

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN

CONVOCATORIA 2002 - 2004

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ANÁLISIS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

ESTUDIO DE CASO EN EL CANTÓN SAQUISILÍ

MARÍA ETELVINA LANDÁZURI DE MORA

Noviembre 2012

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ECUADOR

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN

CONVOCATORIA 2002 - 2004

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ANÁLISIS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

ESTUDIO DE CASO EN EL CANTÓN SAQUISILÍ

MARÍA ETELVINA LANDÁZURI DE MORA

Director de Tesis: Mat. LEONARDO VÉLEZ

Lectores: Dra. Nilhda Villacrés, William F. Waters, Ph.D

Noviembre 2012

*¿Son todas las formas de inclusión buenas
y todas las formas de exclusión malas?*

N.Kabber

INDICE

CONTENIDO	Pag.
Resumen	5
Introducción	6
Capítulos	
I. Estado del Arte	11
II. Bases Metodológicas	28
III. Exclusión social en el Cantón Saquisilí	35
IV. Exclusión en salud en el Cantón Saquisilí	50
V. El derecho a la salud en el Cantón Saquisilí	68
VI. Libertades y capacidades individuales de los habitantes del Cantón Saquisilí para el cuidado de la salud	79
Conclusiones	90
Recomendaciones	97
Nomenclatura utilizada	98
Bibliografía	99
Anexos:	103
Listado de ilustraciones	
Ilustraciones	
Herramientas de de investigación cualitativa	

RESUMEN

Exclusión social implica, identificación de procesos en los que inequidad, riesgo y vulnerabilidad se relacionan con la calidad o intensidad de la integración social. El enfoque de exclusión ha mostrado con estudios en Latinoamérica, que puede orientar de mejor manera las políticas y estrategias en salud individual y salud colectiva, por tanto es tema de la presente investigación de tesis por ser un referente teórico completo para investigar, explicar y proponer políticas y acciones en salud pública.

Se eligió el estudio de caso para enfocarse en una población, Cantón Saquisilí – Provincia de Cotopaxi, que representa un lugar clave por tener población mayoritariamente indígena, que habita en la zona rural y está ubicado en la Sierra Central, es decir aquellas condiciones que caracterizan a los excluidos en el Ecuador. El análisis se organiza en cuatro partes: exclusión social, exclusión en salud, derecho a la salud y, libertades y capacidades individuales para el cuidado de la salud.

La investigación permite concluir que, los habitantes de Saquisilí son severamente afectados por la exclusión en salud, pues 87 de cada 100 habitantes no tienen la garantía de acceso a servicios de salud en forma adecuada. En el grupo humano del Cantón Saquisilí, que es mayoritariamente indígena, las condiciones que explican la exclusión social en salud son: pobreza, carencia de servicios básicos, viviendas inadecuadas y con hacinamiento, entornos poco saludables; en características individuales son comunes en los excluidos: analfabetismo, quienes realizan trabajo no remunerado y hablan únicamente kichwua. El mecanismo que garantiza el derecho a la salud en Saquisilí, es fundamentalmente la participación social de los ciudadanos en las decisiones, planificación y proyectos que se construyen en consenso en la Asamblea cantonal, que es el nexo del gobierno local y las instituciones públicas con la población. El ejercicio informado e igualitario del derecho a la salud entre los habitantes del cantón, es más visible en el área urbana; sin embargo la existencia de redes sociales tradicionales en el sector rural ha facilitado la integración social, para procurarse mejores condiciones de vida con sus propias acciones y decisiones.

INTRODUCCION

La exclusión social es un importante tema de investigación y análisis en las políticas sociales del mundo y particularmente en América Latina. Se ha posicionado como el fenómeno que debe ser resuelto para lograr el desarrollo y superar la inequidad. Su conceptualización retoma con fuerza el rol protagónico del estado y la responsabilidad de la sociedad con sus semejantes y rescata el ejercicio de los derechos universales en un contexto de interacciones y relaciones humanas desiguales y conflictivas.

Al referirse al ámbito de la salud, la exclusión social se asocia rápidamente con un enfermo que no recibe atención médica, visión bastante limitada y asistencialista frente a lo que verdaderamente significa gozar de salud y estar protegido ante el riesgo de enfermar y morir. Para conocer la exclusión social en salud no basta con cuantificar y ubicar a la población excluida respecto a una lista de condiciones y prestaciones, también es necesario conocer la percepción de quienes son identificados como excluidos.

Existen algunas formulaciones conceptuales de exclusión social, lo importante es analizar el valor agregado de cada enfoque y la razón para utilizarlo. La fortaleza del análisis de la exclusión social está dada porque ésta trasciende la visión económica de las desventajas, incluye la vulnerabilidad y el riesgo, así como considera el desarrollo y las capacidades individuales de personas que viven en sociedad.

El análisis de la exclusión social en salud requiere entonces investigación cuantitativa (cifras oficiales de indicadores socio-económicos, indicadores epidemiológicos, tasas de cobertura de los servicios de salud, etc.) e investigación cualitativa (analizar acciones y relaciones, actitudes y prácticas sociales), para conocer a un fenómeno multicausal y dinámico, que puede presentarse tan diverso como comunidades hay en el mundo, lo cual nos permitirá conocer la situación de salud y vida de la población y además entender los factores de integración social.

Como introducción al estudio de caso, nos referimos al contexto socio-económico del Ecuador que refleja situación de exclusión social, en primer lugar por la inequidad en la distribución del ingreso¹ y por otra parte por los indicadores sociales desfavorables que se muestran asociados, como la persistencia del analfabetismo, la falta de servicios básicos para gran parte de la población, el desempleo y la pobreza extrema.

Las condiciones de exclusión social en salud se identifican plenamente en nuestro país. El Ecuador tiene 14,4 millones de habitantes (Junio 2010), de los cuales el 32,76% se encuentran en situación de pobreza² (INEC, 2010), 9,1% son personas analfabetas mayores de 15 años (INEC, 2008) y el desempleo afecta al 5,5% de la población urbana económicamente activa (INEC, Septiembre 2011). Debido a la diversidad de etnias en Ecuador, existen problemas de exclusión social y pobreza extrema en poblaciones indígenas y negras (que representarían el 11% de los ecuatorianos), en algunas de las cuales la pobreza alcanza al 94% de personas (SIISE, 2007). La pobreza estructural (definición basada en la no satisfacción de las necesidades básicas: acceso a la educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo) afecta al 45,8% de los hogares ecuatorianos.

La capacidad de respuesta de los servicios de salud es limitada, Ecuador es uno de los países de la región con mayores desigualdades en materia de salud y con menor impacto de los recursos invertidos en este rubro, solamente superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití. El sistema de salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación, los servicios públicos y privados no están articulados entre sí, ni con sus similares. Como en otros países andinos de la zona, un precario sistema de seguridad social tiene cobertura apenas para el 21% de la población y cobertura de servicios de

¹ Coeficiente de Gini año 2001:0,62. Fuente: SIISE, 1997-2003. Coeficiente de Gini año 2006: 0,53 y año 2010: 0,50. Fuente: INEC 2011.

² INEC 2010, Pobreza por ingresos ENEMDU: “Para calcular la incidencia de pobreza comparamos el ingreso per cápita con la línea de pobreza y los individuos cuyo ingreso per cápita es menor a la línea de pobreza son considerados pobres. Línea de pobreza es de 69,05 UDS mensuales.”

salud públicos y asistenciales para el 49%, quedando un 30% sin ninguna atención de salud (Echeverría, 2007). En las últimas décadas la salud pública ha sufrido problemas de financiamiento, especialmente para mantener los contratos del personal de salud, mientras la inversión en infraestructura y equipamiento crece.

El estado de salud de la población, tiene una mejoría respecto a décadas pasadas pero no alcanza un nivel deseable como sociedad: la tasa de mortalidad general ha tenido una leve disminución en las dos últimas década, de 4,9 muertes por mil habitantes en 1990 a 4,5 en el año 2000; mientras que en 2005 se incrementó a 5,0 (OPS, Situación de salud en las Américas, 2005); para el año 2010 la tasa de mortalidad general fue 4,3 por mil nacidos vivos.

Las principales causas de muerte en el año 2000 en el Ecuador fueron: 1° Otras enfermedades del corazón, 2° Enfermedades cerebro vasculares, 3° diabetes mellitus, 4° Enfermedades hipertensivas, 5° Causas externas (MSP, Estadísticas de Vigilancia Epidemiológica, 2004). Las principales causas de muerte en el año 2010 en el Ecuador fueron: 1° Enfermedades Hipertensivas, 2° Diabetes Mellitus, 3° Influenza y Neumonía, 4° Accidentes de transporte terrestre y 5° Enfermedades Cerebro Vasculares (INEC, 2010). Esto muestra que en el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva.

En relación a la protección de la infancia, mediante acciones que impacten en “reducir la mortalidad de la niñez” se observa una disminución significativa en el período 1990 – 2004 pasando de 43,1 defunciones por cada mil nacidos vivos a 21,8. Con relación a la “mejora de la salud materna”, si bien existe un importante progreso en la reducción de la mortalidad materna, su valor es aún elevado. Las mujeres indígenas y las que viven en el sector rural del país son las más afectadas. La tasa de mortalidad materna ha variado sensiblemente en las últimas décadas, año 1990:117,2 defunciones de madres por cada cien mil nacidos vivos, año 2000:78,3 y año 2010: 92,6 por cada cien mil nacidos vivos (INEC, Estadísticas de Nacimiento y Defunciones). Lo cual

frente al promedio de mortalidad materna en Suramérica (240 por cada cien mil nacidos vivos) la reducción lograda es aparentemente mejor..

La disponibilidad de servicios de salud es limitada frente a las demandas de la población. La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud (OPS-MSP, Perfil de los Sistemas de Salud en el Ecuador 2008). En cifras comparativas, se muestra que a nivel país mientras en Ecuador contamos con 1 médico para 650 habitantes, en Colombia hay un médico por cada 750 habitantes y en Perú por cada 850 habitantes, es decir podríamos estar en mejor situación en la región andina. Sin embargo en relación a Cuba que tiene indicadores de salud exitosos y cuenta con 1 médico para cada 170 habitantes, encontramos una severa deficiencia para la atención de salud.

El derecho a la salud en el Ecuador, está consagrado en nuestra constitución pero tiene serios problemas en su garantía y ejercicio. Partiendo de que la salud tiene un enfoque curativo y únicamente de ausencia de la enfermedad y no se percibe como un derecho. En el diagnóstico realizado al respecto, sobresalen dos causas para el incumplimiento del derecho a la salud: la ausencia de políticas saludables y la falta de participación y empoderamiento de la sociedad civil (INREDH, 2002: 21).

Otro factor importante en este contexto, es la opinión y percepción de los ecuatorianos, en cuanto a nuestra respuesta ante una necesidad de salud (presencia de enfermedad o malestar) el 40,8% de la población acude al médico, el 23,7% se automedica, el 11,6% acudió a una farmacia para obtener ayuda, mientras que el 15,5% tomó medidas caseras y un 8,3% no hizo nada (INEC-ECV, 2004-2005). Estas prácticas dejan ver los mecanismos de resolución individuales y comunitarios predominantes en Ecuador.

Según diagnóstico realizado para OPS, el perfil de la exclusión social en Salud en el Ecuador (país) se identifica con: pobreza y pobreza extrema, inequidad en la distribución del ingreso, etnias indígenas y rurales, como las más afectadas, insuficiencia de la red de servicios básicos, gasto de bolsillo en salud regresivo y bajo gasto público en salud. Citando las conclusiones de este diagnóstico, tenemos que:

Las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión son las provincias centrales de la sierra ecuatoriana, en ellas se encuentra concentrada la mayoría de cantones y parroquias pobres del país, añadiéndose un factor mayor que son las provincias con mayor magnitud de población indígena (Villacrés y Yépez, 2001).

Estos investigadores identifican y analizan las políticas, estrategias, programas sociales, programas de inversión, instituciones públicas y privadas en el Ecuador, todos dedicados a mejorar las condiciones de vida y superar las situaciones de exclusión.

En consecuencia los indicadores de salud y condiciones de vida de la población del Ecuador nos muestran una mejoría, pero se mantienen por lo cual la situación de la exclusión social en salud persiste o bien, los factores y causas que la provocan continúan presentes en nuestra sociedad.

CAPITULO I

ESTADO DEL ARTE

Exclusión social

El concepto de exclusión nace en Europa, a mediados de la década de los sesenta haciendo referencia a las personas desempleadas y carentes de seguro social (MIDEPLAN y CEPAL, 2002), es decir que en su origen estuvo vinculado al mercado laboral. En los años 70s y 80s, el concepto va evolucionando en las sociedades europeas: en los diez primeros años se entiende como un proceso de desadaptación de un grupo de personas (marginados del crecimiento y desarrollo) ante una situación económica adversa; y a partir de la década de los ochenta tiene una importante transformación, porque se inicia una preocupación por los vínculos entre el sujeto y la sociedad, es decir “la exclusión pasó a expresar no solo privaciones materiales, sino que comenzó a indicar incapacidad de la sociedad de mantener cohesión social”. En la década de los 90 varias han sido las reflexiones sobre el enfoque conceptual de la exclusión social como un fenómeno multidimensional, que incluye diversas formas de desventaja (no solamente económicas) y analiza la situación misma de la sociedad. El concepto de exclusión social actualmente captura las dimensiones de pobreza, inequidad e injusticia y se considera un elemento esencial en los estudios y planificación para el desarrollo y en la construcción de políticas sociales (Kaaber, 1999). En América Latina, ha tomado fuerza la visión de la exclusión social en las dimensiones socio-política y cultural y sus posibilidades explicativas desde los derechos y la ciudadanía, con un enfoque más cualitativo que cuantitativo e institucional (Gacitúa, 2000:182).

La construcción del concepto de exclusión social tiene su base en contundentes evidencias: el análisis de desigualdades ha determinado algunas formas de exclusión visibles y evidentes, especialmente en América Latina, como son la discriminación por raza, etnia, nivel socioeconómico y género (BID, 2003). Al profundizar, la exclusión social se presenta también cuando un grupo tiene menos acceso a las mismas oportunidades en salud, educación, vivienda o trabajo que el resto de la población, a lo

cual se debe sumar la dificultad de acceso a mercados de crédito, a condiciones físicas y de infraestructura adecuada y al sistema de justicia (Behrman et al., 2003).

La exclusión social implica situación de vulnerabilidad, riesgo y la falta de voz, que viven los grupos humanos o individuos excluidos. Frente al concepto de pobreza, que posee un carácter fundamentalmente económico y que se convierte en un atributo de personas o grupos de personas, el enfoque de exclusión presenta una mirada más amplia que intenta establecer las relaciones que la originan en un contexto colectivo y que se produce por las interacciones de los diferentes actores sociales. El concepto de exclusión reconoce e incorpora las diferencias específicas entre zonas geográficas, naciones, culturas y costumbres, incorpora temas referidos a la pobreza, pero se extiende a otras formas de desventajas como las socioculturales y políticas (MIDEPLAN y CEPAL, 2002). El enfoque de exclusión social, es en parte, un producto de la evolución de los estudios sobre pobreza y desventajas sociales, es el primero en el que se vincula directamente la responsabilidad social, la integración social y los derechos humanos. Nos ofrece una visión de múltiples problemas individuales y colectivos, los cuales se trata de explicar en función de magnitudes, causas, formas e intensidades, pero ha dejado de lado la valoración cualitativa y las opiniones de quienes son excluidos³.

Los investigadores sociales han construido conceptos y premisas que buscan la comprensión de este fenómeno. Gacitúa define la exclusión social como:

el proceso que surge a partir de un debilitamiento o quiebre de los lazos (vínculos) que unen al individuo con la sociedad, aquellos que le hacen pertenecer al sistema social y tener identidad en relación a éste. A partir de esta concepción se establece una nueva forma de diferenciación social entre los que están “dentro” (incluidos) y los que están “fuera” (excluidos) (Gacitúa, 2000: 115).

Rubén Lo Vuolo, al respecto dice:

La inclusión social significa englobar al conjunto de la población en el sistema de instituciones sociales, concierne tanto al acceso de sus

³ Análisis cualitativo: busca establecer relaciones y significados sobre un tema dentro de un grupo humano.

beneficios como a la dependencia del modo de vida individual respecto a los mismos. De aquí, exclusión social se refiere a todas aquellas condiciones que permiten, facilitan o promueven que ciertos miembros de la sociedad sean apartados, rechazados o simplemente se les niegue la posibilidad de acceder a los beneficios institucionales (Lo Vuolo, 2000: 72).

C. Sojo plantea las coordenadas conceptuales en base de las cuales se pueden construir modelos analíticos para las dimensiones: política y socio-cultural de la exclusión social, contribución valiosa para superar paradigmas cuantitativos creados alrededor del fenómeno. Para Sojo la *exclusión social* es lo exactamente opuesto a la *integración social*, entendiéndose que la vida en comunidad es una característica fundamental del ser humano y por tanto dice:

...La exclusión no alude a la pertenencia a comunidades, sino a la calidad o intensidad de esa pertenencia. Exclusión social indica entonces la existencia de una mala vinculación o de una vinculación parcial a la comunidad de valores que identifica a la sociedad, en el sentido más genérico de lo social; o a la disposición de medios que aseguren una adecuada calidad de vida, en el sentido más acotado de comprensión de lo social (Sojo, 2000:55).

El análisis de los conceptos planteados implica que, la exclusión social debería analizarse en cada sociedad en particular, porque sus rasgos se presentarían de diversas formas, si partimos de esta idea de pertenencia e identidad. Lo Vuolo, plantea la necesidad de identificar aquellas “condiciones” que producen el fenómeno de la exclusión y que tiene que ver con las posibilidades de acceso a los beneficios de vivir en sociedad. Queda claro que la exclusión depende de cuan integrada está una sociedad y la condición de cada individuo frente a las instituciones sociales, lo que nos permitiría conocer el grado en que una sociedad promueve o facilita la inclusión.

El Banco Interamericano de Desarrollo - BID, indica que en América Latina y el Caribe, la exclusión social afecta principalmente a los grupos indígenas, a los grupos de ascendencia africana, a las mujeres, a las personas con discapacidad y/o a las personas VIH-SIDA positivas. Los estudios del BID muestran que la exclusión es específicamente por discriminación y por desigualdad de oportunidades, es decir, se produce este fenómeno por la diversidad entre los miembros de una sociedad en la que

se aparta a las personas con características diferentes (generalmente consideradas inferiores) y porque no hay las mismas oportunidades (en calidad, dignidad, justicia) para acceder a los beneficios del desarrollo. Se debe considerar también que históricamente América Latina ha presentado una distribución del ingreso altamente inequitativa (Bustelo y Minujin, 1994: 28) y que es la región con mayor desigualdad en el mundo, no solo de tipo económico sino también en cuanto a educación y salud, además la marginación y la pobreza crecen constantemente. La desigualdad en términos económicos se mantiene en la región porque los ingresos, recursos y oportunidades, se concentran en un segmento reducido de la población, lo cual se agrava por la falta de una política de redistribución del ingreso consistente y efectiva. La desigualdad social es parte de la vida cotidiana de los latinoamericanos, existen prácticas sociales y culturales que provocan diferencias y división entre las personas, como la estratificación social basada en características físicas, lugar de residencia e incluso en base a las preferencias de consumo, es decir que en nuestras sociedades se produce consciente y frecuentemente exclusión de personas o grupos de personas.

En la comprensión del pensamiento o posición de las personas frente al fenómeno de la inclusión/exclusión social, es necesario contemplar el análisis sobre las libertades individuales (decisión, creencia y pensamiento) como parte de los derechos humanos fundamentales. Es decir, que la exclusión social puede ser una decisión voluntaria de las personas que se “auto-excluyen” debido a que no aceptan una o algunas de las normas sociales establecidas y no reconocen a las instituciones sociales, como por ejemplo en los derechos universales, hay varios casos de renuncia voluntaria a los mismos.

El análisis de la exclusión a partir de los derechos, es particularmente interesante, los estados han asumido el compromiso de garantizar los derechos humanos⁴, lo cual implica de su parte realizar acciones y construir las condiciones para cumplir este propósito, sin embargo los derechos no se ejercen si los ciudadanos no los conocen y reconocen.

⁴ Me refiero a aquellos declarados y suscritos por los países en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

En el ámbito normativo, la Constitución Política del Ecuador 2008 reconoce y garantiza los derechos de libertad de las personas, haciendo una crucial definición de vida digna: “Se reconoce y garantiza a las personas...El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”⁵. Estableciendo los ideales de inclusión y protección para los ecuatorianos.

Los derechos del buen vivir - *sumak kawsay*, se describen por separado en el capítulo segundo del Título II⁶, siendo estos: agua y alimentación, ambiente sano, comunicación e información, cultura y ciencia, educación, habitat y vivienda, salud y seguridad. Adicionalmente nuestra constitución vigente establece, en el Título VII del régimen del buen vivir, un sistema nacional de equidad e inclusión social responsable de articular el plan nacional de desarrollo y el sistema nacional descentralizado de planificación participativa. El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud⁷, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte. Con lo cual nuestra legislación ha sido reconocida como una de las más avanzadas en cuanto a la protección integral de la personas.

⁵ Esta cita corresponde al Título II, Capítulo Sexto de la Constitución de la República del Ecuador 2008.

⁶ Constitución de la República del Ecuador 2008. Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

⁷ Constitución de la República del Ecuador 2008, Art. 358 al 366, explica la integración organización y funcionamiento del sistema nacional de salud, como parte del sistema nacional de equidad e inclusión social. Art. 358: El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

El siguiente punto de análisis es la percepción respecto al beneficio que se obtiene de un derecho, para que un individuo lo ejerza, refiriéndonos únicamente a su capacidad de decisión. Sucede de manera expresa con el derecho a la salud, al que renuncian diariamente consumidores de tóxicos, personas con lesiones auto-infringidas y quienes no toman medidas de prevención de enfermedades. En cuanto al efecto de acciones de terceros en contra de la salud se pueden incluir a la contaminación del agua, aire y suelo en zonas pobladas o productivas así como la manipulación genética de alimentos animales y vegetales para el consumo humano.

En este punto es donde justamente las libertades individuales afectan el bienestar común, por lo cual el Estado ecuatoriano garantiza los derechos, esto puede entenderse como igual responsabilidad del estado y los ciudadanos, en cuanto a la exclusión social.

Al respecto, Sojo ha planteado que la exclusión social se puede valorar a partir del grado en que una sociedad logra el ejercicio de los derechos (Sojo et al., 2000: 215). Ferrajoli advierte que para el análisis de los derechos se debe distinguir entre los derechos de la personalidad, que pertenecen a todos los seres humanos en cuanto individuos o personas, y los derechos de ciudadanía, que corresponden en exclusiva a los ciudadanos (Ferrajoli, 2002: 97). Propuestas que deben considerarse conjuntamente al pensar en la auto-exclusión, pues la persona se superpone a la condición de ciudadano al momento de tomar la decisión de incluirse y/o ejercer un derecho.

Con estos elementos, se puede concluir que la exclusión social se presenta cuando un individuo no está completamente integrado a su comunidad, no percibe los beneficios comunes del desarrollo y no puede ejercer sus derechos. Su situación de desventaja y desigualdad reduce su calidad de vida. Los desarrollos analíticos que buscan dimensionar a la exclusión social, plantean que esta debería referirse por una parte a las personas (quienes son los excluidos), por otra a las condiciones (socio-económicas, jurídicas, políticas) y llegar a encontrar las causas (origen de la exclusión). Es fundamental para la comprensión del fenómeno de la exclusión social rescatar la opinión de los excluidos y la percepción de su situación, puesto gozan de un derecho

fundamental que es la libertad de incluirse o auto-excluirse, tanto como debe considerarse la capacidad del estado para hacer efectivos los derechos.

Además en el marco de los derechos debemos valorar tanto las garantías como el reconocimiento de los mismos y el ejercicio de la ciudadanía, ambas consideradas como características de integración y su ausencia como condiciones de exclusión.

Exclusión social en salud

Las situaciones de desventaja y desigualdad provocadas por la exclusión social, deterioran la calidad de vida y la situación de salud en grupos de personas. Considerando que la exclusión implica desintegración social y privación, en Salud impide gozar de un estado completo de bienestar físico, mental y social⁸ y nos priva del derecho a la salud que es parte del buen vivir⁹.

Los estudios externos sobre la situación de salud, han demostrado que hay un impacto directo de la desigualdad sobre los indicadores de salud, tales como tasas de enfermedades, de mortalidad y causas de violencia (Banco Mundial, Desigualdad en América Latina 2004).

El concepto de exclusión social en salud, vincula elementos que tienen que ver con el estado de salud de las personas, los determinantes de la salud, las condiciones del entorno social, la provisión de servicios de salud y el derecho a la salud.

La Organización Panamericana de la Salud - OPS y la Organización Internacional del Trabajo - OIT, en el marco de su Estrategia de la lucha contra la exclusión social en materia de salud, identifican a los grupos de excluidos como quienes no reciben protección social en salud y definen:

⁸ Esta es la definición de los países que suscribieron la Declaración de Alma-Ata, 1978.

⁹ Entendido como lo define la Constitución de la República del Ecuador 2008, Art.32.

...protección social en salud es la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo (OPS y OIT, 2002).

