

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:

Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



Índice

 Presentación	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>

 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414

-  Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424
Luz Marina Vega
-  Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428
Arturo Carpio y Patricio Yépez

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

-  Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441
David Acurio
-  Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448
Pablo Salazar

LISTA DE RECUADROS

-  Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70
Rodrigo Fierro Benitez
-  La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave,
en la prevención del VIH/SIDA 96
Amyra Herdoiza
-  La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277
Edgar Rodas Andrade
-  El CONASA 290
Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero
-  Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299
Diego Victoria

 Municipio saludable 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

Parte VI

Balance y desafíos



Las desigualdades en el Ecuador y su efecto en la salud

David Acurio Páez*

Introducción

A través de este artículo se llama la atención sobre las disparidades sociales existentes en el Ecuador y sobre el modo en que éstas se han profundizando hacia el inicio del nuevo milenio, modificando el estado general de la salud de los y las ciudadanas del país. En la primera parte ofrecemos una explicación sucinta sobre la importancia del análisis de inequidades en el campo de la salud; a continuación ofrecemos una mirada sobre los datos existentes hasta el año 2000, aproximadamente, que permiten analizar las condiciones de desigualdad en el país; y finalmente, realizamos una breve anotación referida a los desafíos que debemos enfrentar a futuro.

El enfoque de la equidad en el campo de la salud

Para ser justa, una sociedad debe asegurar que sus miembros puedan ejercer libertades básicas, debe garantizar el derecho universal a la participación política y debe asegurar la igualdad de oportunidades permitiendo únicamente la existencia de aquellas desigualdades que beneficien a los sectores menos favorecidos (Rawls, 1999). Desde esta perspectiva, la equidad se define como un concepto ético fundamentado en el principio de justicia distributiva.

En el campo de la salud específicamente, se puede definir a la equidad como la ausencia de

disparidades, tanto en los resultados de salud como en sus determinantes socioeconómicos, entre grupos sociales que tienen diferentes niveles de desarrollo (Braveman, 1999). En una línea similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a las inequidades como aquellas “diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se las considera incorrectas e injustas” (Whitehead, 1992). Como lo confirman éstas y otras referencias, las personas más prósperas y mejor educadas dentro de la sociedad tienden a llevar una vida más sana y prolongada. Nuestra salud, en efecto, se ve influida no sólo por la facilidad para consultar a un médico sino también por nuestra posición social, o bien, por la desigualdad subyacente en nuestra sociedad (Kennedy, 2002). Dado que los factores sociales desempeñan un papel importante en la determinación de nuestra salud, los esfuerzos por alcanzar mayores grados de justicia en el disfrute de la salud no deben centrarse solamente en analizar el alcance de los servicios frente a la atención de la enfermedad. Más allá de esta dimensión curativa, la lucha por la equidad dentro del campo de la salud debe desentrañar la acumulación de condiciones sociales que determinan el estado de la salud de las personas.

La desigualdad en el Ecuador

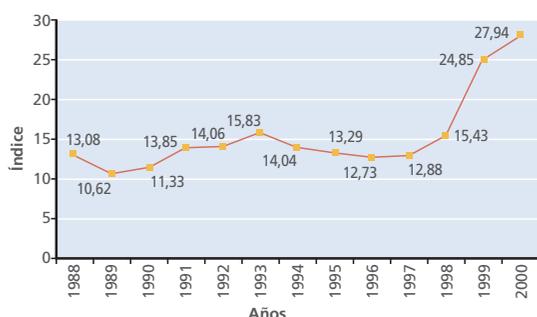
De acuerdo al INEC (2001), Ecuador tiene una población de 13'408.270 habitantes. Aproximadamente 75% de la población vive

* Director, Dirección de Desarrollo Social – Consejo Provincial del Azuay

en el área urbana y 25% en el área rural. La concentración de la riqueza en el país es bastante marcada: el 10% más rico de la población capta casi el 43% del ingreso, mientras que el 10% de los más pobres recibe apenas el 0,6% del ingreso (Badillo, 2000). Tales desigualdades de ingresos se han incrementado permanentemente durante las últimas décadas. La proporción de población pobre en el país se ha incrementado de un 47% en 1975 a un 70% en 1999, hasta bordear un 80% en el año 2002. Después del proceso de dolarización (1999-2000) se profundizó la exclusión de varios sectores sociales: como lo registra el siguiente gráfico, durante este periodo las personas más pobres recibían 28 veces menos ingresos que aquellas que vivían en las mejores condiciones.

