.828	7.8%	42.241	25.8%	56.228	34.3%	25.076	15.3%	7.347	4.5%	125.142	78.4%
LOJA	182.838	2.6%	12.384	8.6%	43.738	23.9%	61.932	33.9%	38.515	21.1%	8.075	4.4%	140.079	78.8%
LOS RIOS	283.318	4.1%	97.053	34.3%	182.497	64.4%	81.799	28.9%	124.505	43.9%	31.227	11.0%	248.404	87.7%
MANABI	558.288	8.0%	99.018	17.8%	288.785	51.9%	119.890	21.6%	188.117	33.8%	38.278	8.9%	476.938	85.7%
MORONA SANTIAGO	39.830	0.6%	8.548	21.5%	16.716	42.0%	15.523	39.0%	10.180	25.6%	2.991	7.5%	33.564	84.3%
NAPO	38.847	0.6%	15.817	40.4%	22.092	57.2%	17.555	45.4%	10.800	27.9%	4.232	11.0%	32.568	84.3%
PASTAZA	21.533	0.3%	2.507	11.8%	7.254	33.7%	6.538	30.4%	5.424	25.2%	1.021	4.7%	16.258	84.8%
PICHINCHA	1.658.324	23.8%	311.931	18.8%	377.574	22.8%	468.631	28.5%	265.978	16.0%	63.804	3.8%	1.028.940	62.0%
TUNGURAHUA	188.950	2.7%	8.609	4.6%	34.473	18.4%	52.083	27.9%	27.727	14.8%	5.847	3.1%	139.575	74.7%
ZAMORA CHINCHIPE	25.763	0.4%	2.612	10.1%	7.770	30.2%	12.160	47.2%	5.945	23.1%	1.796	7.0%	22.152	86.0%
GALAPAGOS	11.353	0.2%	722	6.4%	7.972	70.2%	2.000	17.6%	335	3.0%	188	1.7%	7.922	69.8%
SUCUMBIOS	32.421	0.5%	21.618	66.7%	24.293	74.9%	20.058	61.9%	14.492	44.7%	4.478	13.8%	29.175	90.0%
TOTAL	6.955.688	100.0%	1.778.207	25.6%	2.820.499	40.5%	2.002.314	28.8%	2.299.813	33.1%	314.648	4.5%	5.207.617	74.8%

FUENTE: INEC. Compendio de las necesidades básicas insatisfechas de la población ecuatoriana, 1995.

ELABORACION: Andrea Carrón - CIUDAD