La garantía se establece en términos de atención de salud digna y efectiva como una responsabilidad del estado, con prioridad en los grupos sociales más vulnerables, es decir con enfoque de derechos y no del tipo asistencial.

En la estrategia de Protección Social en Salud OPS-OIT, se definen tres dimensiones que pueden determinar formas de exclusión social en salud, estas son: el acceso a los servicios, la seguridad financiera del hogar y la dignidad en la atención. Se identifica a la pobreza como una de las condicionantes más importantes de la exclusión en salud porque aumenta el riesgo de enfermar y morir en ciertos grupos de población. Describen también factores más específicos como vivienda inadecuada, hacinamiento, escasez de espacios de recreación, desnutrición, educación incompleta, desocupación y falta de acceso a servicios básicos. En cuanto a la “protección” misma, establece categorías de población sin protección, con protección incompleta y con protección inadecuada.

OPS-OIT en esta estrategia, realiza un diagnóstico e identificación de soluciones, para lo cual cuenta con un marco conceptual y metodológico. Su posicionamiento se refiere a pobreza, inequidad y exclusión social para explicar el concepto de exclusión social en salud:

La exclusión social en salud se entiende como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan (OPS-OIT, 2003)

En el marco de la propuesta del Manejo Social del Riesgo (Banco Mundial, 2002), la exclusión social en salud estaría identificada en la carencia de seguridad social, pues este es el mecanismo de protección ante la vulnerabilidad y exposición a múltiples

riesgos de salud que tienen ciertos grupos humanos. Sin embargo esta no es una carencia o motivo de exclusión aislado, porque está en un contexto de intervenciones públicas (redes de protección, formación de capital humano, flexibilización laboral) para la reducción, mitigación y superación de eventos negativos, tanto en individuos como en hogares y comunidades. Lo anterior nos hace concluir, que hay exclusión social en salud por falta de aseguramiento (garantía de salud) y no solamente en el hecho cierto de una deficiencia o carencia de servicios.

Según el enfoque estructural de la exclusión social en salud (OPS-OIT, México 1999), se debe analizar lo siguiente: marco jurídico en salud, organización de los sistemas de salud y gasto en salud como porcentaje del PIB, con el fin de determinar la capacidad del estado para otorgar cobertura de salud y garantizar el derecho a la salud. La exclusión social se refleja entonces en las fallas o insuficiencias de estas estructuras.

En el enfoque de derechos humanos, se analizan tanto la garantía como el ejercicio del derecho a la salud, para establecer el grado de exclusión social. En el Ecuador es visible el mejoramiento sobre su contenido en la Constitución 2008 y la concepción amplia que tiene respecto al buen vivir, la vida digna y la integralidad en salud (Moreira, 2010), sin embargo el análisis del cumplimiento del derecho ha sido en décadas pasadas totalmente desfavorable para el estado como garante y para los ecuatorianos como ciudadanos. La Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos, ha determinado que el derecho a la salud en el Ecuador está legislado, más no es disfrutado como tal, pues el gobierno incumple permanentemente tanto las disposiciones constitucionales como los compromisos internacionales. Esta organización toma la *promoción de la salud*¹⁰ como el marco de análisis del derecho a la salud, el cual valora cinco aspectos: establecimiento de políticas públicas saludables, creación de entornos propicios para la salud, participación de las comunidades en salud, desarrollo de aptitudes-conocimientos personales sobre la salud y reorientación de servicios hacia la prevención y protección en salud, complementado con las

¹⁰ OPS-OMS, 2002, “La Promoción de la Salud es el proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades de poder a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar”

características de la provisión de servicios y uso de medicamentos, financiamiento de la salud pública y formas de corrupción en el sector salud. El diagnóstico se realizó para pueblos indígenas, mujeres, niños, trabajadores y otros grupos vulnerables.

Esta propuesta es coincidente en varios de los aspectos valorados sobre el fenómeno de la exclusión social en salud con las organizaciones citadas anteriormente, pero pone particular interés en las personas, porque son los actores centrales del derecho a la salud y considera su situación individual y comunitaria, siendo este el principal aporte a la comprensión de la exclusión social en salud con amplio contenido cualitativo.

En el marco conceptual de OPS-OMS, se define a la exclusión en salud en la perspectiva de derechos como:

la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo (OPS-OMS-ASDI, 2003).

Aporta en el análisis de la exclusión social en salud, la visión de desarrollo de Amartya Sen (2000: 102) sobre las libertades individuales y las capacidades humanas, como se ha dicho partiendo del hecho de que hay una libre decisión sobre el ejercicio del derecho a la salud y la forma de vida saludable. La libertad de decisión sobre los bienes o beneficios sociales a los que acceden las personas, pueden ser producto de su situación individual. En el caso de la visión liberal, los bienes/beneficios son aquellos que se pueden obtener al competir en el mercado, en la visión socialista aquellos que el sistema o gobierno garantiza, sin embargo ambas no bastan para el ámbito de la salud. Para Sen¹¹, la libertad depende no solo de la condición de pobreza, sino también de las

¹¹ SEN, Amartya, para Sen lo esencial es la capacidad. Sen afirma que el fenómeno de la pobreza revelaría que los pobres presentan inadecuadas capacidades para desarrollarse y para transformar los medios (como el ingreso) en fines. La capacidad es entendida como: las libertades importantes de que disfruta la gente para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar, tales como funcionamiento social, mejor educación básica y atención de salud.

instituciones sociales y políticas que garantizan los beneficios sociales y supervisan el orden y la paz social.

Desde el punto de vista humano, la libertad está dada por el conjunto de alternativas entre las que el individuo puede elegir para administrarlas en su beneficio y que se convierten en capacidades.

Justamente para Sen el impedimento de estas libertades causa exclusión social. Se puede asociar para el caso de la salud, como la libertad de participar en acciones de salud pública y bienestar social e incluso por la libertad de expresar su opinión respecto a las condiciones de salud, pues Sen afirma que la participación en el debate sobre el mejoramiento de las oportunidades resulta en una vida de mejor calidad y logra el desarrollo personal. En la vida diaria las capacidades humanas en salud, se pueden identificar con la percepción de los actores respecto a su salud y los conocimientos, actitudes y prácticas¹² para una vida saludable. De esta forma se amplía la comprensión de la exclusión social en salud, más allá de los servicios de salud y de la condición socio-económica del hogar.

Sobre el concepto de la auto-exclusión, como se planteó en la visión de exclusión social, hay que reconocer que la libertad de decisión puede generar situaciones de exclusión en salud, que son legítimas porque son resultado de una acción voluntaria. Además debido a que el Ecuador es una sociedad con tanta diversidad, no se puede homogenizar la concepción de salud o de vida saludable y se requiere conocer la situación de inclusión/exclusión de las personas, desde su propia perspectiva pero frente a un mismo concepto que actualmente identificamos como “buen vivir”.

Concluimos entonces que la investigación de la exclusión social en salud, debe considerar un ámbito institucional, un ámbito comunitario y un ámbito individual para su diagnóstico y que siendo varias de las propuestas conceptuales coincidentes en sus

¹² OPS-UNICEF, Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable: considera que un conjunto de conocimientos actitudes y prácticas claves, pueden proteger la salud y prevenir enfermedades.

factores de análisis, es posible complementarlos en función del grupo humano ubicado en el lugar del presente estudio de caso.

Estudios país de la Exclusión Social en Salud

El marco conceptual que se ha desarrollado al respecto de la exclusión social en salud, se ha puesto en práctica a través de varios modelos y metodologías, entre las que se destaca la diseñada por la OMS-OPS, la cual ha sido el referente para varios estudios empíricos en Latinoamérica y que se ha presentado como el diagnóstico de la Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Como se mencionó anteriormente esto es parte de la Estrategia de Extensión de la Protección Social en Salud¹³, el cual busca conocer la situación de exclusión en América Latina y definir un plan de acción para superarla.

Su desarrollo metodológico ha sido perfeccionado y debatido a partir de la propuesta realizada en el 2001¹⁴ y actualmente presenta uno de los marcos más completos para el estudio de la exclusión en salud, enriquecido por los aportes que han dado los investigadores de los países participantes en este proyecto.

En Ecuador, Guatemala, Honduras, Perú, Paraguay y República Dominicana se ha realizado el análisis y medición de la exclusión en salud, identificando sus principales causas así como quiénes son y dónde están los excluidos¹⁵. Los indicadores que se presentan se relacionan básicamente con el acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud del individuo y los mecanismos de provisión del bien o servicio requerido, acceso a protección financiera y acceso a condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad. Al incluir a varios países este estudio ha

¹³ OPS-OIT, Cuatro estudios regionales sobre la magnitud de la exclusión social, análisis comparado de la política de protección social en salud, análisis de experiencias regionales en micro-seguros de salud y caracterización del comportamiento del gasto de bolsillo en salud, México 1999.

¹⁴ En dos años el estudio fue convertido por OPS-OMS en el Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud, el resultado fue la Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en Salud, (Publicación Washington DC, 2001). Aplicada para todos los países de Latinoamérica.

¹⁵ Investigación promovida por OPS-OMS-ASDI, como diagnóstico de Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, Serie No.1 Extensión de la Protección Social, Publicado en 2003.

tenido la posibilidad de realizar un análisis comparativo, así como se han presentado las diferencias en cuanto a la información disponible entre los mismos.

El estudio de Exclusión en Salud en Argentina, tiene otros aportes muy interesantes porque considera varias perspectivas de análisis de la exclusión social en salud para realizar su diagnóstico (Hamilton, CLACSO, 2001). La autora Hamilton considera: i) Cobertura, ii) Accesibilidad y iii) Estructura, Procesos y Resultados del Sistema de Salud, con el objeto de determinar las fortalezas y debilidades que presentan cada una de estas estrategias de medición. Lo cual nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de contar con un enfoque(s) o metodología(s) que permita obtener los mejores resultados en cuanto a diagnóstico y comprensión de la situación de la exclusión en salud.

El estudio realizado en Costa Rica (Rosero y Guell, 1998), junta un sistema de información geográfica (GIS) y usa técnicas de análisis espacial para relacionar la población (la demanda) con los servicios de salud (la oferta), con el fin de valorar la accesibilidad de los servicios y su equidad, utilizando la medida de “distancia al establecimiento de salud más cercano”. El estudio incluye un “inventario de los servicios públicos de salud” relacionados con los centros de población, notando que han sido priorizados los lugares apartados, con poblaciones más dispersas y de menor condición socioeconómica, lo cual introduce una variable importante de calificar la intervención directa del estado para proporcionar atención integral de la salud a la población más vulnerable. Las conclusiones se enfocan hacia la incidencia de las posibilidades de accesibilidad geográfica y disponibilidad de infraestructura frente a la exclusión social en salud.

En el estudio de Brasil (Cuottolenc, 2002), que utiliza la metodología OPS, se agrega un análisis empírico comparativo que resalta las desigualdades intra-país¹⁶. La distribución de los “recursos físicos y humanos en salud” presenta una concentración en

¹⁶ En los años subsiguientes al establecimiento de la Guía Metodológica de OPS, varios investigadores como en el caso de Brasil, buscan complementar el estudio con aspectos sociales, para ello utilizan intensamente la metodología cualitativa.

las áreas metropolitanas y las ciudades más ricas del Sudeste y Sur. Ente otros el estudio destaca que es fundamental incluir factores que no son parte de los sistemas de salud, pero que influyen directamente como son “alimentación, saneamiento y vivienda”.

Los referentes conceptuales coinciden en que la metodología a utilizar para la medición y caracterización de la población excluida en salud, debe plantearse considerando las limitaciones que hay en información, por ejemplo se reitera en la metodología de OPS-OMS que sus resultados son estimaciones globales¹⁷. En consecuencia hay limitaciones en el análisis e identificación de soluciones por esta falta de datos actualizados, situación que se da no solo en el fenómeno de la exclusión en salud, sino en indicadores sociales en general, por ausencia de mecanismos de recolección en muchos países y falta de financiamiento para un sistema nacional de estadísticas¹⁸.

El estudio de Exclusión Social en Salud, ya mencionado para América Latina y el Caribe (OPS-OMS-ASDI, 2003), presenta varias matrices de análisis de información y el índice compuesto de exclusión¹⁹. En dicho estudio se resalta la capacidad explicativa de los factores que producen exclusión social en salud, separados entre externos e internos respecto al sistema de salud. La principal variable institucional es la oferta de servicios junto con el modelo de atención y los recursos limitados; mientras que el perfil de la población excluida se caracteriza por: pobreza, marginalidad, discriminación racial, idioma diferente, informalidad en el empleo, subempleo y desempleo, aislamiento geográfico, falta de servicios básicos y bajo nivel de educación. La medición de la exclusión en salud se determina como un proceso complejo por la naturaleza de este fenómeno: i) multicausal, ii) heterogéneo y geográfico y iii) dinámico.

¹⁷ OPS-OIT, indican en varios estudios la limitaciones de información pero resaltan en el documento publicado en Chile 2002, Las estrategias de la lucha contra la exclusión social en materia de salud; su condición de “estimaciones globales”.

¹⁸ Este planteamiento de SOJO, Carlos en Desarrollo Social en América Latina, FLACSO-Costa Rica 2002, resume la situación de las estadísticas regionales de salud que no han logrado tener una línea de corte igual, ni comparar en los mismos aspectos a todos los países.

¹⁹ Modelo particular planteado en el estudio de exclusión en salud en Ecuador, no consta en los estudios del resto de países.

Investigación cualitativa para el estudio de la exclusión social en salud

El aspecto cualitativo es el pionero en el análisis de la exclusión social en salud. El modelo de análisis de la población excluida, presentado por A. Andersen (1990), recomienda clasificar los factores que determinan la exclusión en salud en tres: i) la necesidad de atención médica según la percepción del paciente y la opinión del personal de los servicios de salud, ii) variables socio demográficas que incluyan actitudes y creencias y, iii) los factores capacitantes como la condición socioeconómica en el ámbito familiar y comunitario.

Referente sobre el enfoque de percepción del usuario es el estudio de la Universidad Javeriana de Bogotá (Hernández y Eslava, 1997). En éste se diferencia entre determinantes y condicionantes a los factores relacionados con la exclusión social en salud. Las investigadoras consideran el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva del usuario para identificar cuando hay acceso efectivo y cuando el acceso es potencial, los investigadores presentan las evidencias respecto a la satisfacción del usuario, por lo cual el individuo toma el papel protagónico para estudiar la exclusión social.

Los estudios empíricos realizados en América Latina y el Caribe, han realizado un aporte importante para la comprensión del fenómeno de la exclusión social en salud, mediante la asociación de ámbitos de análisis adicionales a los establecidos en el marco conceptual OPS-OMS. Las principales variables son pobreza e inequidad, como los factores tradicionalmente relacionados con la exclusión y la marginación del desarrollo, lo cual se complementa con “diferencias sociales” establecidas en base al género, condición laboral, etnia y educación, de los cuales se demuestra su relación con exclusión social.

El Estudio Empírico sobre la Exclusión Social en Salud en Chile (Concha y Bueno, 2002), presenta evidencias de discriminación por el nivel de ingresos, al interior

de los programas de seguros de salud. En el sistema público por ejemplo, la mayor proporción de beneficiarios pertenece al primer quintil de ingresos o grupo más pobre y en muy pequeña cantidad miembros del último quintil de ingresos. En las ISAPRES (sistema privado) el 43,1% de sus afiliados son miembros del quintil 5 de ingresos o grupo más rico de la población. La exclusión por utilización de servicios, según las investigadoras, al tener problemas de datos en cuanto a bienes públicos, llevó a considerar la valoración de la “percepción de los individuos de su estado de salud” como un factor que determina la demanda. Los resultados muestran que el 65,6% de la población “calificó” su estado de salud como buena y muy buena²⁰. Este promedio varía considerablemente por grupos de edad, por género y por nivel de ingresos: el primer quintil el 57,1% declara buena salud mientras que en el quintil 5, el 79,6%, resultados con importante valor sociológico.

El estudio empírico descriptivo de la exclusión social en salud en Argentina (Delajara, 2002), analiza los indicadores de salud y su relación con los “programas sociales”, los ingresos y el mercado laboral. El resultado identifica a los principales grupos excluidos en salud como: niños menores de 4 años, primer quintil de ingresos, discapacitados, trabajadores informales y no calificados y quienes no tienen seguro de salud.

En la investigación realizada sobre el Derecho a la Salud en el Ecuador (INREDH, 2002), una de las variables cualitativas más notable es la “participación social” en las decisiones relacionadas con la salud y la vida, que considera: espacios de participación política, de acciones comunitarias y compromisos y responsabilidades de los ciudadanos.

Estos referentes nos muestran que la investigación cualitativa de la exclusión social en salud ha permitido completar la visión de este fenómeno y trasladarlo de lo teórico a lo práctico, de lo continental a lo nacional, con identificación precisa de indicadores y con la posibilidad de ampliarlos en cada lugar de estudio.

²⁰ Este estudio marca un hito en investigación cualitativa en salud, pues sobrepasa el análisis tradicional desde la perspectiva médica y epidemiológica y valora la OPINION de la población.

El cúmulo de experiencias obtenidas en los estudios de caso país, así como en el análisis comparado de la exclusión en Salud en América Latina con enfoque cualitativo, nos ofrece varias perspectivas para explicar el fenómeno de la exclusión en salud en sus distintas dimensiones y de manera integrada.

Como se ha identificado en los estudios antes referidos para en países de Latinoamérica, la investigación cualitativa ha agregado valor en el conocimiento del fenómeno de la exclusión social en salud, que nos ha permitido conocer: i) la percepción del estado de salud propio en cada persona y en su familia, ii) la dignidad en la atención y la calidez percibida por los usuarios, iii) los procesos de participación política, acciones comunitarias, iv) compromisos y responsabilidades asumidas por las personas respecto a su salud, v) la satisfacción del usuario de los servicios de salud desde su punto de vista. De esto modo, la asociación de ámbitos de análisis cualitativos y cuantitativos, mejora la comprensión de la exclusión en salud y previene sobre el riesgo de la generalización de resultados o bien la toma de decisiones a partir de información global. En ninguno de los casos de estudio se realizó investigación referente a las creencias, a pesar de que la metodología lo recomienda. Dada la diversidad étnica y cultural del Ecuador, así como las condiciones socio-demográficas de la zona de investigación en el presente estudio de caso es fundamental conocer las opiniones y percepciones sobre salud, enfermedad y bienestar.

CAPITULO II

BASES METODÓLOGICAS

La visión de exclusión social permite un análisis más amplio de la situación de salud, porque incluye varios enfoques relacionados con la sociedad y tiene la posibilidad de juntar dimensiones de análisis además de la económica (ingresos-pobreza) con la socio-cultural y los derechos. Exclusión social implica, identificación de procesos en los que inequidad, riesgo y vulnerabilidad se relacionan con la calidad o intensidad de la integración social²¹. En cuanto a resultados, el enfoque de exclusión social ha demostrado que puede orientar de mejor manera las políticas y estrategias en salud individual y salud pública. Es decir, es el referente teórico más completo para investigar, explicar y proponer políticas y acciones en salud pública; motivo por el cual lo he elegido como tema de tesis para obtener el título en maestría en políticas sociales.

Se eligió el estudio de caso para enfocarse en una población específica, con el propósito de conocer y entender el fenómeno de la exclusión social en salud en una realidad local del Ecuador, ya no con la visión país sino con interés en la diversidad que tenemos a nivel cantonal. El lugar elegido fue Saquisilí – Provincia de Cotopaxi, este cantón representa un lugar clave por tener población mayoritariamente indígena, que habita en la zona rural y está ubicado en la Sierra Central, es decir aquellas condiciones que caracterizan a los excluidos en el Ecuador.

Las siguientes preguntas orientan la investigación y análisis respecto a la exclusión social en salud en el cantón Saquisilí:

- i. ¿Son los habitantes de Saquisilí severamente afectados por la exclusión en salud?
- ii. En el grupo humano del Cantón Saquisilí, que es mayoritariamente indígena, ¿qué condiciones explican la exclusión social en salud?

²¹ Integración social se entiende como la situación opuesta de la exclusión social.

- iii. ¿Con qué mecanismos se garantiza el derecho a la salud en Saquisilí por parte de las instituciones del estado?
- iv. ¿Qué acciones individuales y comunitarias se hacen en Saquisilí para proteger la salud?

Con el objetivo de dar respuesta a lo planteado y tomando los referentes conceptuales presentados en el estado del arte, se elaboran las siguientes bases metodológicas como guía de la presente investigación.

Enfoque analítico

El análisis de la exclusión en el Cantón Saquisilí se organiza en cuatro componentes:

- a. Exclusión Social
- b. Exclusión en Salud
- c. Derecho a la salud
- d. Libertades y capacidades individuales para el cuidado de la salud

La **exclusión social** permite la evaluación y diagnóstico de contexto respecto a un conjunto de condiciones socio-económicas que se reflejan en indicadores y estadísticas; estas son analizadas desde el enfoque de la protección social.

Las variables socio-económicas para diagnosticar el contexto de la exclusión social, se seleccionan a partir de los referentes teóricos del estado del arte, puesto que varios estudios han demostrado su relación con la exclusión así como han determinado su influencia en este fenómeno social, estas son: ubicación, población (urbana-rural), pobreza, educación, infraestructura básica, vivienda, trabajo y etnia son las variables individuales relacionadas con exclusión y en el plano social están la seguridad alimentaria, migración y contaminación y cuidado del ambiente.

La **exclusión social en salud** se analiza en dos partes, primero se identifican las condiciones de protección social en salud y segundo “caracteriza” a la exclusión social en salud, analizando cobertura, accesibilidad y estructura, procesos y resultados la situación del sistema de salud; tomando como referente conceptual es la estrategia OPS-OIT.

Esta “caracterización” de la exclusión en salud permite conocer el sistema de salud desde la perspectiva de los servicios y desde la perspectiva de los usuarios, para ello se consideran variables sobre la disponibilidad de recursos, la atención de salud y los resultados obtenidos en las condiciones de vida de las personas.

En cuanto al **derecho a la salud**, se aplica el enfoque de promoción de la salud, para lo cual se analiza la organización social, organización política, establecimiento de políticas públicas saludables y viabilidad de una política de salud; complementado creación de entornos propicios para la salud, participación de las comunidades y considera tanto las condiciones de salud como la garantía del ejercicio del derecho y la corresponsabilidad de todos los integrantes de la sociedad.

Libertades y capacidades individuales para el cuidado de la salud, son investigadas para entender las posibilidades que tienen las personas para decidir y actuar respecto a su estado de salud, para procurarse una vida saludable, tanto en las familias y los individuos que las integran. Con estas consideraciones se eligen estos ámbitos de análisis de la libertad y capacidad individual para el cuidado de la salud: i) proceso salud-enfermedad, ii) desarrollo de aptitudes personales en base a conocimientos, actitudes y prácticas y iii) autoexclusión.

En consecuencia, el presente estudio utiliza diversos planteamientos metodológicos presentados tanto por organizaciones internacionales, como por investigadores de países para cubrir completamente los enfoques de la exclusión social en salud y así lograr una explicación a profundidad de la exclusión social en salud y establecer nuevas relaciones entre las variables que se investigan.

Delimitación del estudio de caso

Conociendo las dificultades del fenómeno de la exclusión social en salud para ser medido y entendido, ya que sucede en personas que son parte de una sociedad y por tanto contiene una gran diversidad y particularidades, el estudio de caso nos permite realizar una delimitación de espacio, en este caso geográfica a partir del territorio del Cantón y luego la delimitación temporal que ha sido el período 2000-2003. Actualizado en cuanto a los indicadores sociales y de salud al 2009 lo cual ha permitido tener en casi todos los casos una década de información a ser analizada.

El estudio de caso ha sido identificado como investigación social²², en donde los casos son un medio para lograr la comprensión de un fenómeno. En el lugar de estudio, la exclusión social en salud parecería presentarse de manera más marcada y evidente, por eso se espera obtener explicaciones consistentes y particulares más no con la intención de generalizar. Es pertinente aclarar que esta investigación no busca construir categorías teóricas y no es comparativo, como lo han sido la mayoría de estudios en América Latina, la finalidad es presentar evidencias empíricas de la exclusión social en salud encontradas en el lugar de estudio y profundizar en la comprensión de dicho fenómeno, en un grupo humano mayoritariamente rural e indígena.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis permiten explicar el fenómeno de la exclusión social y de la exclusión en salud a partir de su propia perspectiva, igualmente tienen una interrelación de causa-efecto que se ha valorado con las diversas metodologías aplicadas. Se debe destacar que este estudio refleja la percepción de las personas sobre la exclusión desde el plano individual en el capítulo relacionado con libertades y capacidades individuales.

Los actores considerados para el análisis son:

²² GUNDERMANN KROLL, Hans, El método de los Estudios de Caso, 2001.

- i. Instituciones de salud: públicas, privadas, cooperación externa y seguridad social.
- ii. Organizaciones sociales y políticas: gobierno local, indígenas y comunidades.
- iii. Habitantes del cantón Saquisilí: familias, especialmente madres y niños.

En la elaboración de diagnóstico y conclusiones las unidades de análisis que responden al ámbito local se comparan con la situación nacional con el fin de establecer desigualdades y valorar el grado (mayor-menor) de la exclusión.