Gráfico 1

Diferencia de ingresos entre el primer y el quinto quintil Ecuador (1988-2000)



Fuente: SIISE 2,5

En 1995, los trabajadores (hombres y mujeres) que vivían en las ciudades ganaban algo más del doble que aquellos que vivían en las áreas rurales. Junto a esta brecha de ingresos entre el campo y la ciudad, la gran disparidad en la remuneración que perciben las mujeres con

respecto a los hombres ha sido una constante en el país. En promedio, los ingresos laborales de las mujeres son una tercera parte (27%) menores que los de los hombres. Al respecto, cabe destacar que estas cifras se refieren solamente a quienes tienen un trabajo remunerado y no a los trabajadores sin pago; por ello, la diferencia real en la remuneración entre mujeres y hombres es todavía mayor a la señalada.

Por otro lado, únicamente el 56% de la población tiene acceso a los servicios básicos (agua potable, energía eléctrica y alcantarillado). En el área rural esta situación es todavía peor: allí únicamente el 44% de familias cuentan con servicios básicos. Asimismo, las diferencias existentes entre los niveles de educación de la población urbana y rural son sumamente altas: el Índice de Educación¹ es de 69 puntos sobre 100 en la ciudad y apenas de 44 puntos sobre 100 en el campo. Algo similar ocurre con el Índice de Salud²: en la ciudad este indicador alcanza los 68 puntos sobre 100 y en el campo sólo 43 puntos sobre 100 (SIISE versión 3.5, 2003).

Por su parte, los indicadores macroeconómicos indican una mejoría en las condiciones de desarrollo. Sin embargo, este diagnóstico alentador se modifica si observamos el estado de algunos sectores frente a otros. Así, por ejemplo, si bien los niveles de alfabetización se han incrementado en el Ecuador, todavía se mantienen porcentajes de 5,5% de analfabetismo en el área urbana y de 18% en el sector rural.

La situación de salud

Durante los últimos años ha ocurrido un proceso constante de decrecimiento del financiamiento

1 El Índice de Educación constituye una combinación de los indicadores de alfabetismo, años de escolaridad, acceso a la instrucción superior, y tasas netas de asistencia a la primaria, secundaria y superior, que maximiza su representatividad. Este Índice se presenta en una escala de 0 a 100 puntos. Valores mayores indican mejores condiciones educacionales y viceversa.
2 El Índice de Salud constituye una combinación lineal de los indicadores de mortalidad infantil, desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud, y viviendas con agua potable, que maximiza su representatividad. Al igual que el anterior, este Índice se presenta en una escala de 0 a 100 puntos. Valores mayores indican mejores condiciones de salud y viceversa.

estatal a los servicios de salud. Como consecuencia, el gasto del bolsillo de las familias ha aumentado, llegando a constituir alrededor del 34% del financiamiento total de los gastos en salud que se realizan en el Ecuador (MSP, MODERSA, 2001).

Solamente el 23% de la población tiene afiliación a algún sistema de seguridad en salud. Los porcentajes de afiliación entre los hombres tienden a aumentar con la edad (29,9% entre los 14 y 49 años y 39,2% a partir de los 50 años). En contraste, sucede lo contrario entre las mujeres: a mayor edad, menor es su acceso a sistemas de aseguramiento en salud (32,5% entre los 0 a 14 años, 24,1% entre los 15 a 49 años y 26,0% a partir de los 50 años) (OPS/OMS, 2002). Esta diferencia se genera por la mayor participación de los hombres en el mercado laboral formal, en razón de que la seguridad social beneficia exclusivamente al trabajador asalariado y no a su familia. Sin embargo, la nueva ley de seguridad social ecuatoriana habla de la posibilidad de afiliarse a los familiares del trabajador.