Fuentes de información

Las fuentes primarias de información son las reuniones con grupos focales y las entrevistas estructuradas a actores e involucrados con el sector salud en el Cantón Saquisilí, es decir varios instrumentos de investigación cualitativa. La observación directa ha permitido la recopilación de información en el área rural y la participación en las reuniones del Comité Interinstitucional y de la Organización Jatarishun, han sido fuentes importantes de datos. Se conformó un grupo focal con el personal de salud del Centro de Salud de Saquisilí y otro con algunos líderes de la comunidad (varones jóvenes que hablan español). Las entrevistas se realizaron a mujeres madres de la zona urbana y a los representantes de cada una de las organizaciones de salud que trabajan en Saquisilí.

La principal fuente de información secundaria han sido las estadísticas de Vigilancia Epidemiológica del Área No.4 de la Provincia de Cotopaxi del Ministerio de Salud Pública, inicialmente estas se levantaron para 5 años y a la fecha se tomaron los datos de una década completa lo cual ha permitido mejorar la calidad de análisis pues los indicadores de salud dan cuenta de cambios en el largo plazo. Además las fuentes de información públicas como son los resultados del Censo de Población y Vivienda 2001 y 2010. Varios indicadores e índices del Sistema Integrado de Indicadores

Sociales del Ecuador SIISE (Versión 1997-2003 y Versión 2008). Línea de Base del año 2000 del cantón Saquisilí realizada por UNICEF-INEC, que refleja la situación de la niñez, adolescencia y la mujer, esta contiene importantes referencias para la situación de salud, es decir morbilidad infantil y general del cantón. Finalmente y como un instrumento de alto valor la Encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) realizada en el Cantón a inicios del 2004, como línea de base para el Programa AIEPI Comunitario del Ministerio de Salud Pública. La unidad de análisis de esta encuesta son las madres y niños menores de cinco años, la muestra contiene información en un 80% de hogares rurales.

Investigación Cualitativa

El proceso de investigación cualitativa realizado en 2004, tomó como punto central la organización social indígena existente en el Cantón (Jatarishun), en torno a la cual se aglutinan las comunidades y quienes tienen sus propios procesos de participación y representación. Se formaron dos grupos focales con líderes de comunidades, con quienes se trabajó en diferentes momentos. De manera directa para esta investigación: una guía del trabajo de grupal que plantea y caracteriza la exclusión social en salud con los participantes, luego un cuestionario sobre las acciones de salud de su organización y entrevistas semi-estructuradas a los líderes de Jatarishun; para concluir con entrevistas a madres de familia sobre sus actitudes y prácticas de salud. La misma metodología de grupo focal se aplicó con el personal de los servicios de salud del Área No. 4. (Ver anexos).

En cuanto a las otras entidades de salud presentes en el cantón se aplicaron las entrevistas sobre su gestión y acciones a los directores o jefes de las mismas, siendo además posible a través de estas organizaciones entrevistar a otras madres de familia. Es importante indicar que las entrevistas fueron aplicadas a mujeres de habla hispana, en dos casos bilingües y en un caso con ayuda de un intérprete hombre a una madre que no habla español. Esto quedó como una lección aprendida respecto a las herramientas de recolección de información, concluimos que a pesar de que sean validadas

(probadas) requieren un conocimiento cultural más profundo para construirlo adaptada al idioma kichwa.

Indirectamente se recopiló información durante las reuniones del Comité Interinstitucional de Salud del cantón, tomando nota de opiniones y reflexiones de los participantes en torno a los problemas de salud que se reflejaban en las estadísticas (situación de salud). En estas sesiones la mayoría de participantes eran delegados de la organización Jatarishun y en el grupo en general el 90% hombres, los puntos a tratar en cada convocatoria se decidían en consenso y por tanto la labor de la investigadora consistió en participar para recopilar información y sistematizarla en función de las variables de exclusión social en salud.

La información obtenida se agrupó por preguntas y luego por variables, separadas en las tres unidades de análisis de esta investigación. Agregar y comparar respuestas dio gran representatividad de estos resultados, se utilizaron para dar mayor soporte a las hipótesis planteadas ya sea confirmando o invalidándolas.

La encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cuidado de niños menores de 5 años que aplicó el Ministerio de Salud Pública en Marzo 2004, fue un instrumento de análisis cualitativo fundamental puesto que nos permitió tener información de primera mano de los hogares en cuanto a aspectos de promoción y prevención de la salud (más allá de lo médico-curativo); como son el crecimiento físico y desarrollo mental, la prevención de enfermedades, los cuidados al niño en el hogar y formas de solución – atención en casos de enfermedad; en base a los cuales se realizaron conclusiones y relacionamiento de las variables de exclusión social en salud. La línea de base realizada entre el Municipio de Saquisilí y UNICEF- INEC en el año 2000 sirvió como información complementaria y comparativa, se eligieron los resultados de algunas preguntas clave para la investigación cualitativa las mismas que, se analizan y relacionan entre sí.

CAPITULO III

EXCLUSION SOCIAL EN EL CANTON SAQUISILI

A partir del perfil de la exclusión social en Salud en el Ecuador (país) que dice:

“Las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión son las provincias centrales de la sierra ecuatoriana, en ellas se encuentra concentrada la mayoría de cantones y parroquias pobres del país, añadiéndose un factor mayor que son las provincias con mayor magnitud de población indígena”... (Villacrés y Yépez, 2001).

El lugar elegido fue Saquisilí – Provincia de Cotopaxi, este cantón representa un lugar clave por tener población mayoritariamente indígena, que habita en la zona rural y está ubicado en la Sierra Central, es decir aquellas condiciones que caracterizan a los excluidos en el Ecuador. Lo cual, analizado desde la perspectiva del estudio de caso permite enfocarse en una población específica, con el propósito de conocer y entender el fenómeno de la exclusión social, ya no con la visión país sino con interés en la diversidad y particularidades locales.

Ubicación geográfica

El Cantón Saquisilí está ubicado en la Sierra Central del Ecuador, a 13 km de la ciudad de Latacunga - Provincia de Cotopaxi y a 120 Km de la capital del Ecuador Quito. Tiene una extensión de 207,9 km² y se compone de una parroquia urbana: Saquisilí y tres parroquias rurales: Canchagua, Chantilin y Cochapamba.

El volcán Cotopaxi cercano al cantón, está calificado como riesgo volcánico medio para Saquisilí, mientras que la amenaza sísmica es de nivel máximo en esa zona (SIISE, 2003). El clima se considera seco/templado, con una temperatura media anual de 12° C. El cantón tiene como fuente de agua al río Pumacunchi y tiene bajo riesgo de sequía.

Población

Según el Censo de Población y Vivienda 2001 realizado por el INEC, la población del cantón Saquisilí era 20.815 habitantes de los cuales el 52,9% son mujeres. Al 2010, la población asciende a 25.320 habitantes con la misma relación en género que hace una década. La población rural representa el 74,8%. Por grupo de edad la pirámide poblacional muestra una población mayoritariamente joven (12.085 personas), entre 0 a 24 años representan el 58,1% del total. Tendencia que se ha mantenido pues en 2010 la edad media de la población es 26,5 años. La tasa de crecimiento poblacional 1990-2000 es 2,26, la tasa de crecimiento estimada para 2000 a 2010 es de 4,4.

La distribución de la población en el nivel parroquial, denota que los habitantes se asientan mayormente en comunidades dispersas y en la zona rural los asentamientos humanos no se concentran en las cabeceras parroquiales. En el caso de Canchagua siendo la parroquia rural con mayor población, tiene el 1% de su población habitando en la cabecera parroquial y el 99% diseminada en el resto de la parroquia, fenómeno que se replica con las demás comunidades. Saquisilí (nombre del cantón y a la vez de la parroquia que es cabecera cantonal), tiene poco más de la mitad de su población asentada en la periferia de la ciudad.

Pobreza

La exclusión por pobreza se manifiesta en la carencia de servicios básicos y en la falta de recursos monetarios para el consumo. Se estima que la pobreza por necesidades básica insatisfecha (NBI)²³ en Saquisilí afecta al 84,2% de la población y la pobreza extrema por NBI al 59,5% (SIISE, 2003), es importante recordar que esta cuantificación de población en situación de pobreza refleja un déficit de servicios esenciales. La incidencia de la pobreza en función del consumo es 68,4% y la extrema pobreza de consumo 36,8% (ECV, 2006), lo cual significa que casi las tres cuartas

²³ Definición del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador: “Se considera “pobre” a una persona si pertenece a un hogar que presenta carencias persistentes en la satisfacción de sus necesidades básicas incluyendo: vivienda, salud, educación y empleo” SIISE 2008.

partes de los habitantes del cantón no tiene acceso a la canasta básica de bienes y servicios y que poco más de un tercio vive en condición de indigencia, porque consume el equivalente (o menos) del costo monetario de una canasta de alimentos que cubre únicamente los requerimientos nutricionales de un hogar.

A nivel parroquial las desigualdades son evidentes, la parroquia que corresponde al área urbana tiene menores índices de pobreza por necesidades básicas insatisfechas e incidencia de pobreza de consumo (Ver ilustración 1). La situación de la parroquia Cochapamba que es la más distante del área urbana es crítica, al realizar la comparación con información disponible en 2004 y 2010, es visible la mejora en la capacidad de consumo de parte de la población, mientras que en cuanto a NBI no hay variación positiva ni negativa. Un aspecto importante a considerar es la inclusión de la tercera parroquia rural (Canchagua) en el cálculo de indicadores sociales de la fuente oficial del estado (SIISE 2008), que en 2004 no estaba disponible.

Tanto en los indicadores de pobreza como de pobreza extrema por necesidades básicas insatisfechas, es claro que el cantón Saquisilí tiene altos niveles de privación de necesidades básicas, lo que significa que más de la mitad de los hogares tienen carencias graves en el acceso a educación, salud, nutrición, vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo, se puede identificar a la mitad de población afectada por la exclusión social.

Educación

La tasa de analfabetismo de la población en el cantón Saquisilí en 2001 fue del 22,1%, con una marcada desigualdad frente a Latacunga (12,6%) a pesar de la cercanía geográfica, igualmente es menor respecto a otros cantones de la misma provincia. En 2010 el analfabetismo en mayores de 15 años afecta al 18,5%. Analizando por parroquias esa situación se agrava en todos los casos. Ver ilustración 2.

El analfabetismo limita la capacidad de participación de la población en procesos de desarrollo, democráticos, de integración intercultural y en actividades económicas con mejor remuneración. En el cantón Saquisilí el 39.5% de la población mayor de 15 años, está excluida de la oportunidad de participación en condiciones iguales que el resto de los habitantes (analfabetismo funcional), siendo este el indicador del cantón; mientras que a nivel parroquial en Canchagua esta situación afecta a casi la mitad de su población.

Desde el punto de vista de género, en todos los indicadores hay desventaja para las mujeres. Esto da muestra de una desigualdad en las oportunidades de acceso a la educación y muestra la diferencia social entre los géneros con respecto a las posibilidades de superación²⁴.

Por tanto en las parroquias del cantón Saquisilí el analfabetismo, provoca exclusión de los procesos de desarrollo mayormente a las mujeres, quienes se encuentran en desventaja tanto en el sector urbano como rural. En cifras agregadas la tasa de analfabetismo de este cantón es bastante elevada respecto al indicador nacional (9%). En la ilustración 2 se puede verificar que hay casi el doble de mujeres analfabetas respecto a los hombres y nuevamente se refleja el factor de la distancia como agravante de la incidencia del analfabetismo en Cochapamba.

Dado que la exclusión también se presenta en forma gradual, debemos considerar otros indicadores respecto a educación para analizar la situación de la población que siendo alfabeto no está integrada a actividades que le ofrecen un mejor nivel de vida. La escolaridad, que es el número promedio de años que se han aprobado en el sistema de educación formal para personas de 24 años y más, es muy baja en la población del cantón Saquisilí (4,5 años promedio). Esto indica que los conocimientos adquiridos son limitados y que la población no ha logrado concluir la educación básica, lo que significa también que fueron excluidos de sistema educativo. La relación entre número de años aprobados por hombres es mayor que los años aprobados por las

²⁴ Visto desde el punto de vista de desarrollo humano, como la necesidad de tener mayores conocimientos.

mujeres en todas las parroquias. Sin embargo, la situación actual de los niños y adolescentes entre 6 y 11 años de edad es alentadora, porque la tasa de asistencia básica del Cantón es cercana a 90%, lo cual es un logro en cuando a inclusión en el sistema formal de la población en edad de asistir a educación básica. Llama la atención las cifras relacionadas a la población que cuenta con instrucción superior, considerando que aquellas tienen mayor oportunidad de participar en cargos públicos y por tanto en la toma de decisiones, en las parroquias de Canchagua y Chantilín apenas una de cada 100 personas tendría esta posibilidad (aproximadamente 47 en Canchagua y 8 en Chantilín). Por otra parte está la oferta educativa, que es determinante en el momento de incluir o excluir a la población del sistema de educación desde la responsabilidad del estado, en el Cantón Saquisilí existen cuatro planteles públicos (gratuitos) y los profesores que poseen un título docente son el 18,4% (Censo Docente, 2000) mientras que los demás tienen otros títulos profesionales.

Infraestructura básica

En infraestructura básica se considera: las viviendas que tienen agua (red pública), viviendas que cuentan con sistema de alcantarillado (red pública), viviendas que cuentan con sistema de recolección de basura (mediante carro recolector) y viviendas que tienen servicio eléctrico (red pública). El indicador refleja en porcentaje si la población tiene acceso a todos estos servicios básicos, los cuales le proporcionan las condiciones mínimas esperadas para una vida digna y saludable.

En el año 2010 en el Cantón Saquisilí el 23,9% de la población cuenta con los mencionados servicios²⁵ lo cual significa un bajo nivel en infraestructura básica, puesto que el nivel óptimo es 100%, es decir el 76,1% de los habitantes están excluidos de los servicios básicos considerados beneficios del desarrollo. Según el Censo 2001 este porcentaje era del 72,3%. Las estadísticas a nivel parroquial reflejan las desventajas en el sector rural (Ver ilustración 3), corroborada en la observación de campo y en las

²⁵ Infraestructura básica- Servicios básicos: viviendas que tienen agua (red pública), viviendas que cuentan con sistema de alcantarillado (red pública), viviendas que cuentan con sistema de recolección de basura (mediante carro recolector) y viviendas que tienen servicio eléctrico (red pública).

entrevistas con la población. Sobresale la limitada disponibilidad de agua de red pública²⁶ y el masivo consumo de agua de ríos y acequias. Esto provoca un entorno de riesgo para la población y refleja la falta de acciones que son responsabilidad del gobierno local en provisión de servicios básicos. Las condiciones de exclusión se agravan por la dispersión geográfica de la población y porque la ausencia de estos beneficios (agua, alcantarillado, recolección de basura, servicios eléctrico y servicio telefónico) que influyen en su forma de vida y particularmente en el estado de salud.

En el servicio de alcantarillado de la zona urbana, las aguas residuales se tratan en lagunas de oxidación (depósitos al aire libre de aguas negras) pero no dejan el agua apta para consumo agrícola ni de animales sin embargo ese es su fin último. La mayor carga de contaminación proviene del camal municipal pues se evacúa en el alcantarillado de la cabecera cantonal. Ambos representan un problema de salud pública que afecta al cantón y las parroquias dependientes de las mismas fuentes de agua. En cuanto a recolección de basura en sector urbano y rural, los funcionarios municipales entrevistados consideran que falta colaboración de los habitantes para sacar la basura en los horarios y sitios establecidos lo cual ocasiona que se rieguen los desechos o sean consumidos por animales callejeros, esto sucede tanto en la cabecera cantonal como en las parroquias. El recolector municipal si llega a las cuatro parroquias una o dos veces por semana, por ello la población mantiene el hábito de quemar la basura en las calles o en los patios de la vivienda. El destino final de la basura es actualmente un motivo de alarma en el cantón pues cuentan únicamente con un botadero a cielo abierto, que no clasifica ni trata los desechos, es parte de los planes de largo plazo el relleno sanitario. Por otra parte una fundación ha iniciado el reciclaje de cartón y papel en la ciudad, para utilizarlo en confección de artesanía que elaboran personas con discapacidad.

En los últimos años ha sido preocupación de las autoridades crear espacios de recreación. El parque ecológico temático Cachipamba está construido parcialmente y hay poca integración de la población a este espacio, sin embargo está destinado a cubrir

²⁶ La provisión de agua es racionada por horas, el 39,5% de las viviendas tiene 8 horas de agua al día.

las necesidades de esparcimiento y recreación de la población. El diseño del parque busca promover el equilibrio hombre naturaleza, tiene una zona verde con jardín botánico y vivero de plantas, una laguna natural recuperada y canchas deportivas, pista de bicicletas y senderos de caminata, este se convertiría además en lugar turístico y su parte alta en mirador. Además las adecuaciones en parque central de la cabecera cantonal han logrado retomarlo como un espacio de socialización y encuentro de los habitantes, iniciativa que están tomando también las parroquias. Los espacios deportivos han sido apoyados por el gobierno local, actualmente todas las parroquias cuentan con un estadio de fútbol para las ligas barriales.

Vivienda

El hacinamiento es elevado en el cantón, puesto que el 38,1% de los hogares hay hacinamiento²⁷. Al relacionar esta cifra con el número de viviendas particulares y el número de ocupantes se nota que el promedio de ocupantes por vivienda es 5 personas, por lo cual se hace necesario analizar la distribución del espacio en el hogar y el tipo de viviendas, que podrían provocar este hacinamiento cuando el número de personas por familia es entre 4 y 5. La mayor parte de la población habita en casas o villas (75,6%) y las viviendas del cantón que tiene uno o dos cuartos son el 60%, lo cual explica en parte el fenómeno de hacinamiento que en el caso de Ecuador tiene que ver con la forma de vida y las costumbres locales, así como con el clima. Respecto a vivienda tipo construida por Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda en 2009 existe dificultades para su uso por no estar culturalmente adaptadas, lo cual ha sido contraproducente con la población. En cuanto al número de habitaciones, en el sector rural el 66% de las viviendas tienen 1 o 2 habitaciones, mientras que en el sector urbano son el 42%, es decir la mayor parte de la población urbana tiene 3 o más habitaciones en la vivienda, según el Censo 2001.

²⁷ Fuente: SIISE 2008, a partir de INEC, Censo de población y vivienda de 2001. “Hacinamiento: Se considera que un hogar está hacinado si cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve, en promedio, a un número de miembros mayor a tres. Se define como dormitorio a los cuartos o espacios dedicados sólo a dormir.”

Analizando desde el punto de vista de la calidad de la vivienda, hay que considerar la informalidad en la construcción, es decir, casas levantadas sin normas técnicas mínimas ni permisos municipales y los materiales con que fue edificada. Apenas tiene un año la regulación municipal que busca organizar estas deficiencias en el cantón.

Desde 2009 en el Cantón Saquisilí está vigente el código de arquitectura y urbanismo para controlar el incremento de viviendas y asentamientos humanos en el cantón, junto con ordenanza que regula las construcciones, ésta se basa en código ecuatoriano de construcción para precautelar la seguridad y habitabilidad de los hogares. Incluye disposiciones del consejo nacional de discapacidades para eliminar las barreras urbanas para personas con capacidades especiales. En la cabecera cantonal ya hay planificación urbana tanto para vivienda como para áreas de circulación y vías, por ejemplo la construcción de urbanizaciones nuevas en la periferia implica que por cuenta propia se haga la red para agua potable y el alcantarillado, así como se organice independientemente la recolección de basura, mientras el Municipio no tenga cobertura en las mismas.

Un factor de fuerte influencia en la salud de los habitantes del cantón es el uso de leña y carbón para cocinar, en Saquisilí (cabecera) el 38% de las personas la utilizan y el cuarto de cocina es dentro de la vivienda. Sucede en Canchagua para el 71,1%, Chantilín 54,6% y Cochapamba 73,1% (Censo, 2001²⁸) de la población.

La vivienda debe garantizar seguridad ante riesgos naturales (como sismos), protección del ambiente, un espacio digno para habitar y en el cual su ubicación no implique aislamiento e incomunicación (Torres, 1997:84). Para valorar la calidad de la vivienda, no se debe tomar en cuenta el tipo de materiales de construcción, ya que se puede hacer una vivienda segura con materiales de bajo costo o tradicionales, lo importante es la seguridad de la edificación. Sin embargo la limitación de los recursos económicos junto a la complejidad de los trámites de permiso para la construcción,

²⁸ Censo 2010, no publicó tabulación de esta pregunta. Se mantiene dato 2001.

provocan que las viviendas sean inseguras innecesariamente. Una política que integre las normas técnicas y sanitarias con los materiales de construcción tradicionales, podría disminuir la exclusión de vivienda digna en el Cantón. Esto implicaría una propuesta de integración de las costumbres y tradiciones de las comunidades y la valoración de la utilidad de los materiales para piso, paredes y techo según la zona climática junto con el asesoramiento y responsabilidad técnica del gobierno local.

Trabajo

En el cantón Saquisilí las principales actividades productivas son agricultura, ganadería, caza y silvicultura que ocupan al 55,1% de la población económicamente activa -PEA (8.527 personas mayores de 5 años) (Censo, 2001). Un grupo reducido (15,8% PEA) está dedicado a las actividades de comercio al por mayor y menor, el resto de la PEA se distribuye minoritariamente en las demás ramas de actividad.

La población inactiva es mayor que la PEA y están identificados mayormente como “solo estudiantes” (58,5%), lo cual es lógico desde el punto de vista de la pirámide de población del Cantón. La ocupación quehaceres domésticos representa el 35,8% de los inactivos y de este porcentaje quienes realizan el trabajo son 93% mujeres. La reflexión a partir de estos datos, es sobre los roles socialmente establecidos a cada género, donde las mujeres son las responsables del cuidado del hogar, lo cual ha significado que la población económicamente activa sea en un 60% de hombres. La cantidad de población inactiva que es más del 50% de población mayor de 5 años, esto indica la baja capacidad de generar ingresos monetarios individual y familiarmente, lo cual en una sociedad condicionada por la disponibilidad de recursos implica imposibilidad de acceso a servicios y beneficios institucionales²⁹.

En la actividad económica, la categoría de ocupación predominante en el cantón Saquisilí es “cuenta propia”³⁰ (50,1% PEA), es decir no hay poco empleo formal e

²⁹ Conforme al análisis teórico esto se podría concluir en exclusión por barreras económicas.

³⁰ Cuenta propia es distinto de patrono, socio activo o propietario. Lo cual se corrobora con la primera actividad productiva en el Cantón que es la agricultura, es decir la gente trabaja para su subsistencia.

ingresos discontinuos. Se debe poner especial atención a la categoría “trabajador familiar sin remuneración” que representa el 13,5% de la PEA, donde el 2,2% son niños entre 5 y 11 años. Esto pone en evidencia una organización social basada en la mano de obra familiar, la cual es el único patrimonio del hogar y por tanto incluye la colaboración de niños, niñas y adolescentes en las labores agrícolas. Los niños entre 12 y 14 años que trabajan y también estudian son el 8,1% (Censo, 2001) de la población de ese grupo de edad en todo el Cantón, pero en el nivel parroquial la que más cuenta con mano de obra infantil es Cochapamba con el 16,9%. Es indispensable relacionar estos indicadores con las condiciones de trabajo y los riesgos para la salud en el trabajo a los que están expuestos el 25,6%³¹ de los niños que trabajan en el Ecuador.

Adicionalmente están las actividades productivas como la turística una alternativa cierta de ingresos comunitario, se organiza en lo relacionado a aventura en el páramo y la gastronomía típica de la zona. Ya existe una experiencia de “micro-turismo” en Guaytacama que incluye recorrido por la zona y platos típicos. Existe también la visita a productores de artesanía en Tiloncocha y lugares de observación natural-científica de animales silvestres como garzas, patos, búhos y animales domésticos: llamas y alpacas, vinculados en su mayor parte a las visitas del tren.

En los últimos años se ha potenciado el comercio local, cuentan con visitas semanales de extranjeros que llegan en tren a la feria. La feria tiene gran movilidad humana y económica pues atrae a población de varias provincias incluidas las costeñas. Saquisilí se ha convertido en punto de encuentro para la compra mayorista de todo tipo de productos: granos, animales, verduras y tubérculos, ropa, artesanías y comida. Esta feria se organiza en múltiples sitios de la ciudad cada uno especializado en el producto que comercializa, por ejemplo la Plaza Juan Montalvo es el centro de compra-venta de artesanía mientras que alimentos se ubican en el mercado central y las calles aledañas. Con esta diversificación de las actividades la población obtiene mejores ingresos que aportan para mejorar su calidad de vida.

³¹ Modelo desarrollado por SIISE a partir de INEC, Encuestas urbanas de empleo, subempleo y desempleo, EUED: Módulo de trabajo infantil 2001.

Etnia

Se estima que más del 80% es población rural indígena (SIDENPE, 2003), lo que convierte a Saquisilí en un cantón de mayoría indígena en la Provincia de Cotopaxi. La población indígena de Saquisilí está identificada con la nacionalidad panzaleo y con la nacionalidad kichwua como agregado nacional³². Sin embargo según los datos del Censo 2001 el 46% de la población se auto-identifica como indígena, en 2010 es el 47,4%. En las entrevistas realizadas se pudo conocer que un 5% de la población del Cantón Saquisilí habla únicamente kichwua y más de la mitad hablaría únicamente español, es decir un grupo pequeño es bilingüe.

Seguridad alimentaria

La alimentación de la población, junto con el origen de los alimentos, la cantidad y variedad de los mismos, la capacidad para producirlos y la disponibilidad de recursos para comprarlos, son factores que influyen directamente en el estado de salud de las personas y se reflejan en los indicadores de nutrición. Las cifras en el cantón muestran que gran parte de los niños son afectados por la desnutrición crónica, que es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño/a y su edad, el indicador del cantón es 64,4% niños menores de 5 años con desnutrición crónica, por parroquias hay sectores con peor situación. (Ver ilustración 4)

Los resultados del III Censo Nacional Agropecuario 2000 indican que los productores agropecuarios 75% son hombres y la diferencia mujeres. El nivel de instrucción o educación de estos productores indica que el 49,8% ha terminado la primaria y que un 46,3% no ha concluido el nivel básico de educación, lo cual limitaría su capacidad para

³² Esta información proviene del levantamiento realizado por SIDENPE, Sistema de Información de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, SIISE Versión 3.5, 2003. No es una metodología validada por las organizaciones de pueblos y nacionalidades. Se cita esta estadística para mostrar la diferencia entre los estudios de población realizados por organismos del estado y dato del censo nacional que tiene 32 puntos porcentuales de diferencia.

producirlos en mayor cantidad y calidad. Esto fue corroborado en las visitas dónde encontramos que la mayor parte de la producción es para auto-subsistencia.

Existen otras condiciones que dificultan la producción de alimentos, el riego para cultivos en la provincia de Cotopaxi es sumamente escaso, apenas el 2,7% de las tierras productivas tienen sistemas de riego. Una oferta variada de es posible gracias a las ferias en el cantón que como se ha explicado, se ha convertido en un centro de comercio de la región sierra y costa para toda la provincia de Cotopaxi, entiendo que para ello es necesario disponer dinero (limitado según los indicadores de pobreza).

Los alimentos que se producen mayormente en la zona son los tubérculos (papas, zanahoria), además maíz, brócoli, cebada, zanahoria y habas, por tanto las vitaminas provenientes de las frutas y los alimentos con carbohidratos se deben buscar en el mercado local. La producción local de ganado es muy limitada, apenas el 3,8% (Censo Agropecuario, 2000) de las cabezas de ganado de la provincia pertenecen al cantón Saquisilí, por una parte debido a la escasa cantidad de pasto silvestre y cultivado y porque la mayor parte del territorio de la provincia es páramo. La provisión de cárnicos para el consumo humano en ferias y mercados no tiene el tratamiento adecuado es simplemente casero y artesanal, parte de ello se busca solucionar con el camal municipal, sin embargo queda sin control el transporte y comercialización que no cumple normas de higiene, como la cadena de frío, manejo y expendio seguro de carne.

Sobre la disponibilidad de medios de producción, el Municipio (Alcaldía 2009-2013) impulsa los huertos familiares en coordinación con MIES y MAGAP, es su objetivo de mediano plazo desarrollar fincas integrales que puedan abastecer de productos animales y vegetales para consumo local y para comercializarse en las ferias interprovinciales. La siembra de productos orgánicos orientados a mercados urbanos es un objetivo de largo plazo y que requiere una amplia gestión comunitaria.

Migración

La composición de la población tiene otra característica importante en cuanto a la procedencia de los grupos humanos, a diferencia de otros cantones, Saquisilí tiene una mínima migración desde otras provincias, es decir que quienes habitan el cantón son nativos en un 97% y de otras ciudades del país han llegado apenas un 3%. En la misma fuente de información, se indica que el número de saquisileños que han emigrado a otras provincias asciende a 223 personas (7%), de estos el 75% reside en Pichincha, datos que se refieren a una migración definitiva (Censo, 2001)

De las entrevistas realizadas en las parroquias y al personal de servicios de salud que realiza visitas domiciliarias en las comunidades³³, pude conocer que los padres de familia migran a las ciudades de Quito y Guayaquil en busca de trabajo temporalmente. Quienes se dirigen a la costa son principalmente de la comunidad de Salacalle, viajan de miércoles a lunes para vender los productos agrícolas, mientras en los hogares se quedan niños a cargo de las parcelas y los animales y en algunas familias ancianos que ya no pueden viajar. En la comunidad de Salamalag, la migración es hacia la ciudad de Quito, donde los adultos trabajan de lunes a viernes en el sector de la construcción y en el servicio doméstico, cuando se trasladan familias completas los niños venden caramelos en la calle. El problema de la migración se agrava en diciembre, cuando la mayoría de la población viaja a Quito con el fin de recibir ayuda en dinero, ropa o comida por la época navideña, tanto las actividades de salud como las escolares deben ser suspendidas ante la desolación de las comunidades. Situación que se ha disminuido en los dos últimos años (2008-2009), pero no ha desaparecido según la información brindada en el Municipio.

En la investigación realizada respecto a la **exclusión social** y sus factores en el cantón Saquisilí concluimos que:

- La exclusión por pobreza se manifiesta en la carencia de servicios básicos y en la falta de recursos monetarios para el consumo: en cuanto a NBI esta afecta a 8 personas de cada 10, es decir no tienen acceso a educación, salud, nutrición,

³³ Ver Capítulo II, Investigación Cualitativa - Grupos Focales, 20 de abril 2004.

vivienda, servicios urbanos y oportunidades de empleo; además 6 de cada 10 personas no tienen capacidad adquisitiva (monetaria) con lo cual no acceden a bienes y servicios con costo. En tal circunstancia el sistema público es accesible solo si garantiza que el dinero no sea un factor de exclusión.

- La exclusión por analfabetismo afecta a 18 de cada 100 personas, por lo cual están limitadas sus capacidades de participación en procesos de desarrollo, democráticos, de integración intercultural y en vincularse a actividades económicas con mejor remuneración. Al tomar el enfoque de género encontramos que el analfabetismo provoca exclusión de los procesos de desarrollo mayormente a las mujeres, quienes se encuentran en desventaja tanto en el sector urbano como rural.
- Las condiciones de exclusión en Saquisilí se agravan por la dispersión geográfica de la población y por la ausencia de infraestructura básica (agua, alcantarillado, recolección de basura y servicio eléctrico) que influyen en su forma de vida y particularmente en el estado de salud, ya que afectan de manera negativa a 7 de cada 10 personas. Esto provoca un entorno de riesgo para la población y refleja la falta de acciones que son responsabilidad del gobierno local en la provisión de servicios básicos, que en todos los casos desencadenan problemas de salud pública.
- En cuanto a vivienda, el hacinamiento en el sector rural del cantón Saquisilí es severo, ya que la mayor parte de las viviendas tiene una sola habitación; adicionalmente si más del 30% cocina con leña y dentro de la vivienda, esto implica exclusión de la población a una vivienda digna.
- La exclusión por barreras económicas se origina en el poco empleo formal e ingresos discontinuos que tiene la población económicamente activa. Se debe poner especial atención al “trabajador familiar sin remuneración” que representan 13 de cada 100 personas entre las cuales están niños entre 5 y 11 años. Conceptualmente esto se convierte en una desventaja (factor negativo o

excluyente) sin embargo culturalmente el trabajo familiar es aceptado y se vincula a actividades de subsistencia.

- Una evidencia importante de la exclusión social es la inseguridad alimentaria, al identificar que 6 de cada 10 niños padece de desnutrición crónica y que la mayor parte de alimentación proviene de agricultura de subsistencia que produce verduras y tubérculos, este se convierte en un problema sin resolver.
- En el estudio de Ecuador se identificó a los habitantes indígenas como los más excluidos, por tanto al tener un cantón con la mitad de su población auto-identificada como indígena la exclusión social se agrava por las diferencias culturales y de costumbres entre los integrantes de esta sociedad. La exclusión más evidente, es de quienes que no hablan español y por tanto tienen una barrera para integrarse y acceder a los servicios públicos.

CAPITULO IV

EXCLUSION EN SALUD EN EL CANTON SAQUISILI

En el estudio de caso del Cantón Saquisilí se ha investigado en la exclusión en salud en las dimensiones relacionadas con los servicios de salud, la situación de salud de las personas y la protección en salud por parte del estado.

Condiciones de la protección social en salud

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener la garantía de acceso a la salud en forma adecuada (OPS-OIT, 1999) por medio del sistema de salud, el cual está compuesto por tres subsistemas: seguridad social, subsistema público y subsistema privado.

En cuanto a la seguridad social, a nivel nacional en el año 2010 el 28,9% de la población trabajadora tuvo cobertura del seguro general y el 9,8% contó con un seguro privado. Comparado con las cifras nacionales el Cantón Saquisilí tiene menor cantidad población con protección social, ya que el 13,4% tienen seguro general y el 3,4% tienen un seguro privado (INEC, CPV 2010).

En el funcionamiento del sistema de salud, la situación nacional se replica en el nivel local: el Área de Salud tuvo baja influencia en la planificación, la priorización de necesidades, y limitada regulación y control. Esta situación ha mejorado desde la conformación del Comité Interinstitucional de Salud en el Cantón Saquisilí en 2004 y ha logrado el alineamiento de las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales al Plan de Desarrollo Participativo 2010-2015, es decir tienen metas comunes en el ámbito de salud preventiva y salud curativa entre los actores locales públicos y privados, lo cual es un hito en para la protección de la población. El comité interinstitucional de salud, está formado por todas las organizaciones que realizan

actividades de salud en el cantón, tanto públicas como privadas y por representantes de la sociedad civil organizada.

La institución con mayor cobertura de salud y más reconocida por la población es el Área No.4 de la provincia de Cotopaxi del Ministerio de Salud Pública, que tiene bajo su responsabilidad la atención de una población de 68.024 habitantes de los cuales el 30% corresponde al Cantón Saquisilí. El financiamiento proviene de recursos fiscales y hace algunos años del cobro de una tarifa única por consultas y exámenes de laboratorio (\$0,50) que se dejó de aplicar a partir del 2007. La provisión de servicios se organiza con la red propia que dispone del primer nivel de atención³⁴, hospital básico y emergencia 24 horas, los casos que demandan mayor complejidad son remitidos a Latacunga y excepcionalmente a Quito. La cobertura estimada de la población del Cantón Saquisilí es 47% atendida en un Centro de Salud-Hospital, dos Subcentros de Salud y cuatro puestos de salud, ubicados en el territorio del Cantón, puesto que hay otras unidades de salud dependientes del Área No. 4 pero pertenecen a otros cantones de la provincia de Cotopaxi. En el Área 4 del MSP, se debe destacar que las actividades con mayores coberturas corresponden a atención a menores de un año³⁵.

El seguro social campesino (parte de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS) cuenta con dos consultorios (Cochabamba y Yanahurco) atendidos permanentemente una auxiliar de enfermería en capacidad de proveer atención de primeros auxilios y tres veces por semana atiende un médico. Los afiliados acuden directamente al dispensario de Latacunga, esto significa que la protección de este seguro de salud no se otorga en el territorio del Cantón.

El Programa de Desarrollo del Área - PDA, es financiado por el organismo internacional Visión Mundial el cual recibe donaciones de ciudadanos australianos que “apadrinan” a un niño saquisileño menor de 12 años, le proporcionan a la familia una ayuda monetaria y recursos al PDA para actividades de educación para la salud (agua segura, nutrición, primeros auxilios), control anual integral con un equipo de médicos

³⁴ Primer nivel de atención: puesto de salud, subcentro de salud y centro de salud.

³⁵ Cifras desagregadas más adelante en Caracterización de la exclusión social en salud

generales y pediatras (médicos particulares), desparasitación, compra de medicamentos para enfermedades prevalentes, capacitación a parteras comunitarias y voluntarios de salud, esta iniciativa se está renovando en el 2010 y está en proceso de transferir sus capacidades a las dependencias del MIES y MSP. El programa ha posibilitado detección y tratamiento de enfermedades crónicas e incluso cirugías para los menores de edad beneficiarios del programa³⁶. La cobertura de atención fue del 10,7% de la población del cantón en 2004, para las comunidades ubicadas al oriente de la cabecera cantonal.

Iniciativas en años anteriores como el programa del Ministerio de Bienestar Social- MBS, Operación Rescate Infantil – ORI, atiende a 105 niños de Yantapugro, Cachiloma y Saquisilí Centro con atención de salud, nutrición y desarrollo psico-socio-afectivo, funcionó con recursos de origen fiscal, lo cual determina la cobertura así como la disponibilidad de recurso humano para la provisión de servicios. Similar situación es la del Instituto Nacional del Niño y la Familia - INNFA, que realiza actividades de prevención de salud y nutrición dentro del Programa de Desarrollo Infantil en doce comunidades³⁷. En el año 2010, entraron en etapa de reorganización y actualmente son parte del MIES-INFA con dos programas de atención: Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV) en donde se atiende a niñas y niños menores de 3 años y Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) que es la modalidad de educación a familias donde promotoras del MIES-INFA realizan visitas domiciliarias, actividades grupales con las familias y las orientan para que en sus hogares realicen, acciones que promueven el desarrollo infantil integral, estos centros han sido recientemente remodelados³⁸. No han publicado estadísticas de coberturas.

³⁶ Fuente: Entrevista funcionarios de PDA 16 mayo 2004, visita a comunidad de Calquin 17 mayo 2004.

³⁷ Comunidades Intervenidas: Chilla Grande, Quantug Chico, Canchagua, Pilligsilli y Chilcapamba Sur, Cuicuno, Pilacumbi, Mariscal Sucre, Pinlloloma, Mariscal Los Puentes, Salacalle, Salacalle El Tingo.

³⁸ www.infa.gob.ec, Junoi 2012: Plan de acción de mejoramiento se desarrolla en los cantones de La Maná, Latacunga, Salcedo y Saquisilí, ejecutando acciones como: adecuaciones en instalaciones eléctricas, construcción de cerramientos, arreglo de infraestructura de los CIBV, limpieza de vidrios y pisos, construcción y adecuación de juegos infantiles, elaboración de tapas de los tanques de agua, colocación de ventanas, limpieza de los canales de agua, readecuación del material didáctico, elaboración de móviles y pictogramas, arreglo de los pupitres, limpieza de escombros en los patios y calles, organización ejecutora y autogestión de padres de familia.

Del levantamiento de información sobre las acciones e intervenciones de las instituciones antes mencionadas, se puede concluir que la protección social en salud es limitada con respecto a las necesidades que tiene la población del Cantón Saquisilí, sin embargo la eliminación de cobro por los servicios y la entrega de medicamentos gratuitos ha satisfecho las expectativas de las personas que acuden a los servicios de salud públicos.

Los roles de cada institución han sido asumidos en pro del Plan de Desarrollo Local, con los compromisos adquiridos en el comité interinstitucional de salud y la participación de estos actores en la asamblea cantonal. Lo cual significa que en el nivel local ha tenido mejor resultado la organización del sistema de salud basado en la coordinación y comunicación entre los actores y no necesariamente por la separación de funciones.

Durante varios años la atención y orientación de los servicios estuvo centrada en la población de madres y niños pre-escolares, lo cual descuidó la atención de la salud de adolescentes, jóvenes, varones y ancianos. Desde 2008 el Centro de Salud-Hospital ubicado en la cabecera cantonal de Saquisilí implementó un consultorio especializado en adolescentes así como varios programas de información y educación para jóvenes, enfocados en salud sexual y reproductiva y prevención de consumo de drogas.

Las estrategias de aseguramiento fueron reemplazadas por la gratuidad en los servicios, incremento de unidades de salud y de profesionales de la salud desde el 2008, los resultados se reflejan en los indicadores de cobertura más adelante.

Caracterización de la exclusión social en salud

La caracterización de la exclusión social en salud (Metodología OPS-OIT, 1999), se realiza a partir de un conjunto de indicadores que permitan explicar el fenómeno y a la

vez entender su complejidad³⁹. Los indicadores se han agrupado respecto a tres dimensiones⁴⁰ para caracterizar a la población excluida: i) Cobertura, ii) Accesibilidad y iii) Estructura, procesos y resultados. Los datos son de corte transversal (última cifra disponible).

Cobertura

La cobertura en salud, es entendida como un conjunto de acciones⁴¹ de atención de salud y enfermedad que se debe otorgar a la población de Saquisilí por parte del subsistema público del Ministerio de Salud, debido a que es el único prestador permanente de servicios de salud.

La red pública del Ministerio de Salud, es la única organización en salud que presta servicios en todo el cantón, las demás organizaciones trabajan en comunidades focalizadas y esporádicamente, así como el seguro social campesino en dos comunidades específicas. La provisión de estos servicios es responsabilidad del MSP y responde a un plan operativo anual junto con programas prioritarios para la salud definidos desde el nivel central como: Inmunizaciones, Detección temprana de tuberculosis, Micronutrientes y nutrición (Mi papilla. Mi bebida, PANN), Maternidad Gratuita y Manejo seguro de desechos hospitalarios.

En el año 1999 las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública del Área No.4, atendieron a casi la mitad de la población (45,2% en todo tipo de consultas médicas. La tendencia de la cobertura ha sido creciente en los últimos diez años llegando en 2009 (199%) a ser cuatro veces mayor que en 1999. La interpretación de los datos y la ilustración 5, es fundamental para el análisis de la exclusión en servicios

³⁹ Estudio de Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, 2003; indica que, la medición de la exclusión en salud es un proceso complejo que debe considerar tres aspectos inherentes a su naturaleza: fenómeno multi-causal, heterogéneo y geográfico y dinámico..

⁴⁰ Tomado el término “dimensiones” según la terminología del Marco teórico y Enfoque metodológico de OPS-OIT, 1999, que se denomina también como enfoques metodológicos, perspectivas, categorías y/o fuentes de exclusión.

⁴¹ El conjunto de acciones de salud se define en base a la capacidad resolutoria de las unidades de salud, es decir el primer nivel: actividades de fomento, promoción y prevención de la salud, primeros auxilios, acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de salud con participación de la comunidad, atención de parto normal, atención ambulatoria (médico y enfermera), atención odontológica y servicios de diagnóstico de laboratorio clínico y ecografía.

de salud: teniendo una población estimada por año para al Área de Salud No.4, es necesario explicar la cifra que muestra una cobertura mayor al 100%. El primer supuesto es: en 1999 cuatro de cada diez personas acudían una vez al año en busca de atención en los servicios de salud, mientras que en 2009 cada persona acude (y es atendida) dos veces al año a los servicios públicos de salud. Nuestro segundo supuesto es: Las estimaciones de población posteriores al Censo 2001 no han reflejado el real crecimiento de la población del territorio que cubre el Área No.4 y por tanto el indicador supera el 100% por un bajo denominador. Tercer supuesto: siendo importante el incremento en el número de profesionales de la salud y la ampliación de los horarios de atención, el MSP ha logrado brindar cobertura a población de otras localidades fuera de su área de influencia, como por ejemplo las personas que acuden a ferias, por trabajo temporal o turistas.

Los datos para validar una de las hipótesis son el número de consultas subsecuentes frente al número de consultas de primera vez y consultas de salud preventiva, que de acuerdo a los datos de 2005 a 2009 son el doble las consultas de primera vez; con lo cual podemos concluir como válido el primer supuesto. Esto implica desde el enfoque de la exclusión en salud, que ha mejorado la cobertura de atención médica, ya que al 2009 se brindó a todas las personas la oportunidad de tener un diagnóstico y tratamiento.

Los indicadores de cobertura para la población infantil nos muestran por el contrario una tendencia decreciente, es decir que cada año están disminuyendo el número de atenciones médica para niños menores de 10 años. (Ver ilustración 6).

El conjunto de acciones que realiza el MSP para proteger la salud de la población del Área No.4 donde está incluido el cantón Saquisilí, se refleja en su modelo de atención que incluye promoción de la salud, prevención, programas específicos, atención médica. (Detalle se muestra en la ilustración 7).

El modelo de atención prioriza: atención primaria de salud, promoción de la salud, enfoque familiar, enfoque intercultural y financiamiento público. El objetivo de

este modelo es la atención integral así como la cobertura total de la población asignada, lo cual significa que en su concepción está orientado a superar la exclusión en salud. En el trabajo de grupo con el personal de servicios de salud, se evidenció que no siempre es posible cumplir con todas las actividades que se asignan a cada unidad operativa, por limitaciones de recursos humanos y financieros, en otros casos sucede porque si hay un programa específico que cumplir, el personal se dedica a dicha campaña y otras actividades quedan de lado. El modelo de atención actual ha evolucionado de acuerdo a las necesidades de la población y ha considerado también la realidad local, siendo posible de esta forma mejorar la protección en salud de la población.

Accesibilidad

La accesibilidad, se refiere a las condiciones de vida de un grupo humano que le posibilitan acceso a los servicios de salud. En este se presentan barreras de acceso económicas, geográficas y étnico/culturales, las mismas que además de exclusión provocan desigualdad. Las variables aquí presentadas se complementan con las que fueron objeto de análisis en el Capítulo III.

Son además condicionantes para el acceso a los servicios de salud:

- i. Ubicación geográfica de los establecimientos de salud: Las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública están ubicadas en los centros urbanos o en las áreas rurales más pobladas, esto provoca dificultades de acceso por la distancia y que no disponer de recursos monetarios para pagar un transporte sea una barrera para acceder a éste.
- ii. Disponibilidad de servicios públicos de salud: El índice de Oferta en Salud, muestra mejora tanto de recursos humanos como infraestructura de salud. En cuanto a horarios de atención el Centro de Salud ubicado en la cabecera cantonal que en 2004 atendía 8 horas al día, desde 2009 atiende 24 horas al día con servicios de emergencia y hospitalización, que en 2004

no se brindaba. Se han incrementado las especialidades médicas, esto implica mayor acceso a tratamiento especializado. Sin embargo esta mejora no se ha dado en proporción con el crecimiento de la población y de los problemas de salud. La asignación de recurso humano es principalmente en la zona urbana cuando la población del cantón es mayormente rural.

Estructura, procesos y resultados

Los ámbitos de estructura, procesos y resultados, permiten conocer las características del sistema local de salud (caracterización de la exclusión en salud). Se consideran variables sobre la disponibilidad de recursos humanos y recursos físicos, actividades propias de la atención de salud y provisión de servicios de salud y los resultados obtenidos en las condiciones de vida de la personas.

La “**estructura**” son los recursos necesarios para suministrar los servicios de salud y básicamente atención médica. Los indicadores que reflejan esta situación son el Índice de Oferta en Salud, el Índice Multivariado de Infraestructura Básica y el Presupuesto destinado a servicios de salud.

El Índice de Oferta en Salud (IOS) se estima por parroquias y cantones y está compuesto por los médicos/as que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes), personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos/as, obstetrices, enfermeras/os y auxiliares de enfermería y, establecimientos de salud sin internación en tasas calculadas por 10.000 habitantes⁴². Para el cantón Saquisilí este índice fue 47,3 en 2003 y para el 2008 es 60,6. Esto implica una mejora importante en la oferta de salud, porque tanto los recursos humanos como físicos que son parte de este indicador, han crecido positivamente.

⁴² SIISE 2003, Ecuación [IOS = 0,89 (médicos por 10.000 habitantes) + 0,87 (personal de salud por 10.000 habitantes) + 0,51 (establecimientos sin internación por 10.000 habitantes)]

En el indicador particular que se refiere al personal médico, considerando el estándar de 1 médico por mil habitantes, en el cantón Saquisilí a cada profesional le corresponden poco más de mil personas y se cuenta con una enfermera por cada cinco mil habitantes. Es evidente la deficiencia en el recurso humano⁴³. Sin embargo hay que reconocer la mejora con el paso de los años, las medidas como incremento de presupuesto para contratación de más profesionales de la salud, ampliar el horario de atención y mejorar la infraestructura y equipos de los servicios públicos, ha logrado mayor disponibilidad de recursos humanos y físicos en beneficio de la población. (Ver ilustración 8).

El presupuesto destinado a salud se analiza a nivel provincial por la disponibilidad de información oficial únicamente en ese nivel pero si permite hacer una estimación de la asignación per cápita en salud. La ilustración 9 nos muestra que la inversión en salud⁴⁴ fue en 2004 de cuatro dólares por persona (\$4,68), con un incremento a cinco dólares (5,79) en 2007 siendo el más alto de toda la serie y con una baja extrema en 2010 pues alcanza poco más de un dólar (1,31)..

Estas cifras muestran una debilidad estructural en cuanto a financiamiento para la protección social en salud, con crecimiento limitado y tendencia a la reducción que podría impactar negativamente en la población excluyéndola nuevamente del sistema de salud público. Estas cifras no tienen relación con la cobertura de los servicios de salud del Cantón Saquisilí, pues el número de atenciones médicas se ha incrementado en los últimos diez años y no así la asignación de recursos fiscales para la provincia asignados a través del Ministerio de Salud Pública (Ver Ilustración 9).

⁴³ En cifras comparativas, se muestra que a nivel país mientras en Ecuador contamos con 1 médico para 650 habitante, Cuba que tiene indicadores de salud exitosos cuenta con 1 médico para cada 170 habitantes.

⁴⁴ Tabla de datos de ilustración 9 considera: el presupuesto total de recursos fiscales del Ministerio de Salud en la provincia de Cotopaxi dividido para la población del respectivo año y obtiene la inversión en salud per cápita, es un valor referente de la asignación del estado no es el gasto en salud.

Los “**procesos**” son todas las actividades de salud (provisión de servicios) que se realizan en las unidades operativas y que transforman los insumos humanos, materiales y económicos con el objetivo de lograr una mejor situación de salud.