Hasta la actualidad, el Seguro Social Campesino ha sido una opción para enfrentar las inequidades de acceso a servicios de salud en el sector rural. Este Seguro brinda atención a toda la familia de los afiliados, permitiendo que un buen porcentaje de mujeres del campo accedan a servicios de

salud. Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, mientras que en el área urbana solamente un 4% de las mujeres de los hogares más pobres están afiliadas al seguro, en el campo el 22% de mujeres pobres tienen acceso a los servicios de salud y seguridad social (cuadro 1).

Los servicios de salud de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud Pública (MSP) presentan una barrera económica importante: en casos de enfermedad o accidentes, entre la población de menores ingresos apenas el 35% consulta a un médico que trabaje en estos servicios, mientras que entre aquellos que tienen más posibilidades esta proporción es del 56%. Asimismo, el grupo de mayores ingresos acude preferentemente a clínicas particulares y los más pobres a los establecimientos públicos (INEC, 1998).

En cuanto a la atención del parto, podemos ver que la atención institucional representa un 76,1% y la no institucional un 23,9%. Dentro de la atención no institucional, el domicilio constituye el principal lugar donde se realizan los partos (INEC, 1998).

Sobre la realización del examen de papanicolaou (que permite prevenir el cáncer de cuello de útero), se observa que más de la mitad (56%) de mujeres en edad reproductiva nunca se ha realizado este examen. Adicionalmente, este

Cuadro 1

Afiliación a seguro de salud por quintil de gasto según zona (urbano-rural) y sexo. Ecuador (1998)

Quintiles de gastos	Urbano			Rural		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1 (más pobre)	7,1%	4,2%	5,7%	21,2%	21,9%	21,6%
2	9,6%	4,4%	7,0%	27,4%	27,9%	27,6%
3	19,1%	9,9%	14,4%	29,8%	27,5%	28,7%
4	26,7%	18,0%	22,2%	22,3%	17,9%	20,1%
5 (más rico)	44,3%	39,6%	41,8%	31,2%	21,8%	26,7%
Promedio	21,4%	15,2%	18,2%	26,4%	23,4%	24,9%
Razón Q5/Q1	6,2	9,4	7,3	1,5	1,0	1,2

Fuente: Hoja de resumen sobre desigualdades en Salud Ecuador - OPS/OMS. Encuesta de condiciones de vida, tercera ronda (1998)
Elaboración: ECV (1998)

porcentaje es mucho mayor entre las mujeres de 15 a 29 años (OPS, 2002). Al parecer, los recursos económicos son determinantes al momento de decidir realizarse un control preventivo. En efecto, las mujeres de los grupos más pobres son las que menos se realizan el examen con relación a las de mayores ingresos.

Por otro lado, el mejoramiento de la situación educativa de las madres y la disminución de la fecundidad han permitido que los promedios generales de desnutrición infantil se reduzcan en el país. Hacia inicios del nuevo milenio, un 26,4% de niños menores de 5 años presentaba desnutrición crónica. Sin embargo, en la sierra ecuatoriana y particularmente entre la población indígena (ver el cuadro 2 a continuación), este indicador todavía mantenía niveles muy altos: allí hasta el 58% de los niños padecía de desnutrición crónica (OPS/OMS, 2002) (cuadro 2).

Es bastante claro que la desnutrición infantil constituye un problema particularmente serio en el campo: en comparación a los índices de la ciudad, en 1999 más del doble de niños y niñas del campo tenía deficiencias de talla (desnutrición crónica). Asimismo, en ese año el porcentaje de niños y niñas del campo que exhibía deficiencias de peso (desnutrición global) era similar al promedio nacional de hace 13 años.