Vacunación

La vacunación con BCG, es el caso exitoso de la cobertura lograda por parte del Área de Salud No. 4, sin embargo otras de las vacunas esenciales para menores de un año llegan a poco más de la mitad de la población objetivo. La cobertura de vacunación se mejora y estabiliza en su indicador desde el 2005 años en el cual se cambia el esquema de vacunación y a través de la PENTAVALENTE se brinda mejor inmunización en menos visitas al médico, lo cual ayudó a superar la tasa de abandono estimada al 2003 en 96,1%, que es la diferencia entre la cobertura de la BCG respecto a la vacuna con la más baja cobertura DPT⁴⁵.

Las cifras de cobertura mayor al 100% en la vacuna BCG, se presentan según el personal del Área No.4, porque población de otros cantones acude al Centro de Salud-Hospital ubicado en la cabecera cantonal de Saquisilí dónde la vacunación es permanente y tienen disponibilidad de vacunas. (Ver ilustración 10)

En el grupo de población infantil de 1 a 4 años, caracterizado por una alta vulnerabilidad, las coberturas son muchos más bajas, considerando que ellos mantienen el esquema de vacunación tradicional apenas uno de cada diez niños tiene el esquema completo. De las vacunas correspondientes a su edad, menos del 15% completan las dosis necesarias para conseguir el efecto inmunológico deseado y únicamente la vacuna anti-sarampión ha podido superar este nivel en dos años específicos, siendo negativa la tendencia de cobertura durante toda la década.

En el año 2001 crece el porcentaje de vacunación por la campaña anti-sarampión, lo que induce a pensar que la socialización de esta actividad así como la

⁴⁵ DPT. Vacuna contra la difteria, poliomielitis y tétano.

visita domiciliaria para vacunación son estrategias que mejoran la cobertura y vencen barreras de acceso a este beneficio totalmente gratuito. En el año 2009 para este grupo de edad se aplica la PENTAVALENTE que refleja también mejora en la cobertura. (Ver ilustración 11)

En conclusión si se adapta el proceso, se obtiene mejores resultados y en este caso se superaron las barreras: la geográfica, porque el servicio se traslada al lugar de la necesidad, la barrera cultural por la difusión del beneficio de la vacunación y se simplificó el esquema de vacunación con la pentavalente.

La cobertura en vacunación para la mujer embarazada es positiva y creciente, indicador que tiene relación directa con el incremento de consultas de control prenatal, que se presentan más adelante. Esto significa mayor capacidad de protección a un grupo altamente vulnerable que es la madre y el niño. Su tendencia es creciente en la última década. (Ver ilustración 12).

En conclusión la vacunación como acción de salud pública que brinda protección masiva a la población, ha evolucionado favorablemente en la última década, lo que corresponde tanto a la acción del personal de salud como a la respuesta positiva de la población ante este beneficio.

Salud sexual y reproductiva

La cobertura de atención prenatal ha mejorado a partir de la construcción del Centro Materno Infantil, junto al Centro de Salud de Saquisilí el 2001 y más aún con la infraestructura brindada en los últimos años que lo convirtieron en hospital en 2006, pasando del 56% en el año 2000 al 167% en el 2009. Este indicador refleja la superación de una barrera importante de exclusión en salud de la madre y el niño, pues muestra como las madres en la actualidad acuden todas a un control prenatal y algunas de ellas a más de un control durante el embarazo (explicativo del indicador mayor al

cient por ciento). Lo cual sucede apenas del año 2003 en adelante, pero está lejos del estándar mínimo de 4 a 6 visitas al médico de cada madre durante el embarazo.

Mientras el cuidado pos-parto mantiene una cobertura baja y las madres no cumplen con el nivel de consultas de control esperado. Según el personal de servicios de salud del Área 4, esto se debe a que las madres acuden al control del recién nacido pero no solicitan consultas para sí mismas, además practican varios métodos caseros de recuperación por lo que el control médico no es considerado importante. En 2007 y 2008 el incremento de consultas de control prenatal se explica por la implementación del programa de alimentación complementaria pero en opinión de las autoridades fue decisiva la exigencia de este requisito para recibir el Bono de Desarrollo Humano. (Ver ilustración 13)

Las actividades de prevención en salud sexual y reproductiva llegan a un bajo porcentaje de las mujeres en edad fértil, se repite la eventualidad de una campaña de detección oportuna del cáncer, lo cual eleva considerablemente la cobertura en el año 2001, luego de lo cual las coberturas regresan al nivel del 10% de la población de mujeres en edad fértil y desde 2005 muestra una ligera tendencia creciente. (Ver ilustración 14).

Atención de partos:

El porcentaje de partos atendidos por personal capacitado al 2003 es 48,3%, en el análisis del período 1999-2009 la tasa de atención es creciente para la década analizada. El incremento del año 2003 se relaciona como ya se mencionó con la construcción del Centro Materno Infantil desde 2006 por el Hospital Cantonal⁴⁶, esto ha motivado a las madres para acudir a ser atendidas en los servicios del Ministerio de Salud Pública hasta lograr que en 2009 una cobertura del 62,7%. Cabe reiterar que los casos de parto con complicaciones son remitidos a Latacunga o Quito, es decir esta cobertura corresponde a partos normales. (Ver ilustración 15.)

⁴⁶ El centro de salud, ha mejorado en su misma ubicación física la infraestructura hasta ser en 2009 hospital cantonal y sigue siendo jefatura de área.

La relación con el lugar de atención del parto, el cual según la Línea de Base del Sistema de Información Local (SIL-UNICEF) realizado en el año 2000 con apoyo del INEC, confirma que la mayor parte de las madres acuden al sistema de salud público de su localidad. Como podemos observar en la ilustración 16, van cambiando las tendencias pues por el factor cultural, los partos son 53,5% en servicios públicos, seguidos del 19,2% en el hogar. Lamentablemente la encuesta ENDEMAIN del 2004 no tiene indicadores cantonales por lo cual no se pudo contrastar esta información con datos más actualizados.

Los “**resultados**” se reflejan en la situación de salud: la morbilidad de la población del cantón y en la mortalidad, analizados a partir de indicadores de vigilancia epidemiológica.

Morbilidad

Las principales causas de enfermedad en la población se relacionan con las condiciones de vida y salubridad en el hogar, en la ilustración 17 se muestra que la población es mayormente afectada por enfermedades digestivas y enfermedades respiratorias, esta última con un importante crecimiento en 2009 por la pandemia de Influenza. Estos problemas de salud superan en gran número de casos, a las siguientes patologías en orden de frecuencia que son enfermedades del aparato reproductivo en la cual la más común es infección a las vías urinarias y es seguida por enfermedades de la piel.

En el análisis por grupos de edad tenemos:

Los problemas de salud no han cambiado en los últimos años, las enfermedades en los menores de un año más frecuentes siguen siendo del aparato respiratorio y aparato digestivo. Dada la disponibilidad de datos del 2005 al 2009 correspondientes a toda la gestión del Área No.4, en la ilustración 18 se evidencia la presencia de la pandemia de influenza en 2009 que agrava los problemas respiratorios en los niños. Mientras las

enfermedades digestivas (parasitosis, E.D.A.) y la desnutrición son un problema que se mantiene en número de afectados a través de los años. Este perfil epidemiológico nos indica que las causas de morbilidad están vinculadas a factores prevenibles con la inmunización, consumo de agua segura, buena alimentación, entornos saludables y son aquellas enfermedades consideradas de la pobreza, es decir la situación económica de la población del cantón incide negativamente en la salud de los niños.

Respecto a la población más joven (mayores de 1 año y menores a 20 años), se ha considerado necesario separar las principales causas de enfermedad pues son el grupo más grande en la pirámide de población. En este caso el sistema de salud público de la localidad sigue afrontando los mismos problemas de salud entre 2005 y 2009 y sus acciones no logran incidencia en los resultados de salud. Las principales enfermedades en este grupo humano son del aparato respiratorio y digestivo que se incrementan del 2006 en adelante, las enfermedades del aparato reproductor, enfermedades de la piel y desnutrición continúan como causas del deterioro de la calidad de vida y en consecuencia provocan exclusión. (Ver ilustración 19).

Mortalidad

Los indicadores de mortalidad para el año 2003 corresponden a cifras provinciales debido a que la fuente de información disponible es el INEC. En Cotopaxi la tasa de mortalidad general es 6,3 por mil habitantes y está sobre la tasa nacional (4,5). La tasa de mortalidad infantil registrada por mil nacidos vivos es 34,8 mientras que la tasa de mortalidad infantil estimada es 45,6 por mil nacidos vivos, una cifra alarmante y que bien podría reflejar la verdadera situación considerando los problemas de subregistro. Este indicador tiene especial importancia porque refleja el estado de salud de la madre y el niño durante el primer año de vida, es muy sensible a los cambios en las condiciones sanitarias y otros factores sociales, por tanto indica el alto riesgo de este grupo de población en la provincia y muestra las consecuencias del déficit de servicios básicos, saneamiento y protección social. La mortalidad materna como indicador directamente relacionado tiene una tasa de 83,8 por cien mil nacidos vivos.

Para el año 2009 los indicadores de mortalidad no varían sustancialmente a nivel nacional, pues la tasa de mortalidad general en Ecuador es 4,3 apenas dos décimas menor. En Cotopaxi sin embargo la tasa de mortalidad infantil registrada por mil nacidos vivos baja a 20,6 y ya existen disponibles datos por cantón: en Saquisilí la tasa por mil nacidos vivos es 26,4. Sin duda se han logrado algunos cambios en el estado de salud de la madre y el niño, que como se mostró anteriormente también ha mejorado en su cobertura de salud.

Los indicadores de las principales causas de mortalidad en la población en los últimos cinco años, nos muestran en parte la dificultad para determinar la causa de muerte y por otro lado el apareamiento de muertes por violencia y por cáncer, que en años anteriores no se presentaba o no se registraba como tal. (Ver ilustración 20). Merece especial atención que la segunda causa de muerte en algunos los años es la “senilidad” (vejez). Además la alta incidencia de enfermedades del sistema respiratorio, se refleja en este indicador pues parte de la población fallece por complicaciones de enfermedades respiratorias como neumonía y bronquitis.

En el estudio y análisis de la exclusión en salud en el Cantón Saquisilí concluimos que:

- En protección social en salud que tiene la población en Saquisilí encontramos que, 13 de cada 100 personas son parte del seguro general público y 3 de cada 100 tienen un seguro privado, lo cual nos confirma la imposibilidad de 87 de cada 100 habitantes para obtener la garantía de acceso a la salud en forma adecuada. A esto podemos sumar la población que accede al sistema público: 47 de cada 100 personas atendidas; aún así quedan excluidos 37 de cada 100 habitantes de la atención de salud, siendo este el grupo humano sin las condiciones de protección social en salud necesarias.
- En el estudio de las dimensiones que caracterizan a la exclusión/inclusión social en salud, se obtuvimos que:

- En cuanto a “cobertura” comprobamos que en 1999 cuatro de cada diez personas acudían una vez al año en busca de atención en los servicios de salud, mientras que en 2009 cada persona acude (y es atendida) dos veces al año a los servicios públicos de salud. Esto implica desde el enfoque de la exclusión en salud, que ha mejorado la cobertura de atención médica, ya que al 2009 se brindó a todas las personas la oportunidad de tener un diagnóstico y tratamiento. A pesar de que la tasa de cobertura de la seguridad social no se traduce directamente en mayor cobertura, en el Cantón Saquisilí el 7,94% de la población aporta a un seguro (Censo 2010), está muy distante de la cobertura nacional que es 16,5%.

- La dimensión accesibilidad, tiene mantiene como principal barrera la geográfica (distancia entre el servicio de salud y la población), mientras que ha superado la disponibilidad del servicio pues éste ha pasado de 8 horas en 2004 a 24 horas al día, en 2010. La barrera económica en los servicios de salud se ha superado, pues a partir de 2007 todas las prestaciones que se brindan en las unidades del MSP son gratuitas y desde el 2009 incluso los medicamentos entregados son gratuitos.

- El la dimensión del sistema de salud que se analiza a partir de estructura, procesos y resultados, concluimos:
 - Encontramos que para el cantón Saquisilí las condiciones de estructurales variaron positivamente, pues el índice de oferta en salud fue 47,3 en 2003 y en 2008 fue 60,6, esto implica una mejora importante tanto los recursos humanos como físicos que son parte de este indicador. Sin embargo en los recursos económicos el presupuesto anual per cápita en la provincia de Cotopaxi pasó de 4,68 dólares por persona en 2004 a 1,31 dólares por persona en 2010, es decir el incremento no fue proporcional al crecimiento de la población. Estas cifras muestran una debilidad estructural en cuanto a financiamiento para la protección social en salud.

- En cuanto a procesos, se evidenció que aquellos que se han adaptado a la realidad local han podido superar la exclusión en salud como el caso específico de la vacunación (madres y niños), porque el personal de salud se traslada a las comunidades, con la labor de difusión (promoción y publicidad) se superó la barrera cultural y se simplificó el esquema de vacunación con la pentavalente (menor número de visitas al médico para completar el esquema). Un proceso que cambia positivamente en el Cantón Saquisilí es el cuidado de la madre durante el embarazo, ya que en el año 2000 56 de cada 100 mujeres embarazadas acudían a control prenatal, mientras que en 2009 todas las mujeres embarazadas son atendidas al menos una vez durante la gestación; ciertamente esto ha reducido la exclusión de salud en este servicio, pero no llega al nivel deseable de al menos 6 controles durante el embarazo. En el análisis de la atención de parto, encontramos que en 1999, 27 de cada 100 partos fueron atendidos por personal capacitado mientras que en 2009 fueron 62 de cada 100 partos; con lo que es visible la mayor inclusión de la población de mujeres y niños en el sistema de salud público.

- El análisis de los resultados de salud, nos permitió entender las causas y las consecuencias de las condiciones de vida de los habitantes de Saquisilí, expresadas en las enfermedades más frecuentes y sus determinantes. Con esto, fue posible establecer factores comunes en los grupos que son más afectados por la exclusión en salud (ausencia de salud y bienestar= mayor presencia de enfermedades); estos son: pobreza, entorno poco saludable, deficiente alimentación y nutrición y carencia de agua segura. Las enfermedades respiratorias son las más frecuentes en todos los grupos de edad y en segundo lugar están las enfermedades digestivas, tanto en niños como en adultos.

- En cuanto a causas de mortalidad en la población, el indicador que expresó de mejor manera las consecuencias de la exclusión es la tasa de mortalidad infantil, ya que es muy sensible a los cambios en las condiciones sanitarias

y otros factores sociales, se destaca la reducción de muertes infantiles de 45,6 por mil nacidos vivos en 2003 a 20,6 por mil nacidos vivos en 2009. Finalmente, en los indicadores de mortalidad general encontramos una nueva evidencia del impacto de las condiciones sociales en la exclusión en salud, a partir de 2006 crece el número de muertes ocasionadas por violencia.

CAPITULO V

DERECHO A LA SALUD EN EL CANTON SAQUISILI

La relación de la exclusión social en salud con el ejercicio del derecho a la salud, implica a las acciones tanto del gobierno nacional y local, instituciones de salud pública y privada, medios de comunicación, como de las organizaciones sociales, comunidades, familias y personas, puesto que en el enfoque de los derechos, los deberes y responsabilidades son del estado y de la población.

Organización Social

La base de la organización comunitaria⁴⁷ es la pertenencia territorial, familiar y cultural.

El estado civil predominante en el área urbana es casado, que incluye al 36,7% de los mayores de 12 años y es muy cercano al porcentaje de población soltera. Mientras que en el área rural aquel es mayoritario, puesto que el 51,8% de la población declara estado civil casado, seguido por un 37,5% de solteros (Censo, 2001). Esto implica una organización familiar muy vinculada a la ley civil y a la institución social que es el matrimonio, lo cual sobresale en la población rural y debe ser considerada como una importante característica de grupo humano, es decir la organización basada en la familia puede ser considerada como un factor de integración social de los miembros de una comunidad.

La población está organizada en 45 comunidades indígenas de las cuales 42 integran la organización social de segundo grado Jatun Tandanacui Runacunapac

⁴⁷ Las comunas y comunidades en nuestra Constitución 2008 tienen el reconocimiento y garantía de derechos colectivos, en cuando a la organización social: "... mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social" y "...Conservar y desarrollar sus propias formas de convivencia y organización social...".

Incashimipi Uyasha Ninchic JATARISHUN⁴⁸. La organización se conforma con un representante de cada comunidad, entre los cuales se eligen los representantes para las elecciones seccionales. Los acuerdos y designaciones se realizan por mayoría simple, su organización y participación en salud se analiza más adelante.

En el cantón prevalecen las formas de trabajo tradicionales que promueven los lazos de solidaridad y reciprocidad, los cuales han logrado mantener un alto grado de cohesión social, existen el randimbo: intercambio de fuerza de trabajo entre los miembros de una misma comunidad; mediería: convenio de aportes de factores de producción para producción agropecuaria; minga: trabajo colectivo convocado por las organizaciones de base o por instituciones para realizar procesos productivos comunitarios u obras de infraestructura de beneficio común.

Las formas de organizaciones sociales son principalmente: comunitaria y barrial, las cuales implican una inclusión/exclusión basada en el territorio. La organización comunitaria es propia del sector rural, formalizando la tradicional comunidad andina, de manera que sea un organismo jurídico capaz de negociar en beneficio de la comunidad.

Las organizaciones barriales son exclusivamente del área urbana, de 33 barrios 3 cuentan con personería jurídica y 28 con representantes y directivas electas. Sus objetivos son la representación de las aspiraciones de los barrios ante las autoridades locales y nacionales.

La instancia de autoridad máxima del Cantón es el Cabildo que comprende presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, síndico y los vocales designados por la Asamblea General⁴⁹.

⁴⁸ Traducción del quichua: Unión de organizaciones indígenas y campesinas del cantón Saquisilí “LEVANTATE”.

⁴⁹ Municipio de Saquisilí, Ordenanzas del Consejo Cantonal de aplicación a la Ley de Régimen Municipal.

Las diversas organizaciones tienen la característica común de integración por afinidad de intereses y objetivos, impulsadas por el movimiento indígena que ha cambiado la forma de administración y gestión en el cantón y ha conseguido que las poblaciones más apartadas y excluidas de la vida social se integren.

Establecimiento de políticas públicas saludables

Las políticas locales tuvieron un proceso de construcción y tienen la visión de desarrollo y gestión participativa instituida mediante el Comité de Desarrollo Cantonal⁵⁰. Este está conformado a su vez por comités interinstitucionales, que en el caso de salud agrupa a las instituciones que realizan gestión de salud en el cantón y a los representantes de las comunidades en el “Comité de Salud y Saneamiento”. Es importante resaltar que el Ministerio de Salud Pública tiene dos representantes en el comité, uno por parte del Área de Salud No. 4 y otro de la Dirección Provincial de Salud Indígena de Cotopaxi. Este comité inició en 2004 y hasta el 2010 continúa sus reuniones y coordinación.

En 2003 el Comité de Salud consensuó los lineamientos de acción, que pueden considerarse la base de la formulación de políticas en salud:

1. Concertar anualmente la planificación de actividades de salud, en base a los objetivos del plan participativo de desarrollo de Saquisilí;
2. Ampliar la cobertura de salud basados en la Ley de Maternidad Gratuita y la Atención a la Infancia y la Atención Primaria de Salud;
3. Organizar redes de servicios de salud;
4. Conformar el Fondo Cantonal de Salud;
5. Evaluar y monitorear la situación de salud con la herramienta del Sistema de Información Local (SIL-UNICEF), para promover observación y participación ciudadana y orientar la toma de decisiones;

⁵⁰ El Comité de Desarrollo Cantonal, que fue creado mediante ordenanza, publicada en el registro oficial No- 347 del día lunes 27 de diciembre de 1999, como un órgano adscrito a la Ilustre Municipalidad de Saquisilí, que orientará su trabajo a favor del desarrollo integral de las comunidades indígenas, los sectores campesinos, urbanos y urbano marginales del cantón Saquisilí.

6. Realizar una propuesta de descentralización en salud para la socialización y discusión cantonal; e,
7. Impulsar la construcción de espacios saludables y de recreación. (Acta Comité, 2004)

El proceso de construcción de políticas de salud se da a partir de estos lineamientos, los mismos que son sujetos a revisión y análisis durante la asamblea cantonal que se lleva a cabo cada año en la mesa de diálogo de salud. Sus integrantes revisan y mejoran el trabajo del comité (algunos de ellos son del comité también) y lo presenta para la aprobación de la asamblea. En 2009 las políticas del comité de salud se mantuvieron en los puntos 1, 2 y 7, por la nueva constitución y las prioridades nacionales establecidas en los últimos años.

La Asamblea Cantonal sigue siendo la máxima instancia para la aprobación de planes y proyectos anuales y ha mantenido los diversos comités en los cuales participan los ciudadanos organizados y las instituciones de los diferentes sectores: educación y cultura, salud, desarrollo urbano, niñez y adolescencia, más recientes son el comité de medio ambiente y comité de seguridad ciudadana. El Plan Cantonal construido hace 6 años iniciará su proceso de evaluación para convocar a una actualización participativa.

Análisis de viabilidad para la construcción de políticas de salud

En 2004 fue posible analizar la viabilidad de la construcción de una política local de salud como un medio de apoyo e impulso al establecimiento de políticas de salud. Para el efecto se utilizó la metodología del análisis de interesados (OPS-OMS, 2001), con la colaboración del Comité Interinstitucional de Salud. Se obtiene un valor cuantitativo, pero se interpreta cualitativamente porque es subjetivo y refleja la percepción propia de los integrantes sobre su situación. Los resultados constan en la ilustración 21.

Los actores se distinguen entre participantes directos e indirectos. Los primeros con el mayor nivel de responsabilidad y decisión y los segundos, los que se integran al grupo decisor mediante sus representantes locales. El poder refleja el grado de participación activa para impulsar una iniciativa sobre la salud del Cantón y se valora

como bajo, medio y alto. La posición se califica si es a favor “1” o en contra “0” de los lineamientos antes mencionados. El impacto es el resultado de la multiplicación de las dos calificaciones y refleja el grado de influencia de cada actor sobre el establecimiento de la política.

Los participantes directos están identificados en el Municipio de Saquisilí y el Área No.4 del Ministerio de Salud Pública, los dos recibieron la calificación más alta en cuanto a poder de decisión y 1 por liderar la iniciativa (lineamientos de política) porque es obvia su posición a favor, por tanto son los actores de mayor impacto para construir la política de salud.

Los participantes identificaron por separado de la Dirección de Planificación del Municipio de Saquisilí, esta instancia ha tomado un rol importante y actúa como mediador entre la sociedad civil y las organizaciones de salud, porque quienes la integran son parte del movimiento indígena. Su rol se identifica como coordinador y organizador pero en impacto obtiene un puntaje de 3 que es igual o mayor que el de algunas instituciones, por tanto es un actor importante y debe considerarse como tal.

Los participantes indirectos son las organizaciones que realizan salud en el cantón y la organización Jatarishun. El impacto más alto tiene la organización indígena, en igual cantidad que el Municipio y el Área de Salud, esto se explica porque los participantes coincidieron en que ninguna de las estrategias o acciones de salud funcionan si no se cuenta con la participación de la organización Jatarishun, además la iniciativa de la política de salud tiene su apoyo. A continuación está como participante indirecto UNICEF que ha liderado varias acciones, como por ejemplo la línea de base del año 2000 y la implementación del sistema de información local, por ello los participantes le otorgan una calificación media de poder y lo ven como un actor su apoyo para la política. Le siguen dos organizaciones privadas sin fines de lucro, que son el Programa de Desarrollo de Área y el Proyecto Credi-Vida de la Pastoral Social ambos tienen intervenciones focalizadas y sus mismos representantes manifestaron que

tienen poca influencia sobre las iniciativa por ello se le otorgó calificación baja. Su posición es a favor de la iniciativa de política de salud.

Hay dos actores poco involucrados, por una parte la Dirección Provincial de Salud Indígena a la cual se le reconoce con poder medio sobre las decisiones pero como opositor de la iniciativa de política. De las impresiones recogidas se puede concluir que la Dirección Provincial de Salud Indígena de Cotopaxi trabaja de manera centralizada con la Dirección Nacional localizada en Quito y por tanto sus objetivos e iniciativas se dan con la dirección de la administración central y no se articulan al nivel local, a menos que tengan un interés en común y por el momento esto no sucede.

Por otra parte están las instituciones gubernamentales de asistencia infantil, el poder que tiene es calificado como bajo y se acordó entre todos los participantes ponerle una calificación de opositor a la iniciativa porque no acuden a las reuniones del comité interinstitucional de salud y no se han integrado a ninguna de las acciones de salud que se han dado desde la conformación del comité.

En resumen, el análisis de interesados nos mostró que dos son las instituciones con mayor impacto: Municipio y Área de Salud. Los actores tienen un mismo nivel de representación y negociación, pero como se ha visto la participación de cada uno tiene diferentes impactos y en consecuencia diferentes resultados. La suma de las voluntades de esta forma analizada, indican favorable viabilidad para el establecimiento de una política de salud, a partir de estos primeros lineamientos planteados por el Comité Interinstitucional de Saquisilí.

Estrategias y acciones para impulsar la consolidación de la política de salud.

Existe además otro componente de viabilidad para la construcción de la política que es los resultados mostrados por las organizaciones de salud y que se reflejan en respaldo de la comunidad. Los resultados puntuales al respecto han sido:

- i. El Área No. 4 del Ministerio de Salud Pública en coordinación con el municipio logró tener el horario de servicio de atención de emergencias las 24 horas. Consultada la opinión de algunos habitantes de la zona urbana, indican que este servicio les permite acudir a la atención médica a cualquier hora del día y obtener una respuesta inmediata a su necesidad de salud.
- ii. La participación de UNICEF en el Comité Interinstitucional de Salud y Saneamiento, ha propiciado la creación del Sistema de Protección de la Niñez y Adolescencia, así como la difusión del Código para generar en la población conocimiento y exigibilidad de los derechos de niños y adolescentes.
- iii. Con el objetivo de ampliar la cobertura, la acción inmediata del Municipio con la organización indígena Jatarishun, ha sido difundir el contenido de la Ley de Maternidad Gratuita, beneficiarios y beneficios por medio de la estación de radio del cantón con traducción de todo el contenido del material de promoción existente al idioma quichua.

Estas acciones han generado una favorable respuesta de la población y han mejorado su opinión sobre los servicios de salud, por tanto se puede pensar en un respaldo para las iniciativas de política cuando sean presentadas a la asamblea cantonal.

Creación de entornos propicios para la salud

La creación de entornos saludables está condicionada por el factor provisión de servicios básicos (agua de red pública, alcantarillado, eliminación de excretas, recolección de basura y electricidad), debido a su baja cobertura y la imposibilidad de abastecimiento en el mediano plazo.

El plan de urbanización y regulación de las construcciones y uso del suelo que aplica el municipio desde hace dos años, busca mejorar las condiciones del entorno pues como se vio en el capítulo 3 hay riesgos de contaminación y en consecuencia insalubridad para los habitantes. Actualmente el Municipio apoya en la promoción de la

salud individual mediante la gestión y el control en cuando a normas que evitan la contaminación de agua, aire y suelo; prevención de delitos y accidentes, control sanitario en comercios, comedores, mercados y saneamiento en la zona urbana.

Así mismo se planteó ya que en el sector urbano el problema fundamental es la falta de alcantarillado y en el sector rural el hacinamiento de las viviendas. Todo esto provoca que tanto en las residencias, como en los centros de estudio y lugares de trabajo, no existan condiciones de salubridad.

En conclusión no se puede hablar de que en Saquisilí existan entornos propicios para la salud, partiendo de que no se cuenta con las condiciones básicas de saneamiento. Es evidente que las autoridades impulsan la creación entornos saludables pero en ello debe estar involucrada directamente la población.

Participación de las comunidades

La participación social en salud, es mayoritariamente por parte de la organización que representa a la mayoría población: la organización indígena y campesina de segundo grado⁵¹ JATARISHUN. Realiza actividades de apoyo al desarrollo de sus organizaciones relacionadas con salud, educación y medio ambiente y es reconocida su capacidad de convocatoria y movilización (Aimacaña, 2003: 65), aunque hasta la fecha se ha utilizado solamente con fines políticos.

Las restricciones para la comunicación con los habitantes indígenas y del área rural tienen un importante efecto en la salud. Al respecto de este tema, la información recogida en las entrevistas en el Área de Salud No. 4, muestra que en opinión del personal de servicios de salud (jefe de área, médico y enfermera), las comunidades rurales ponen una barrera para el acceso a la información y a la situación de salud de los hogares indígenas. Según indica el personal de los servicios de salud esto se expresa

⁵¹ Organización de segundo grado es la denominación de las organizaciones indígenas que agrupan a las comunidades de un cantón, su nombre corresponde a la división territorial y al número de comunidades forman parte de esta.

en que se “ocultaron” brotes de viruela y salmonelosis, con lo cual se produjo un contagio masivo sin que las autoridades de salud pudieran intervenir a tiempo para controlar la epidemia.

La instancia de participación en los servicios del Área de Salud No.4, son los comités de usuarias (concebido como grupo femenino), que además de su vigilia sobre el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, son las gestoras de los compromisos de madres y niños con los programas de educación para la salud, prevención de enfermedades, programa de inmunizaciones y programa de alimentación y nutrición. Esto hace pensar que la participación está ligada a la prestación de servicios, es decir no es espontánea o no hay participación en salud fuera de las unidades de salud del MSP, esto se explica por el contexto actual donde los servicios de salud formales no se considera un beneficio sino una necesidad o un requisito para acceder a otro beneficio. Desde el enfoque de derechos las acciones sociales en salud podrían darse en espacios públicos, en unidades educativas, en las asambleas cantonales y en las mismas comunidades, para tener un real ejercicio del derecho a la salud y de participación en salud.

En los últimos años un espacio que ha potenciado la participación comunitaria es la Junta de Derechos, especialmente en cuanto a participación de mujeres y jóvenes, pues a través del mismo ha sido posible motivar mayor organización comunitaria, mecanismos de elección de representantes, mecanismos de reunión y convocatoria, mecanismos de presentación de propuestas y/o recepción de demandas, que llegan a las autoridades del Cantón.

Este capítulo proporciona tiene un fuerte componente de análisis cualitativo y se enfoca en la construcción de la política de salud; podemos concluir que:

- El resultado del ejercicio del derecho a la salud en el cantón Saquisilí, nos muestra que las responsabilidades del estado son asumidas paulatinamente con miras a la protección integral y requiere más apoyo y compromiso de los

habitantes en las actividades de salud comunitaria para obtener verdaderos cambios en el estado de salud de la población.

- El ejercicio del derecho a la salud depende además de la capacidad de tomar decisiones en el nivel cantonal, para establecer prioridades y afrontar directamente algunos problemas de salud. Para ello al cabo de 10 años de la formulación y aprobación del Plan Participativo de Desarrollo de Cantón Saquisilí el municipio, planifica para el 2011 la evaluación y actualización del mismo. Dado que la política de salud no ha sido formalmente aprobada, esa puede ser la oportunidad propicia para lograrlo.
- La responsabilidad que implica generar una política local, en este caso para salud, debe tener como primera consideración la situación de extrema exclusión como se ha descrito anteriormente mediante característica y causas. La condición pobreza y vulnerabilidad de la población del cantón plantea la necesidad de un sistema de protección social, considerando el hecho cierto de que hay dos características de exclusión en salud que identifican a la mayoría de la población: rural e indígena y que no son susceptibles de ser modificadas. Es decir que dichas características consideradas como determinantes de la exclusión no van a cambiar su esencia en el tiempo, ni son susceptibles de intervención.

Por tanto, con el objetivo de integrar a todos los habitantes de Saquisilí al Sistema de Salud, la política debe establecer de forma expresa y obligatoria, resoluciones sobre:

- Prioridad de estrategias e intervenciones en el área rural.
- Implementar el idioma quichua en los servicio de salud.
- Sistema local de salud basado en la equidad.
- Modelo de atención que articule las prácticas tradicionales con las formales.

Estos lineamientos permitirían responder a las necesidades de la población y contar con una política orientada a superar la exclusión social en salud, sin embargo no son los únicos a considerar ni abarcan todos los ámbitos de acción.

CAPITULO VI

LIBERTADES Y CAPACIDADES INDIVIDUALES DE LOS HABITANTES DEL CANTON SAQUISILI PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Este capítulo parte de la consideración de que las personas, independientemente de su etnia, género, edad o condición social, desean preservar su salud. Para ello gozan de libertades individuales de decisión, creencia y pensamiento y por tanto cada persona o grupo de personas cuidan su salud según sus propias capacidades⁵².

La salud se concibe de forma distinta en cada sociedad. La comunidad internacional de países definió a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS, 1978) al cual todos los seres humanos tenemos derecho. En la visión de los pueblos indígenas salud es paz interior y armonía con el ambiente (MSP, 2002).

En los capítulos anteriores se ha podido conocer la situación de la exclusión social en salud a partir de: condiciones del contexto social, características, causas y cómo se expresa en el ejercicio del derecho a la salud en los habitantes del cantón Saquisilí. En varios de los aspectos analizados se llega a un punto donde es necesario conocer la exclusión desde la perspectiva de las personas para comprender el fenómeno de la exclusión (estudio cualitativo que valore la opinión de los habitantes), especialmente en el Cantón Saquisilí, que tiene una población mayoritariamente rural e indígena. En este capítulo se destaca la investigación cualitativa en salud, realizada con la colaboración de la población y las autoridades de salud.

Con estas consideraciones se eligen estos ámbitos de análisis de la libertad y capacidad individual para el cuidado de la salud: i) proceso salud-enfermedad, ii)

⁵² La capacidad se entiende la aptitud o suficiencia para llevar una buena forma de vida y les permite a las personas actuar y responder ante las necesidades de salud.

desarrollo de aptitudes personales en base a conocimientos, actitudes y prácticas y iii) autoexclusión.

Proceso salud-enfermedad

La percepción sobre el proceso salud-enfermedad es importante, puesto que la vida familiar cambia y se ve afectado todo el hogar de manera negativa por la enfermedad de uno de sus integrantes⁵³. Por una parte están los casos de enfermedad que afronta una persona y en consecuencia la familia, separados entre adultos y niños y qué recuerda la persona al respecto, es decir que enfermedad fue o que diagnóstico le dieron. Por otra está la capacidad de respuesta ante el proceso salud-enfermedad, donde las madres tienen un rol protagónico pues son quienes reconocer la presencia de enfermedad.

Proceso salud-enfermedad en adultos

Para conocer la incidencia de las enfermedades en el hogar, se tabuló la pregunta ¿Le diagnosticaron por enfermedad en este año? (INEC-UNICEF, 2000). Lo cual nos permite conocer el impacto de estas enfermedades en los adultos y valorar la gravedad del episodio, en la medida en que es o no recordado. Las situaciones de enfermedad diagnosticada en adultos son mínimas, de 270 hogares encuestados en la Línea de Base del Cantón Saquisilí año 2000, el 2,1% ha tenido al menos un caso de enfermedad en el último año. Las principales patologías nombradas fueron malaria o paludismo, dengue y tuberculosis.

Esta misma información se buscó durante el trabajo con el grupo focal formado por líderes de comunidades, los participantes dijeron que las enfermedades más frecuente entre ellos son las del aparato digestivo, identificadas en los siguientes síntomas: “malestar estomacal, diarrea con dolores intensos, náusea y vómito”. Tres de las personas que estaban en el grupo acudieron a servicios de salud públicos pero no pudieron recordar el nombre del diagnóstico que les dio el médico y los demás no

⁵³ Concepciones del hombre sobre el proceso salud – enfermedad, www.uv.es/Ciencia/ SaludEnferCultura

acudieron a un servicio de salud y se recuperaron con remedios caseros. Se debe indicar que nadie se refirió a medicamentos.

El resultado muestra que hay episodios de enfermedad de baja incidencia en los adultos, quienes no le dan mucha importancia, ya que no recuerdan el nombre de la enfermedad y en otros casos a pesar del malestar que les provocó no acudieron a un servicio de salud sino que resolvieron la enfermedad por sus propios medios.

Proceso salud-enfermedad en niños

Para conocer la percepción sobre la morbilidad infantil se utilizó la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (MSP-AIEPI, 2004), que indaga sobre las principales morbilidades infantiles identificadas como: diarrea, infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades eruptivas y fiebre.

Se tabularon las preguntas ¿Cuándo fue la última vez que se enfermó el niño? y ¿De qué se enfermó el niño? El resultado es que la enfermedad con mayor incidencia en los niños menores de 5 años son las IRA, que representan el 48,6% de los casos y estas ocurrieron durante los últimos 6 meses, seguidas de diarreas (21,4%) y fiebre (18,6%). (Ver ilustración 22).

Las madres entrevistadas ratificaron este resultado, los niños tienen permanentemente problemas respiratorios y según su percepción es por el clima frío del cantón⁵⁴, que es aún más frío en las comunidades distantes.

Capacidad de respuesta ante una enfermedad

Al profundizar en la respuesta ante la enfermedad de un niño en los casos de problemas respiratorios y digestivos, encontramos que es inmediata, las madres reconocen los signos de alarma y buscan atención. (Ver ilustración 23). En el módulo “Búsqueda de

⁵⁴ Temperatura promedio anual 12° C.

Atención” de la encuesta conocimientos, actitudes y prácticas, se tabularon las preguntas ¿Cuándo su niño está enfermo como sabe que se está agravando?, ¿A los cuántos días de aparición de la tos buscó ayuda? y, ¿Dónde buscó ayuda o tratamiento? El síntoma más común para reconocer que se agrava la enfermedad es “se le ve decaído” y alcanza el 43,8% de los casos. El tiempo promedio de búsqueda de atención una vez percibido este síntoma es “unos días después” (estimado como 1 a 3 días) y el lugar a donde acuden el 50% de las madres es al Centro de Salud de Saquisilí, ubicado en la cabecera parroquial.

Los resultados también indican que existe la costumbre de acudir a la medicina tradicional y a la red familiar-social. Preocupa en cierto modo que se acuda a la farmacia en busca de ayuda o tratamiento. Los lugares a donde acuden las madres denominados “otros” son el Seguro Social Campesino y la otra mitad es curación en el hogar con plantas medicinales.

Se concluye que, ante un signo de alarma en el niño las madres acuden al servicio de salud público y sin importar donde viven, igualmente se trasladan al área urbana al Centro de Salud de Saquisilí.

Según se pudo constatar en la observación dentro del Centro de Salud, la mayoría de las madres acuden con sus hijos (enfermos y no enfermos) y con otro miembro de la familia (esposo o abuela), en este sentido se debe resaltar la red familiar de apoyo ante la presencia de enfermedad.

Desarrollo de aptitudes personales en base a conocimientos, actitudes y prácticas

La investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población del Cantón Saquisilí, presupone que deben existir conductas establecidas y arraigadas en la vida cotidiana dedicadas a preservar y mejorar el estado de salud y que las personas reaccionan inmediatamente ante un evento de enfermedad con el fin de recuperar la salud.

Los conocimientos, actitudes y prácticas, se traducen en una forma de vida⁵⁵ que promueve el crecimiento y el desarrollo saludable, se investiga si la población tanto individual como colectivamente cumple con ciertos hábitos esenciales para preservar y mejorar el estado de salud.

Para el efecto se evalúan los conocimientos de las personas y sus posibilidades individuales para el cuidado de la salud personal y familiar, dependiendo de las respuestas de la encuesta CAP en torno al cumplimiento de los objetivos de las prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables y de este modo se evita la calificación de bueno o malo.

Estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental

Las prácticas claves para mejorar el crecimiento físico (lactancia materna y alimentación con micronutrientes) tienen una baja incidencia de la población, apenas el 51% de las madres les dan leche materna exclusivamente durante los 6 primeros meses de vida del niño (cinco de cada diez madres), en micro-nutrientes el 8% recibe hierro y el 39,8% vitamina A. Sobre la necesidad de darle complemento alimenticio al niño a partir de los 6 meses solo conocen el 39,1% de las madres encuestadas (cuatro de cada diez madres complementan la alimentación del niño o niña a partir del sexto mes). Estas cifras indican que hay bajo conocimiento sobre las prácticas que mejoran y mantienen el estado de salud. En el ámbito afectivo hay mejor situación debido a que el 84% de las madres y los niños realizan juntos actividades favorables para el desarrollo mental, esta práctica trasciende el ámbito de las prácticas saludables pues también depende de los valores familiares.

Prevención de enfermedades

Según la opinión de las madres el cumplimiento de las dosis de vacunas, así como de los refuerzos es bajo, esto es muestra de que este beneficio sigue siendo una necesidad

⁵⁵ OPS-OMS-UNICEF, 16 prácticas claves para el desarrollo y crecimiento saludables, 2002. Estilo de vida que se define como el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona.

no percibida a pesar de las múltiples campañas y programas. Apenas el 18,5% de los niños han recibido las dosis y refuerzos completos de todas las vacunas para menores de 5 años. Las madres en algunos casos no recuerdan las vacunas que recibieron los niños y tampoco tienen el carné de vacunación. Analizando respecto al nivel de coberturas del Centro de Salud, es totalmente opuesto, porque en los servicios de salud las estadísticas indican que se sobrepasan el cumplimiento de metas en esta actividad y la población no percibe este beneficio ni de la importancia.

Los conocimientos de las madres sobre el cuidado de los niños y de sí mismas en estado de embarazo son limitados en cuanto a salud preventiva. El 63,6% de las madres conocen la importancia de controlarse cuando están embarazadas y el 58% considera que debe hacerse 4 controles prenatales o más, esto indica que el resto de madres están totalmente desprotegidas por la falta de información y conocimiento sobre los cuidados que debe tener durante la gestación.

Los hábitos de higiene como actividad indispensable para preservar el estado de salud, son prácticas frecuentes en los hogares. Se valoraron dos costumbres básicas, obteniendo como resultado que el 66,3% de los hogares elimina adecuadamente las excretas y que el 84,3% de las madres tiene el hábito de lavarse las manos con regularidad durante el día.

En términos generales la educación para la salud ha tenido efectos favorables, pues estas prácticas son consideradas como normales y se realizan con frecuencia, se debe por otra parte pensar en un medio de educación para un pequeño grupo que todavía no adquiere estos hábitos y/o no los valora como importantes.

Cuidados apropiados para el niño en el hogar

Los cuidados del niño en casos de enfermedad, tienen una debilidad en la parte alimenticia, pues las madres no aumentan la cantidad de líquidos, leche materna o alimentos para enfrentar el episodio de enfermedad. Esta práctica puede establecer una marcada diferencia para disminuir el riesgo o agravar la enfermedad, por tanto bajos

niveles de las respuestas en este caso nos permiten pensar que falta difundir actitudes de prevención sencillas como es reforzar la alimentación.

El cuidado al interior del hogar y respecto al entorno del niño si tiene mayor importancia, pues se previenen los accidentes y se protege a los niños pequeños. Los sitios de riesgo en el hogar como la cocina se evitan así como se alejan cosas peligrosas del contacto con los menores.

La participación del padre en el cuidado del niño es una revelación en cuanto al rol de los hombres en los hogares del Cantón Saquisilí, puesto que prácticamente todos aportan al cuidado del niño con estímulos 97,5% de los padres. Entre las actividades están: acompañarlo a las atenciones médicas, dedicar tiempo a pasearlo, juegan con él, conversan, le estimulan para que hable y atienden sus necesidades biológicas.

Buscar atención adecuada

Conocer cuando y donde obtener la atención adecuada es fundamental para superar a tiempo y efectivamente los problemas de salud. En este aspecto el 81,5% de las madres encuestadas cuando perciben una señal de alarma acuden a un servicio de salud público y el porcentaje restante que es relativamente importante busca ayuda no calificada.

En cuanto a recuperación de la salud, el tratamiento más frecuente es el remedio casero, como se vio anteriormente este es la forma más accesible para las familias de las comunidades.

Los cuidados y la percepción sobre el embarazo son importantes para la familia, el 72,4% de las madres reciben muestras de afecto de su pareja, lamentablemente no tiene la misma importancia el cuidado preventivo (control prenatal).

La valoración general indica los conocimientos y prácticas de las madres que le permiten preservar o recuperar el estado de salud de los niños están medianamente difundidos, porque algunas actitudes y prácticas con muy difundidas y otras casi no se

conocen. Preocupa un grupo de personas, que no tienen estos conocimientos y por tanto se convierten en los hogares con más riesgo.

Autoexclusión

La auto-exclusión podría presentarse por una decisión individual, que es legítima porque es resultado de una acción voluntaria.

Preferencias

Con este fin se analiza la opinión y la preferencia de las personas, sobre qué servicios de salud eligen y que tratamiento siguen para solucionar una situación de enfermedad. Se incluye la información disponible sobre el idioma.

La encuesta CAP, identifica a dónde acuden las madres en casos de episodios de enfermedad de los niños menores de 5 años, la mayor demanda es en el Centro de Salud y los demás servicios en mínima cantidad, lo cual coincide con las cifras obtenidas anteriormente de las fuentes secundarias. (Ver ilustración 24).

En la recolección de opiniones sobre cómo se curan las enfermedades, se relató el tema de la medicina tradicional. “Algunas enfermedades se curan con la medicina tradicional y otras con la medicina occidental”⁵⁶.

Los resultados sobre las preferencias en cuanto a formas de tratamiento se muestran en la ilustración 25. Como se puede apreciar, el tratamiento más común son los remedios caseros y en muy pocos casos se recurren a los medicamentos, llama la atención la preferencia muestran los antibióticos.

En el trabajo del grupo focal⁵⁷, los participantes coincidieron en que todas las madres llevan a sus niños al Centro de Salud, pero que igualmente en el hogar le tratan

⁵⁶ Entrevistado: Manuel, Comunidad Chilla San Antonio.

con remedios caseros y plantas medicinales. Las madres entrevistadas, en el área urbana manifestaron que el tratamiento con medicamentos es el mejor por ser el más rápido, pero que implica un gasto mayor y por tanto no es el más frecuente y depende de la situación del hogar.

En conclusión, la conducta de auto-exclusión de los servicios de salud no es frecuente pues la población tiene confianza en el servicio público de salud, lo cual se refleja donde buscan ayuda las personas, esto también demuestra que hay un conocimiento de quién es el personal capacitado para resolver un caso de enfermedad.

Los tratamientos formales son excluidos en la vida cotidiana y la población prefiere mayoritariamente el uso de remedios caseros, lo cual está condicionado principalmente, por la falta de recursos económicos para acceder a medicamentos y en otros casos porque las madres no pueden entender las instrucciones de tratamiento debido al idioma.

Idioma

La gran mayoría de la capacidad de respuesta, conocimientos, actitudes, prácticas y preferencias y aquí analizados son parte del proceso de educación para la salud y están más ligados a la medicina formal que a las tradiciones rurales-indígenas, por lo cual se plantea que si una persona no habla el idioma castellano se excluye a sí misma y a su familia. Del mismo modo los profesionales de salud que atienden a población indígena no bilingüe, excluyen de su atención a los pacientes que no hablan castellano.

Con el análisis de la información que en ausencia de una comunicación bilingüe un 8,5% en 2004 queda excluido del sistema de salud, de la atención del personal capacitado, de educación para la salud, de la información y difusión de prácticas saludables y preventivas. (Ver ilustración 26). Debe considerarse la necesidad de que

⁵⁷ Grupo Focal de Líderes Comunitarios

este grupo de personas se integren al idioma nacional y a la vez que los servicios y los beneficios pueden llegar a ellos en su idioma con el fin de asegurar la inclusión social.

Al concluir el análisis y estudio de las libertades y capacidades individuales para el cuidado de la salud, podemos concluir lo siguiente:

- La percepción del estado de salud y la capacidad de respuesta ante el proceso salud-enfermedad-salud⁵⁸, está directamente relacionado con la cultura y costumbres de las personas, en el cantón Saquisilí quienes reciben mayor protección ante un evento de enfermedad son los niños, mientras que en el caso de los adultos no es de mayor importancia.
- En cuanto al conjunto de conocimientos actitudes y prácticas que permiten una forma de vida para el crecimiento y desarrollo saludable, se identifica un grupo excluido en salud por falta de educación e información al respecto, lo cual nos hace identificar un vínculo con el nivel de analfabetismo y baja escolaridad de la población del Cantón que sumadas provocan exclusión en salud. En cuanto a actitudes es positivo el involucramiento tanto del padre como la madre en el cuidado del niño, lo cual muestra una práctica social positiva (incluyente) en la protección a los menores. Una conclusión que se contrapone con los datos estadísticos, es la importancia que dan las madres a un proceso preventivo como es la vacunación, la cobertura que muestra el MSP supera a toda la población y al obtener la información directamente de las madres solo dos de cada 100 niños tienen sus vacunas. Para el objeto de investigación sin embargo este resultado cualitativo ratifica la importancia de no realizar el estudio de exclusión en salud basándonos únicamente en investigación cuantitativa.

⁵⁸ Proceso salud-enfermedad-salud: una persona saludable se ve afectada por una enfermedad y cambia negativamente su estado de salud hasta que recibe tratamiento, cuidado y entonces puede recuperar su salud.

- En la autoexclusión, se recogen las preferencias de las personas sobre los medios y formas para restablecer su salud, las cuales sumadas a la observación de las conductas de las personas que forman parte de las comunidades nos muestran que 5 de cada diez madres prefiere un remedio casero para solucionar un problema de salud, con lo cual no acceden al sistema de salud formal sino que atienden directamente sus problemas de salud y si esto implica autoexclusión depende de la perspectiva que se tome: médica o comunitaria u otra. Adicionalmente el porcentaje obtenido de personas que hablan solamente kichwua es 8,5%⁵⁹ frente a una estadística cantonal del 5%.

⁵⁹ Cifra de la tabulación de datos de Encuesta AIEPI 2004. Ver ilustración 26.