Frente a la realidad descrita a través de toda la información presentada hasta aquí, el presupuesto del Estado para los sectores de salud y educación ha sido claramente deficitario. Si bien la inversión social del Estado aumentó notablemente en la década de 1970, se redujo drásticamente en el decenio de 1980, y durante la última década del siglo pasado fluctuó junto a las cambiantes tendencias de la economía. De 1992 a 1996, la inversión social experimentó

Cuadro 2

Prevalencia de desnutrición por etnia. Ecuador (1998)

Población	Desnutrición crónica	Desnutrición global	Desnutrición aguda
No indígena	24	13,1	2,3
Indígena	58,1	30	3,5
Total	26,4	14,3	2,4

Fuente y elaboración: OPS, MSP (2001)

una ligera recuperación, pero hacia inicios del nuevo milenio mostró señales de rezago ante la demanda de la población.

Las condiciones sociales del país tienen consecuencias en la vida diaria de las localidades y de las personas. El nivel socioeconómico y de instrucción educativa de la población, por ejemplo, constituyen determinantes clave de las condiciones de salud. El que la población más pobre y con menores ingresos enferme en una proporción mayor a la población no pobre y con mejores niveles de instrucción, se suma al hecho de que el primer grupo poblacional busca atención profesional en menor medida. Por otra parte, las diferencias de género se visibilizan en el hecho de que las mujeres tienen menor probabilidad de recibir atención médica que los hombres, cualquiera sea su situación económica o área de residencia (urbana o rural)³.

En lo que se refiere a la salud de la niñez, el nivel de ingresos de la familia se convierte en un factor determinante al momento de decidir si se realizarán o no controles médicos del crecimiento de los hijos e hijas de una familia. En general, en las zonas rurales, que son más pobres, se realizan menos controles de crecimiento que en las zonas urbanas. Adicionalmente, si bien la condición económica de la familia se convierte

3 Sobre este punto, dicho sea de paso, se registra una excepción durante la edad reproductiva (15-49 años) que puede responder a un incremento significativo de los eventos que demandan consulta por situaciones relativas a la condición sexual y reproductiva de las mujeres en esa edad (Acurio, 2006).

en un determinante, la posibilidad de realizar este tipo de controles también se ve afectada por la condición de género: en general, se prioriza el cuidado de los hijos hombres por sobre el de las hijas mujeres. Por último, el nivel de instrucción del jefe del hogar también modifica la posibilidad de que se realicen controles de crecimiento: mientras mayor es la instrucción del jefe del hogar mayor es la preocupación por el estado de crecimiento de los niños y niñas.

Conclusiones y desafíos

Una conclusión, tal vez inmediata, que se puede generar a partir de la lectura de este artículo es que cambiar las condiciones de vida es más importante que impulsar la creación de nuevas infraestructuras de servicios de atención a la enfermedad. En efecto, para enfrentar la actual inequidad en el campo de la salud parece necesario que, por un lado, no perdamos el justo

sentido de la indignación frente una realidad cada vez más excluyente en el campo de la salud y que iniciemos procesos reales de cambio de las condiciones de vida. Realizar este tipo de cambios sustanciales no será posible si se parte de un enfoque limitado a la atención de la enfermedad y al acceso al sistema de salud. Más allá de estos aspectos, es necesario transformar las políticas generales del desarrollo del país y de los territorios más pequeños, reconociendo que la construcción de una sociedad más justa impacta positivamente en la salud.

Para influir efectivamente en la construcción de nuevas políticas nacionales y locales, se puede impulsar el trabajo dentro de algunas de las tres líneas propuestas por Diderichsen: 1) políticas destinadas a enfrentar la estratificación social existente; 2) políticas destinadas a prevenir los riesgos en los períodos sociales y biológicos críticos; y, 3) políticas destinadas a prevenir las consecuencias de la mala salud.

Bibliografía:

Acurio, David 2006 “El Tambo. Un territorio muchas realidades” en *Revista Universidad Verdad* (Cuenca).

Badillo 2000 *La proforma presupuestaria 2000 como herramienta de ajuste social* (Quito: UNICEF).

Braveman, Paula 1999 “Monitoring Equity in Health: a Policy Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries”.

Fundación Alternativas para el Desarrollo Social (ALDES) 2003 “Monitoreando y construyendo equidad en el nivel local” (Cuenca: ALDES).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 1998 *Encuesta de Condiciones de Vida* (Quito: INEC).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2001 *Ecuador. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Período 2001–2010* (Quito: INEC).