CONCLUSIONES

En cuanto a los ámbitos de investigación podemos concluir que:

1. La estructura de la investigación ha permitido analizar con diferentes perspectivas la situación de exclusión social y profundizar en la exclusión social en salud.
2. Fue posible contar con datos para un período de diez años, para casi todos los indicadores socio-económicos e indicadores de salud. Información que hizo posible un análisis de tendencia de las condiciones de vida y salud de la población y reconocer los cambios estructurales en el sistema de salud público en el tiempo, en el Cantón Saquisilí.
3. El marco legal, cambió de manera importante desde el inicio de la investigación (2003, Constitución 1998 vigente) a la fecha (Constitución 2008 vigente), particularmente en cuanto a los principios, prioridades del estado y su organización. El Sistema de Salud Local que estaba conformado por sector público y privado en 2004, logró para el año 2010 una presencia y cobertura mayoritaria de los servicios del Ministerio de Salud Pública, con el marco de las nuevas políticas de estado fundamentadas en la gratuidad.
4. La organización social en el Cantón Saquisilí y en la Provincia de Cotopaxi, siguió evolucionando con el impulso de la participación indígena en la vida política. De ello da cuenta un estudio sociológico realizado en el año 2006, que marca hitos en cuanto a inclusión social y reconocimiento de la diversidad en el Cantón. La Organización JATARISUN cuyos integrantes aportaron para esta investigación durante 2004, se mantiene.

5. El estudio y análisis de la exclusión social en salud, fue tema de interés en varios países de América Latina, por la capacidad que tiene de identificar condiciones de exclusión y perfiles de población en situación de exclusión, sirvió en varios casos como elemento de base para el análisis y comprensión de la realidad local..
6. El diagnóstico de la situación de exclusión social en salud da cuenta de la importancia de la visión holística de la salud, es decir integrar las condiciones necesarias para una vida digna y saludable. Así como muestra que los servicios de salud no son el origen del bienestar, sino un conjunto de factores internos y externos a las personas, que requieren en ocasiones del apoyo y cuidado médico.
7. En el planteamiento de la investigación, se determinó que no se pretendía hacer un estudio comparativo y con el propósito de no establecer máximo o mínimos, se tomó como referente indicadores provinciales y nacionales frente a cifras del Cantón. Esto permitió demostrar la diferencia entre los resultados que se pueden obtener a nivel nacional respecto de lo que significa contar con un diagnóstico local, especialmente si a partir de estos se van a establecer políticas, elaborar planes y distribuir los recursos.
8. Respecto a los referentes teóricos la evidencia encontrada frente al marco conceptual, permite corroborar que “la exclusión social en salud es susceptible de identificar y caracterizar mediante indicadores sociales y de salud”. Debo remarcar la riqueza en la comprensión del fenómeno cuando se hace desde el nivel local, es decir en el lugar de los hechos y es investigado y analizado con los integrantes de la comunidad, quienes son los mejores conocedores de su realidad.

Respecto a las hipótesis planteadas por esta investigación, podemos concluir que:

¿Son los habitantes de Saquisilí severamente afectados por la exclusión en salud?

Los indicadores del cantón Saquisilí muestran una clara desventaja y alta desigualdad respecto con la situación socio-económica general (promedio nacional), esto se agrava por las diferencias entre el área urbana y rural en cuanto a acceso y cobertura de los servicios públicos.

En una condición determinante como es el analfabetismo, la tasa en el nivel nacional frente a la tasa local, nos da cuenta de que la sociedad ecuatoriana no ha podido integrarse para brindar igualdad de condiciones un derecho fundamental como es la educación. Poblaciones como Saquisilí muestran la exclusión del sistema de educación formal que tuvieron las generaciones antes del año 2000, mientras los niños del nuevo milenio van superando esta exclusión.

Las condiciones económicas de la población del cantón no favorecen su acceso a los servicios de salud. Como se describió en el análisis de la exclusión social (Capítulo 3), hay un elevado porcentaje de población bajo la línea de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (84,20%) y en extrema pobreza por necesidades básicas insatisfechas, están más de la mitad de sus habitantes (59,50%). La disponibilidad inmediata de recursos económicos es otra condición importante para acceder a los servicios de salud, en Saquisilí la población inactiva (sin ingresos monetarios) es más del 50% de las personas mayores de 5 años, esto limita su decisión de acudir a un servicio de salud que no sea público o esté fuera del Cantón.

Los indicadores, así como la información recolectada respecto a la población del Cantón Saquisilí muestran que existe exclusión social en el Cantón que afecta negativamente a sus habitantes. Los indicadores socio-económicos son desfavorables para un grupo humano importante y reflejan situaciones de riesgo y marginación. Por parroquias Cochabamba es la que muestra mayor vulnerabilidad.

En el grupo humano del Cantón Saquisilí, que es mayoritariamente indígena, ¿qué condiciones explican la exclusión social en salud?

El marco conceptual plantea que el perfil de los excluidos está dado por una serie de factores vinculados con la edad, género, etnia, lugar de residencia, inserción laboral y nivel de ingresos⁶⁰.

En la población del cantón **Saquisilí**, se puede identificar en base a los indicadores lo siguiente:

a) Condiciones de vida determinantes para la exclusión social en salud:

pobreza, carencia de servicios básicos, viviendas inadecuadas y con hacinamiento, expuestos a riesgos de salud prevenibles y contaminación ambiental.

b) Características individuales (capacidades):

analfabetismo, quienes realizan trabajo no remunerado, su nacionalidad es indígena, habla únicamente kichwua.

c) Condiciones estructurales por las cuales persiste la exclusión:

habitantes en zonas rurales con inaccesibilidad geográfica, inseguridad financiera en el hogar que incluye carencia de seguridad social e inseguridad alimentaria.

⁶⁰ OPS-OIT, Panorama de la exclusión social en salud en Latinoamérica y el Caribe, México 1999.

¿Con qué mecanismos se garantiza el derecho a la salud en Saquisilí por parte de las instituciones del estado?

La protección en salud en el cantón Saquisilí, ha mejorado con los años pasando de un débil cumplimiento de las responsabilidades del estado y del compromiso de los habitantes en las actividades de salud comunitaria, hacia un incremento de la cobertura de los servicios del Ministerio de Salud Pública y participación de la población en el gobierno local a través de la Asamblea Cantonal. Los espacios como el Comité Intercantonal de Salud fueron el inicio para la integración, el diálogo, el intercambio de opiniones y el consenso, que ahora es una práctica permanente en el Gobierno Municipal.

El cambio en el modelo de atención para responder a la realidad local (priorizado en el área rural) y la participación de la Medicina Ancestral, logró superar la situación de exclusión e integrar a la población indígena, sin embargo persiste la barrera del idioma. Los programas de protección social, asistencia y ayuda han permitido llegar a grupos tradicionalmente excluidos y el cumplimiento del derecho con dignidad, que debe ser una característica fundamental.

Los servicios del Ministerio de Salud Pública han mejorado significativamente su cobertura, así como se han diversificado programas y campañas de acuerdo a los grupos de edad. La incorporación de nuevos servicios en las unidades del cantón y la entrega de medicinas gratuitamente, es percibido por la población como un buen beneficio.

El análisis de las estadísticas epidemiológicas nos permite decir que:

- Cobertura de salud y atención médica es creciente, pero limitada frente a la demanda de la población, por tanto la protección en salud todavía no es universal.

- Las acciones de los servicios de salud, no cambian aún la tendencia e impacto de las enfermedades más frecuentes.
- Existen problemas de accesibilidad, debido a una alta dispersión geográfica de la población y limitados medios de transporte.
- Persisten barreras étnicas debido a que la atención de salud no es bilingüe, apenas una persona en el centro de salud más grande del cantón Saquisilí habla kichwua (el conductor de la ambulancia).
- Finalmente los resultados de salud reflejan la acumulación de las condiciones anteriores más la situación socio-económicas, en alta incidencia de enfermedades prevenibles y mayores niveles de mortalidad que en el nivel nacional.

¿Qué acciones individuales y comunitarias se hacen en Saquisilí para proteger la salud?

El ámbito socio-organizacional es favorable respecto a la exclusión social, en Saquisilí la existencia de redes sociales tradicionales en el sector rural indígena permiten integración para procurarse mejores condiciones de vida. La comunidad está organizada, tiene representantes que ahora hacen el nexo del gobierno local y las instituciones públicas con la población.

Relacionando la situación de las instituciones estatales, las organizaciones sociales y la organización política con el ejercicio del derecho a la salud, encontramos que el proceso político de la organización indígena ha impulsado la participación de las comunidades y la defensa de sus derechos, es decir la participación es efectiva desde que hay líderes indígenas en el gobierno local.

En cuanto a la libertad y capacidad individual para el cuidado de la salud, siendo los hogares (madres persona entrevistada) la unidad de análisis en esta investigación, se pudo evidenciar que en la encuesta de 2004, que se daba oportuna respuesta ante situaciones de enfermedad y/o riesgo de la salud. Buscar ayuda ante signos y síntomas de alarma se identificó como una práctica frecuente. Sin embargo el conjunto de hábitos socialmente deseables para mantener una vida saludable no están totalmente difundidos entre las comunidades de Saquisilí y se expresa en acciones tan sencillas como poca frecuencia en el lavado de manos. La auto-exclusión, no se evidencia como tal, puesto que las personas ante una necesidad de salud acuden a los servicios públicos de salud (específicamente al Centro de Salud) y complementan los cuidados con la medicina tradicional y los remedios caseros, en todos los casos.

El ejercicio libre, informado e igualitario del derecho a la salud entre los habitantes del Cantón, es más visible en el área urbana que ha incrementado su población en la última década. En el marco de la Constitución 2008 es un derecho en construcción, pues durante varios años la población estuvo concentrada en solucionar y legitimar los derechos civiles, específicamente la propiedad de bienes por la situación de ilegalidad de sus tierras.

RECOMENDACIONES

1. Los resultados que se obtienen de la aplicación del enfoque de exclusión social para analizar la realidad local, permiten recomendar al gobierno municipal que en el diseño de políticas y estrategias para mejorar las condiciones de vida de la población, la primera consideración debe ser integración social en todos los ámbitos y particularmente en el ámbito de la salud.
2. El Cantón puede potenciar las estrategias si se plantean la necesidad de realizar acciones simultáneas en varios sectores (educación, trabajo, vivienda y salud), pues no es posible superar la exclusión social con intervenciones parciales y unilaterales sino que deberían ser intersectoriales e incluir al estado, al gobierno local y a la sociedad civil y ser parte orgánica del Plan de Desarrollo Local.
3. Mantener la coordinación del sistema local de salud, para potencializar los recursos de las instituciones que actualmente intervienen en el cantón Saquisilí. El análisis mostró que la posición de los actores es favorable para la coordinación sectorial y existe la visión común para integrarse con el fin de reducir la desigualdad en la atención entre zonas urbanas y rurales, lo cual es un primer paso para la integración del sistema local de salud y la construcción de políticas saludables.
4. La actualización del Plan de Desarrollo Local previsto para el 2011, es una oportunidad de evaluar los logros alcanzados y reconocer buenas y malas prácticas. Para los cuales espero pueda ser de utilidad esta investigación, especialmente en la definición de políticas públicas incluyentes y saludables.

NOMENCLATURA UTILIZADA

AIPEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
ASDI	Agencia Sueca para el desarrollo internacional
AVISAS	Años de vida saludables
BID	Banco Interamericano de desarrollo
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CPV	Censo de Población y Vivienda
EDA	Enfermedad diarreica aguda
IAN	Índice de Amenazas Naturales
IMIB	Índice multivariado de infraestructura básica
INAMHI	Instituto Nacional de Minería e Hidrología
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador
INNFA	Instituto Nacional del Niño y la Familia
IOS	Índice de oferta en salud
IRA	Enfermedad respiratoria aguda
IVS	Índice de vulnerabilidad social
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MBS	Ministerio de Bienestar Social
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MSP	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
ODEPLAN	Oficina de Planificación de la Presidencia
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORI	Operación Rescate Infantil
PEA	Población Económicamente Activa
SIDENPE	Sistema de indicadores de las nacionalidades y pueblos del Ecuador
SIISE	Sistema de Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
SIL	Sistema de Información Local
SINEC	Sistema Nacional de Estadísticas Educativas
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STFS	Secretaría Técnica del Frente Social
UNICEF	United Nations Children's Fund

BIBLIOGRAFIA

1. AIMACAÑA, Edgar, Monografía del Cantón Saquisilí, Universidad Andina Simón Bolívar, 2003.
2. ANDERSEN Adajy La, Marco teórico para el estudio de acceso a servicios de salud ¿Cuidados para quién?, 1980.
3. BANCO MUNDIAL, Desigualdad en América Latina, www.bancomundial.org
4. BEHRMAN J, GAVIRIA F, SZEKELY M, Who's In and Who's Out, Social Exclusion in Latin America, 2003.
5. BID, Exclusión Social en América Latina. www.iadb.org
6. BUSTELO y MINUJIN, Pobreza Exclusión y Política Social, FLACSO 1994
7. CONCHA M, BUENO B, Estudio empírico sobre la exclusión social en salud en Chile, OIT 2002.
8. Constitución Política del República del Ecuador 1998.
9. COUTTOLENC, Bernard, Estudio Empírico sobre la exclusión social en salud en Brasil, OIT 2002.
10. DELAJARA, Marcelo, Estudio Empírico sobre la exclusión social en salud en Argentina, OIT 2002.
11. DUMOY, Justo Senado, Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad, Facultad "Calixto García" – Medicina Interna, 1998 - La Habana, Cuba.
12. FERRAJOLI, Luigi, De los derechos del ciudadano a los derechos de la persona, 2002.
13. GACITUA, Estanislao, SOJO, Carlos con DAVIS Shelton Davis Editores, Exclusión Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe, FLACSO – Banco Mundial, Marzo 2000
14. GUNDERMANN KROLL, Hans, El método de los Estudios de Caso, 2001.
15. HAMILTON Gabriela, Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos, CLACSO - Argentina, 2001.
16. HERNANDEZ A., ESLAVA J. (investigadoras), Factores determinantes y condicionantes de la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población afiliada al régimen subsidiarios, Santa Fe de Bogotá PUJ, 1997.

17. INEC – Banco Mundial, Compendio de resultados definitivos de la Encuesta de Condiciones de Vida IV Ronda 98-99, publicado 2001.
18. INEC, VI de Censo de Población y V de Vivienda, año 2001.
19. INEC, VII de Censo de Población y VI de Vivienda, año 2010.
20. INREDH, Fundación Regional de Asesoría en Derechos Humanos- Programa Andino de Derechos Humanos y Democracia, La salud en el Ecuador ¿Un derecho enfermo?, Ecuador 2002.
21. KAABER, Nila, The concept of social exclusion: What is its value-added for thinking about social policy?, Institute of Development Studies, University of Sussex, October, 1999.
22. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, Septiembre 2002.
23. LO VUOLO, Rubén, Contra la Exclusión: la propuesta del ingreso ciudadano, Planeta 2000.
24. MIDEPLAN Y CEPAL, Departamento de Evaluación Social, de la División Social del Ministerio de Planificación y Cooperación del Gobierno de Chile, Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para superación de la pobreza, Octubre 2002.
25. MOREIRA, María Elena, Derechos humanos en la nueva constitución ecuatoriana, www.humanrightsmoreira.com
26. MSP- Área 4, Proyecciones de población de las unidades operativas año 2003.
27. MSP, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, Boletín de Información No. 1, 2002
28. MSP-CONASA, Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, Octubre 2002
29. MUNICIPIO DE SAQUISILI, Ordenanzas del Consejo Cantonal de aplicación a la Ley de Régimen Municipal.
30. MUNICIPIO DE SAQUISILI, Plan de Desarrollo del Cantón 1999
31. OMS, Declaración de Alma-Ata, 1978.
32. OPS, Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Ecuador 2001, www.ops-ecu.org
33. OPS-ASDI-OMS, Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, Serie No. 1, Extensión de la Protección Social, 2003.

34. OPS-OIT, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana: Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud, Washington DC, Septiembre 2002.
35. OPS-OIT, Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe, México 1999.
36. OPS-OIT, Las estrategias de la lucha contra la exclusión social en materia de salud, Chile 2002.
37. OPS-OIT, Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, Reunión Regional Tripartita, México 1999.
38. OPS-OIT, Panorama de la exclusión social en salud en Latinoamérica y el Caribe, México 1999.
39. OPS-OIT, Cuatro estudios regionales sobre la magnitud de la exclusión social, análisis comparado de la política de protección social en salud, análisis de experiencias regionales en micro-seguros de salud y caracterización del comportamiento del gasto de bolsillo en salud, México 1999.
40. OPS-OMS, Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud, Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en Salud, Washington DC, 2001.
41. ROSERO Bixby Luis, GUELL, Douglas, Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS), 1998.
42. SHTULMANN Alejandro, Comentario del Libro Desarrollo y Libertad de Amartya Sen, 2003.
43. SEN, Amartya, Desarrollo y Libertad, Planeta 2000.
44. SOJO, Carlos, Dinámica Socio Política y cultural de la Exclusión Social en: GACITUA, Estanislao, SOJO, Carlos con DAVIS Shelton Davis Editores, Exclusión Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe, FLACSO – Banco Mundial, Marzo 2000
45. SOJO, Carlos, Desarrollo Social en América Latina, FLACSO-Costa Rica 2002.
46. TORRES, Fernando, Vivienda de interés social, ESPE - 1997.
47. VILLACRES, Nilhda –YEPEZ, José, Perfil de la Exclusión Social en Salud y sus determinantes, OPS-MSP Ecuador 2001.

48. VOS, Rob (coordinador), Quién se beneficia del gasto social en el Ecuador?,
Secretaría Técnica del Frente Social, Ecuador 2003.

ANEXOS

Anexo 1: LISTADO DE ILUSTRACIONES

- Ilustración 1. Indicadores de pobreza Cantón Saquisilí.
- Ilustración 2. Indicadores de educación en el cantón Saquisilí por parroquias.
- Ilustración 3. Indicadores de servicios básicos cantón Saquisilí por parroquias.
- Ilustración 4. Desnutrición crónica en el cantón Saquisilí por parroquias.
- Ilustración 5. Cobertura de servicios de salud Área No. 4 MSP.
- Ilustración 6. Cobertura de atención médica a infantes Área No. 4 MSP.
- Ilustración 7. Prioridades y actividades Área No. 4 MSP.
- Ilustración 8. Personal en establecimientos de salud MSP - cantón Saquisilí.
- Ilustración 9. Presupuesto de gasto de recursos fiscales, provincia de Cotopaxi.
- Ilustración 10. Vacunación a menores de 1 año, Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 11. Vacunación a menores 5 años, MSP- Cantón Saquisilí.
- Ilustración 12. Vacunación a embarazadas anti- tetánica en Embarazadas, MSP- Cantón Saquisilí.
- Ilustración 13. Control materno, Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 14. Salud preventiva mujeres, MSP- Cantón Saquisilí.
- Ilustración 15. Atención de parto, MSP- Cantón Saquisilí.
- Ilustración 16. Lugar atención del último parto, MSP- Cantón Saquisilí.
- Ilustración 17. Número de casos de principales causas de morbilidad general Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 18. Número de casos de principales causas de morbilidad en niños menores de 1 año. Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 19. Número de casos de principales causas de morbilidad población de 1 a 20 años. Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 20. Principales causas de mortalidad general. Área No. 4 – MSP.
- Ilustración 21. Matriz de análisis de actores en salud del cantón Saquisilí, Año 2004.
- Ilustración 22. Morbilidad (opinión) en menores de 5 años, muestra cantón Saquisilí.
- Ilustración 23. Signos de alarma para búsqueda de atención en salud, muestra cantón Saquisilí.
- Ilustración 24. Preferencias sobre lugar de atención, muestra cantón Saquisilí.
- Ilustración 25. Preferencias sobre tratamiento, muestra cantón Saquisilí.
- Ilustración 26. Idioma que hablan las madres, muestra cantón Saquisilí.

Anexo 2: ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Indicadores de pobreza cantón Saquisilí.

	Pobreza				Extrema Pobreza		
	NBI	Consumo al 2004	Consumo al 2008		NBI	Consumo al 2004	Consumo al 2008
Saquisilí	72.1	72.1	55.6		42.2	31.1	26.9
Chantilín	86.1	86.1	68.2		49.1	26.8	34.2
Cochabamba	99.6	99.6	86.4		87.2	66.8	58.1
Canchagua	98.0	Sin dato	81.9		76.2	Sin dato	46.4

Fuente: SIISE 2008 a partir de Censo 2001 y ECV 1998-1999 y ECV 2006 –
Elaboración: María Landázuri

Ilustración 2. Indicadores de educación en el cantón Saquisilí por parroquias.

Parroquia	Saquisilí	Chantilín	Cochapamba	Canchagua
ANALFABETISMO	16.2	19.4	34.2	27.6
Hombres	9.2	25.6	43.6	17.6
Mujeres	22.0	11.9	23.4	36.1
ANALFABETISMO FUNCIONAL	31.7	44.1	36.2	46.2
ESCOLARIDAD	5.6	4.4	2.6	2.8
Hombres	5.1	4.0	1.8	2.2
Mujeres	6.2	4.8	3.6	3.6
POBLACION CON INSTRUCCIÓN SUPERIOR	12.3	1.0	7.3	1.6
TASA BRUTA ESCOLARIZACION	93.7	92.2	88.4	90.7
Hombres	93.7	94.1	90.6	89.5
Mujeres	93.6	90.6	86.7	91.9
TASA ESCOLARIZACION EN POBLACION 6 A 11 AÑOS	93.7	90.7	92.2	88.4
Hombres	93.7	89.5	94.1	90.6
Mujeres	93.6	91.9	90.6	86.7

Fuente: SIISE 2008 a partir de Censo 2001, ECV y EUED.

Ilustración 3. Indicadores de servicios básicos cantón Saquisilí por parroquias.

Parroquia	Saquisilí	Canchagua	Chantilín	Cochapamba
Acceso a agua entubada de la red pública dentro de la vivienda	39.5	16.5	12.4	8.2
Cobertura de la red de alcantarillado	40.8	2.8	28.9	1.4
Acceso a servicio eléctrico	84.1	80.9	79.4	76.4
Acceso a servicio telefónico	24.7	1.1	17.0	0.8
Servicio de recolección de basura	31.7	0.2	11.3	0.4
Fuente: SIISE 2008 – Elaboración: María Landázuri				

Ilustración 4. Desnutrición crónica en el cantón Saquisilí por parroquias.

Parroquia	Saquisilí	Canchagua	Chantilín	Cochapamba
Desnutrición crónica	60.2	68.3	64.4	71.3
Fuente: SIISE 2008, a partir de DANS, ECV, ENDEMAIN, EMEDINHO – Elaboración: María Landázuri				

Ilustración 5. Cobertura de servicios de salud Área No. 4 MSP.

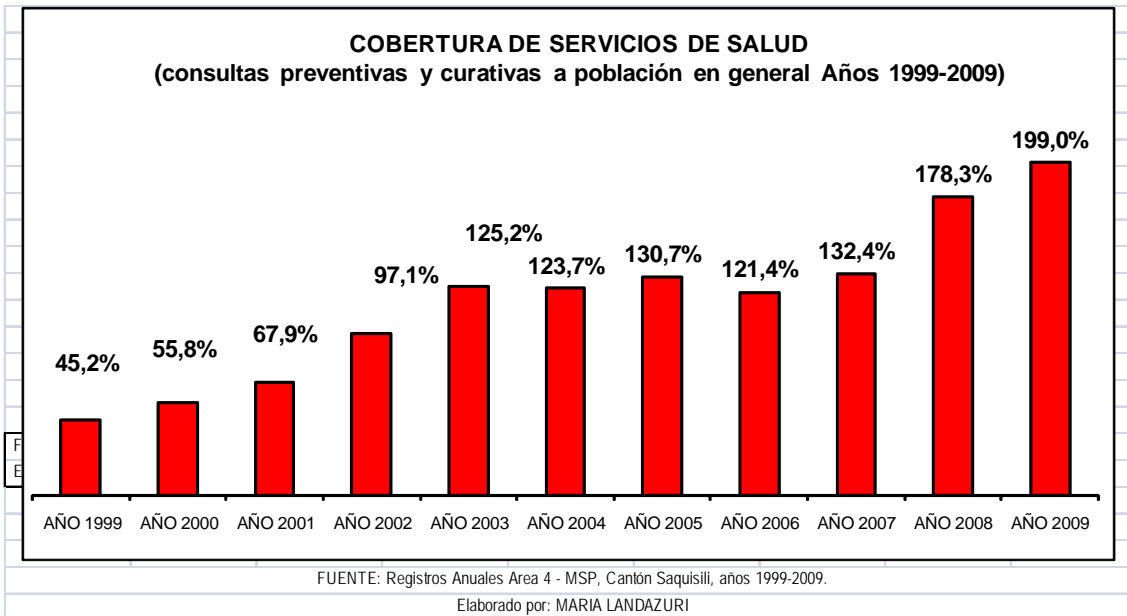


Ilustración 6. Cobertura de atención médica a infantes Área No. 4 MSP.