Kennedy, Daniels 2002 “La justicia es buena para la salud” en *Boston Review* (Boston)

Ministerio de Salud Pública (MSP), MODERSA 2001 *Informe final de la estimación de cuentas nacionales de salud. Ecuador 1997* (Quito: MSP).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 1998 “Hoja resumen sobre desigualdades en salud” (Quito: OPS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2002 “Hoja resumen sobre desigualdades en salud” (Quito: OPS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Ministerio de Salud Pública (MSP) 2001 *Equidad desde el principio. Situación nutricional de los niños ecuatorianos* (Quito: OPS/MSP).

Rawls, John 1999 *A Theory of Justice* (Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press).

Secretaría Técnica del Frente Social 2003 *Sistema Integrado de Indicadores Sociales (SIISE) versión 3.5*.

Withehead, Margaret 1992 “The Concepts and Principles of Equity and Health” en *International Journal of Health Services* No.22

¿Cómo lograr un país equitativo?

León Roldós Aguilera*

Ecuator es un país con profundas desigualdades, históricamente arraigadas y mantenidas, en numerosos ámbitos sociales y económicos. La distribución del ingreso está marcada por una aberrante desigualdad que concentra más del 60% de la riqueza en el 20% más rico de la población, mientras en el otro extremo, el 20% más pobre apenas puede arañar un miserable 3% (SIISE, 2005). Es una vergüenza para el Ecuador que más de 2 millones de personas “sobrevivan” con 1 dólar diario o menos (PNUD, 2003).

Las manifestaciones de la desigualdad en otros ámbitos son igualmente alarmantes: la inversión social en salud y educación beneficia mucho más al quintil más rico en comparación al quintil más pobre (0,37 versus 0,08 y 0,26 versus 0,11, respectivamente). La brecha de disponibilidad de alimentos entre el 10% más pobre y el 10% más rico se ha agravado a lo largo de los años. En cuanto al acceso a servicios de salud, es revelador que en el decil más pobre, 35% de personas se vean forzadas a acudir a servicios privados, cuando, por otro lado, un significativo 64,2% afirma no haber demandado atención médica “por falta de dinero” (INEC, ECV 1995-2003).

El peor mal social es la falta de equidad, porque conlleva la acumulación de poder a favor de unos en perjuicio de otros. La pobreza genera

angustia y la falta de equidad rebela (y con razón).

La figura más próxima y cotidiana de la falta de equidad ha sido la relación mujer-hombre. La liberación de la mujer ha sido producto de la lucha por la dignidad humana, no sólo por ella, sino por la humanidad. La superación total de la inequidad que ha sufrido la mujer, será real cuando su presencia no constituya una excepción sino un reconocimiento de su valor. También se debe destacar que en Ecuador existen inequidades basadas en preconceptos racistas que debemos dejar atrás.

Un país equitativo, en el marco de una lucha frontal contra la pobreza es, quizá, el imperativo ético y el reto más importante para el nuevo Ecuador que debemos construir. El ‘cómo’ parte de un nuevo ejercicio del poder; un ejercicio transparente, competente y comprometido con los intereses mayoritarios, reiteradamente postergados por mezquinas prebendas en favor de pocos privilegiados. La conquista y ejercicio del poder, a su vez, demanda una acción colectiva organizada que crea en sus propias posibilidades y luche por el derecho que les asiste de construir poderes con mandatos claros de servicio general y no de usufructo personal. Tal derecho pasa por desarrollar sólidas competencias e instituciones de gestión local.

* Profesor, Universidad de Guayaquil

En este determinante contexto, será posible, entonces, sentar bases sólidas para universalizar, progresivamente, oportunidades de trabajo, alimentación, educación y salud que contribuyan a la tan mentada “reactivación productiva”. Pero tal reactivación deberá, inequívocamente, orientarse a mejorar la calidad de vida de

ecuatorianos y ecuatorianas sin exclusión. En esta gran tarea nacional, es imprescindible priorizar acciones a favor de los postergados de siempre y empezar a cambiar la historia. Vencer la injusticia sobre la que se funda la inequidad es un reto inaplazable.