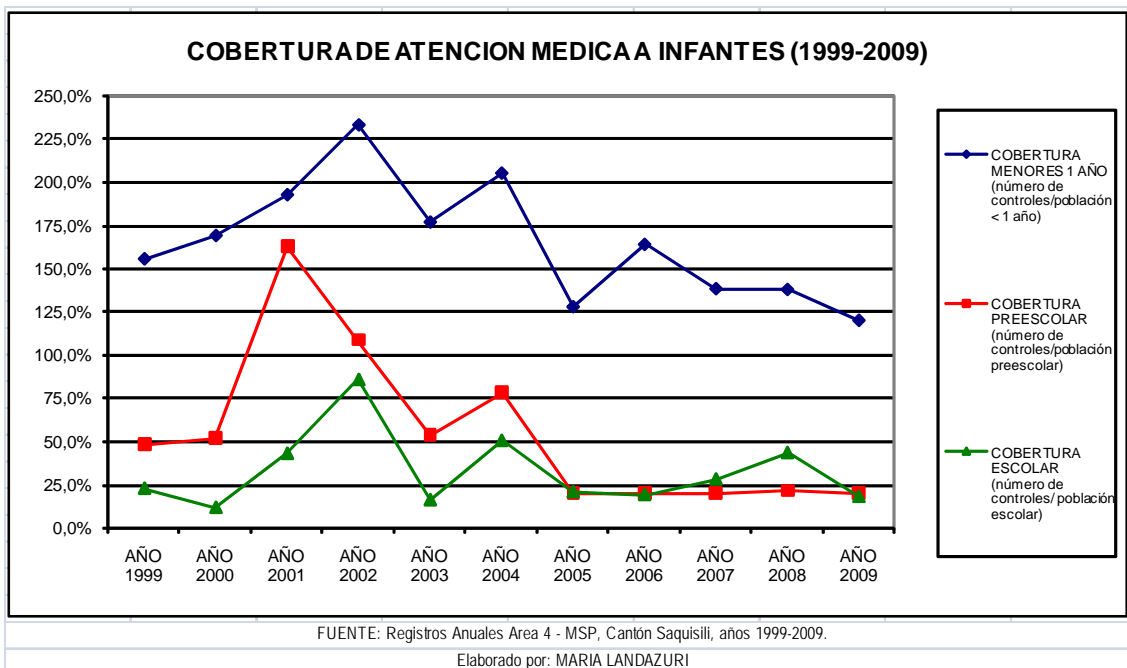


Ilustración 7. Prioridades y actividades Área No. 4 MSP.

Prioridades	Actividades
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Mental • Nutrición • Educación para la salud • Salud oral
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Control madre-niño • Visita domiciliaria • Vacunación • Campañas de desparasitación • Educación y seguridad vial
Programas específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Adulto mayor • Prevención y tratamiento por violencia familiar • Alimentación suplementaria • Control sanitario • Vigilancia epidemiológica
Atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas especializadas • Atención de parto normal • Medicamentos gratuitos • Exámenes de laboratorio e imágenes • Emergencia 24 horas y traslado en ambulancia
<p>Fuente: Entrevista con Directora del Área de Salud No.4, Septiembre 2010 Elaboración: María Landázuri</p>	

Ilustración 8. Personal en establecimientos de salud MSP - cantón Saquisilí.

	Médicos	Odontólogos	Obstetricas	Enfermeras	Auxiliares Enfermería
2002	6,5	2,3	0,9	1,4	4,6
2006	7,7	1,7	0,01	1,7	14,1
2010	9,8	1,7	0,1	2,1	10,0
<p>Tasa por 10.000 habitantes. Fuente: SIISE 2008 a partir de INEC, Estadísticas de recursos y actividades de salud 2002 y 2006 (ERAS). Datos Área 4 para el año 2010 y población estimada por el Municipio de 30.668 habitantes. Elaboración: Ma. Landázuri.</p>					

Ilustración 9. Presupuesto de gasto de recursos fiscales, provincia de Cotopaxi.

PRESUPUESTO DE GASTOS DE RECURSOS FISCALES - PROVINCIA DE COTOPAXI							
Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presupuesto	1.764.140,62	1.791.854,00	1.793.956,00	2.318.542,00	sin dato	1.993.592,00	556.660,90
Población	376.917	384.499	391.947	400.411	408.473	416.167	423.336
Asignación per cápita	4,68	4,66	4,58	5,79	sin dato	4,79	1,31

Notas: Datos de 2004 a 2007 corresponden a presupuesto devengado, Años 2009 y 2010 es presupuesto codificado a Septiembre 2010
 Fuente: Ministerio de Finanzas www.meg.gov.ec Elaborado por: María Landázuri

Ilustración 10. Vacunación a menores de 1 año, Área No. 4 – MSP.

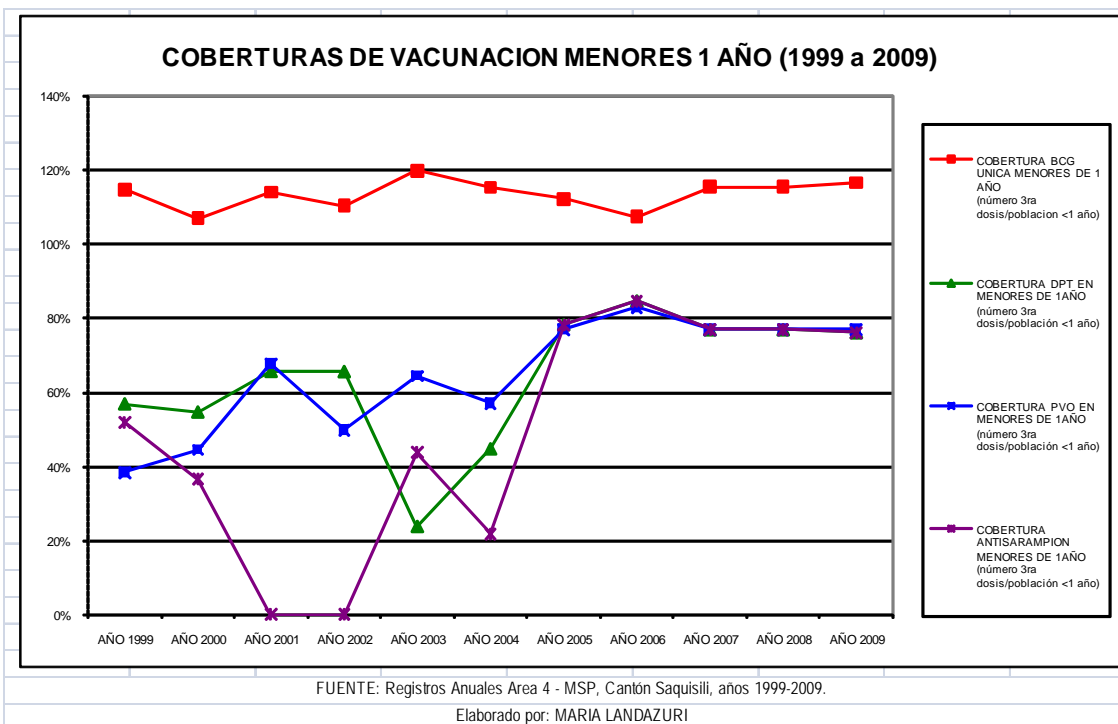


Ilustración 11. Vacunación a menores 5 años, MSP- Cantón Saquisilí.

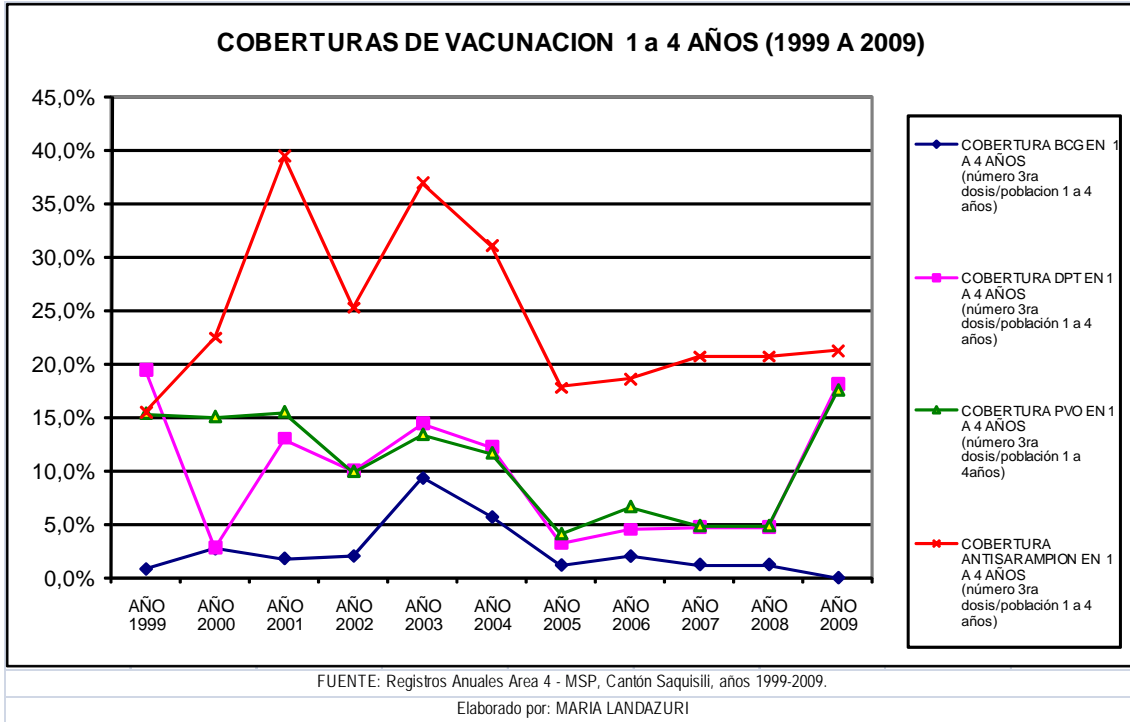


Ilustración 12. Vacunación a embarazadas anti- tetánica en Embarazadas, MSP- Cantón Saquisilí.

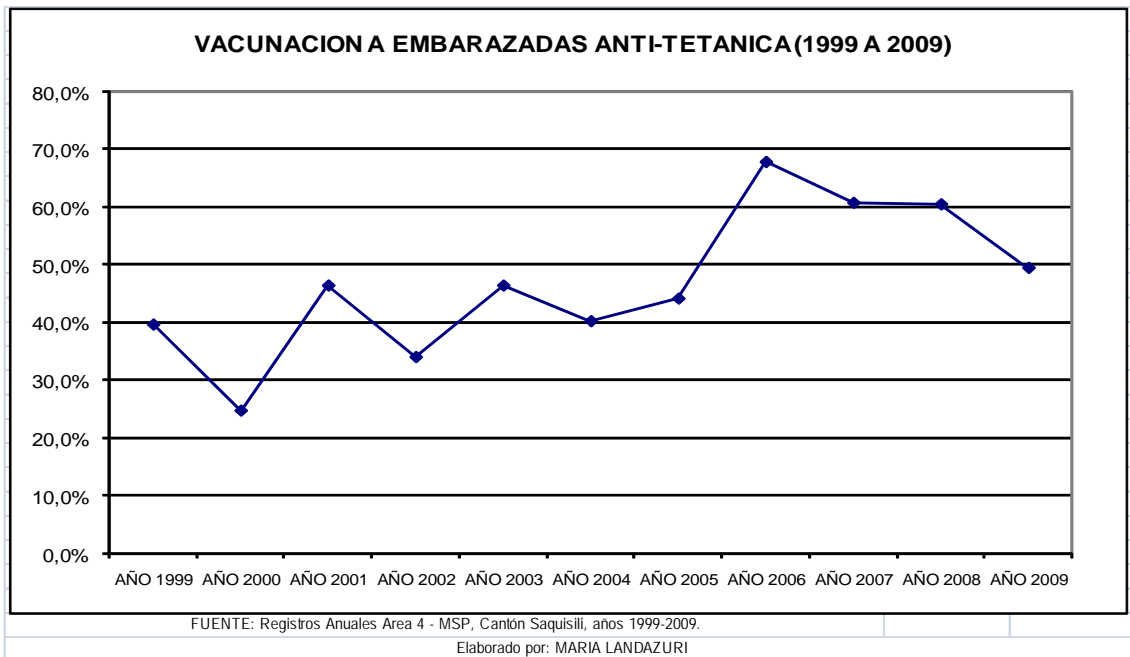


Ilustración 13. Control materno, Área No. 4 – MSP.

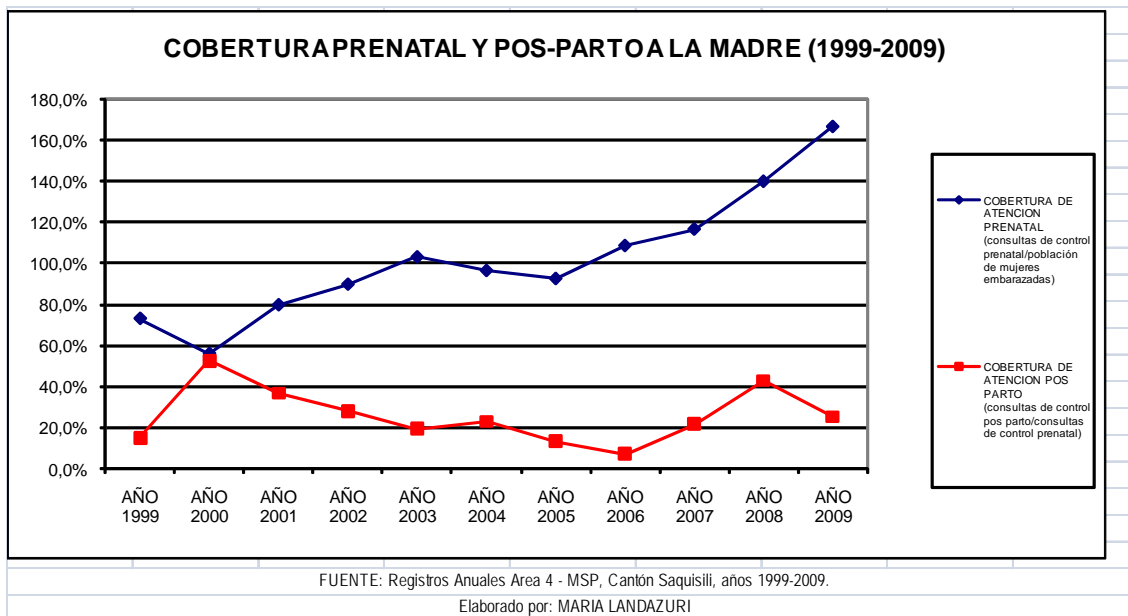


Ilustración 14. Salud preventiva mujeres, MSP- Cantón Saquisilí.

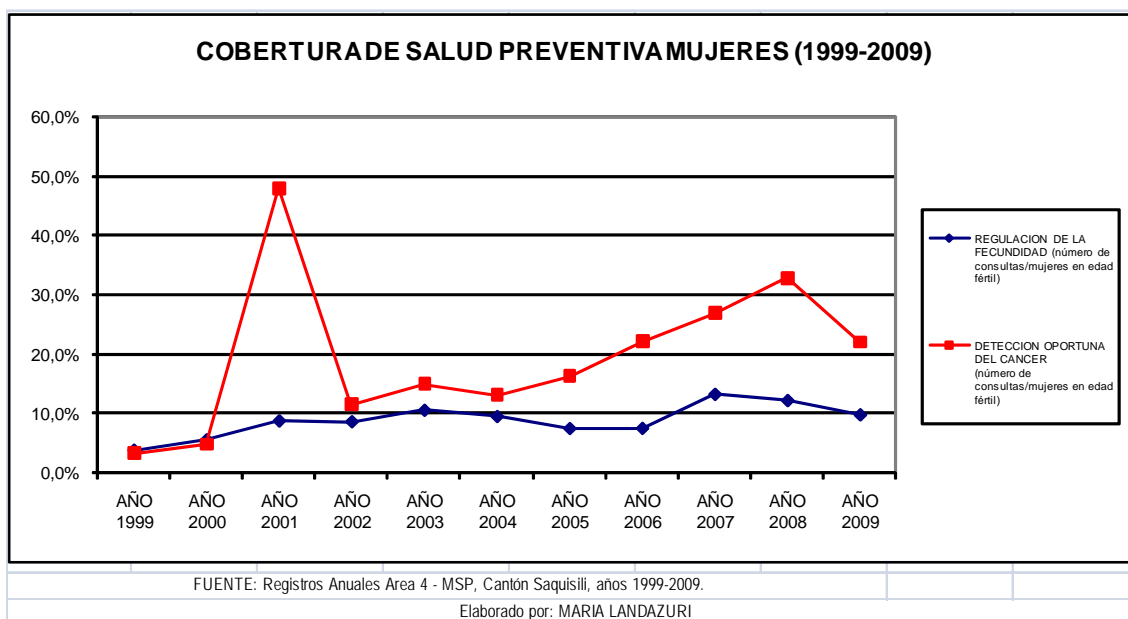


Ilustración 15. Atención de parto, MSP- cantón Saquisilí.

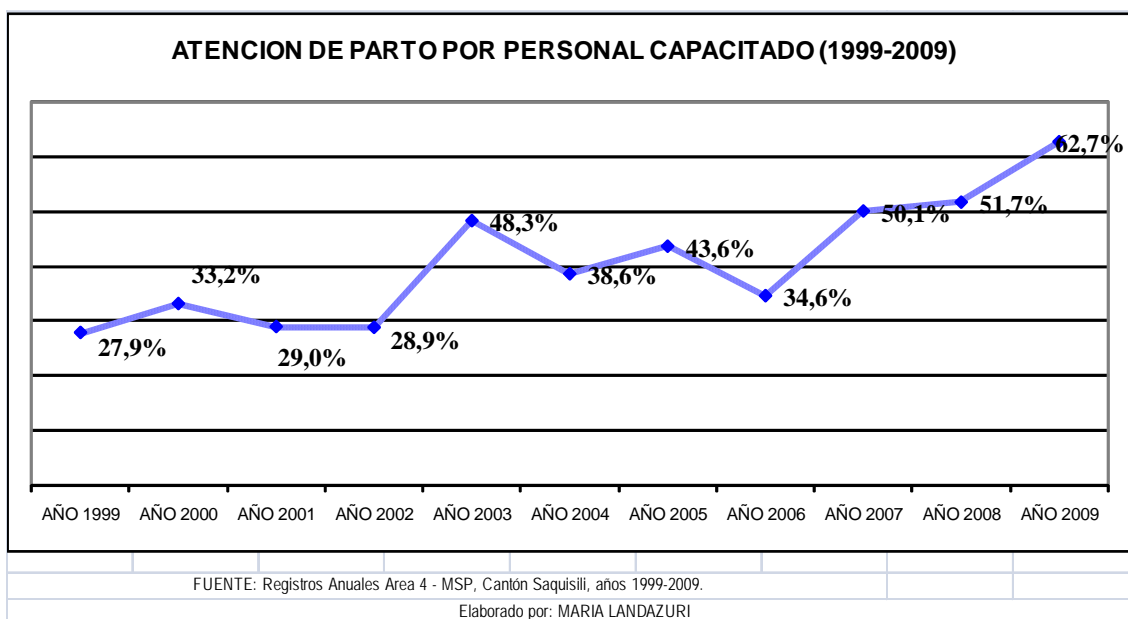
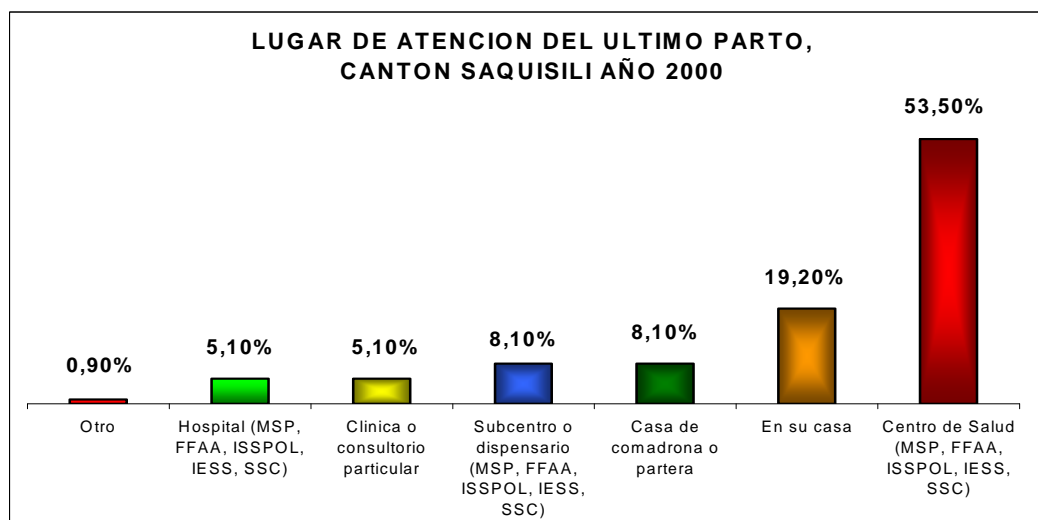


Ilustración 16. Lugar atención del último parto, MSP- cantón Saquisilí.



Fuente: LINEA DE BASE DEL CANTON SAQUISILI , UNICEF - INEC 2000
Reelaborado por : MARIA LANDAZURI

Ilustración 17. Número de casos de principales causas de morbilidad general Área No. 4 – MSP.

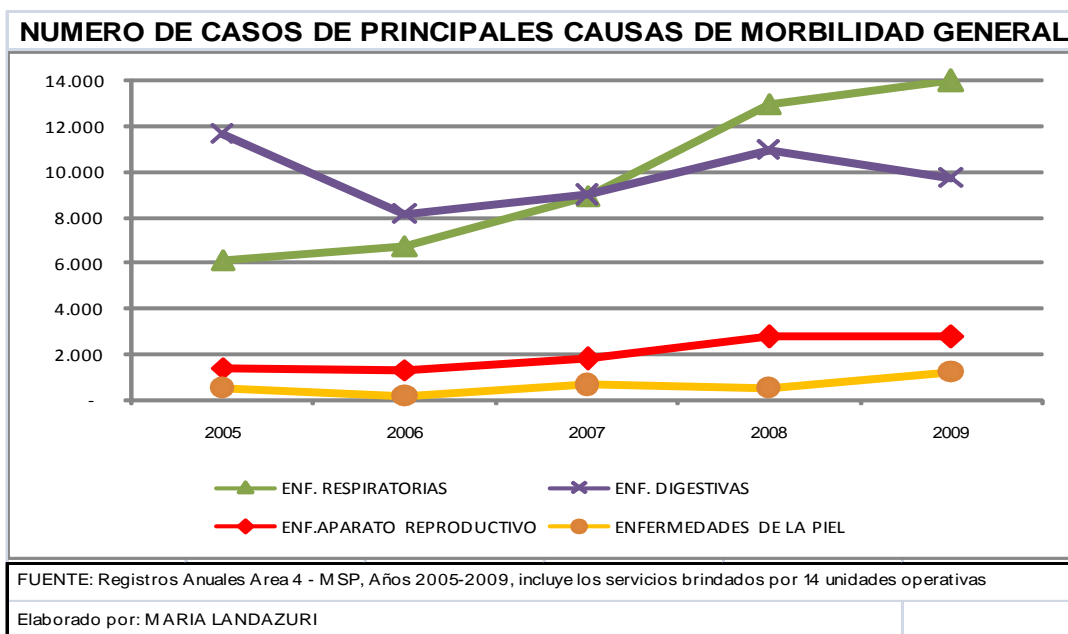


Ilustración 18. Número de casos de principales causas de morbilidad en niños menores de 1 año. Área No. 4 – MSP.

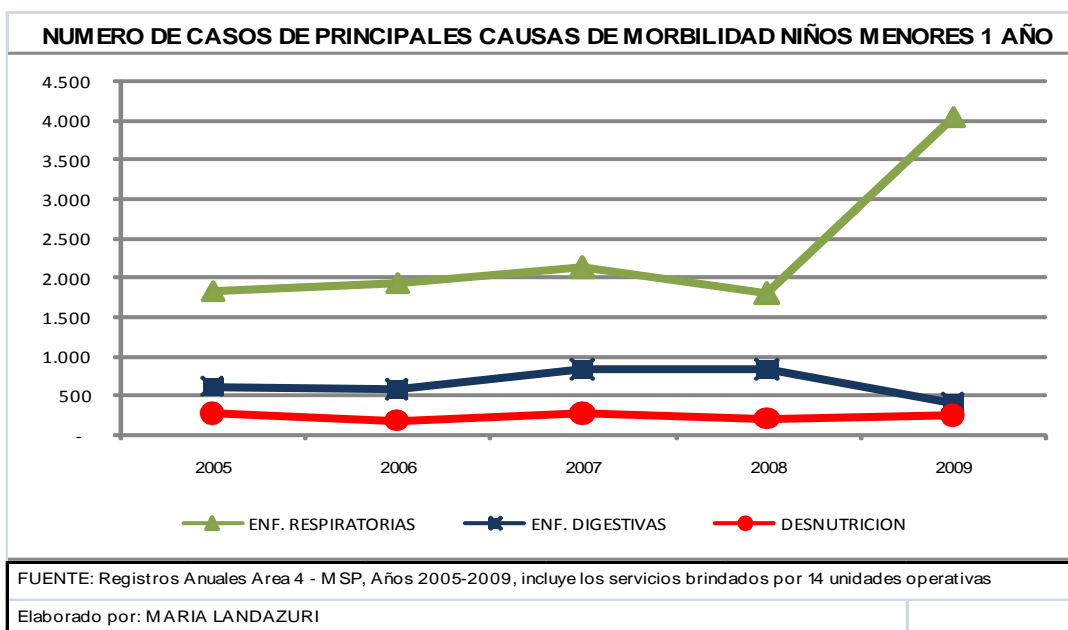


Ilustración 19. Número de casos de principales causas de morbilidad población de 1 a 20 años. Área No. 4 – MSP.

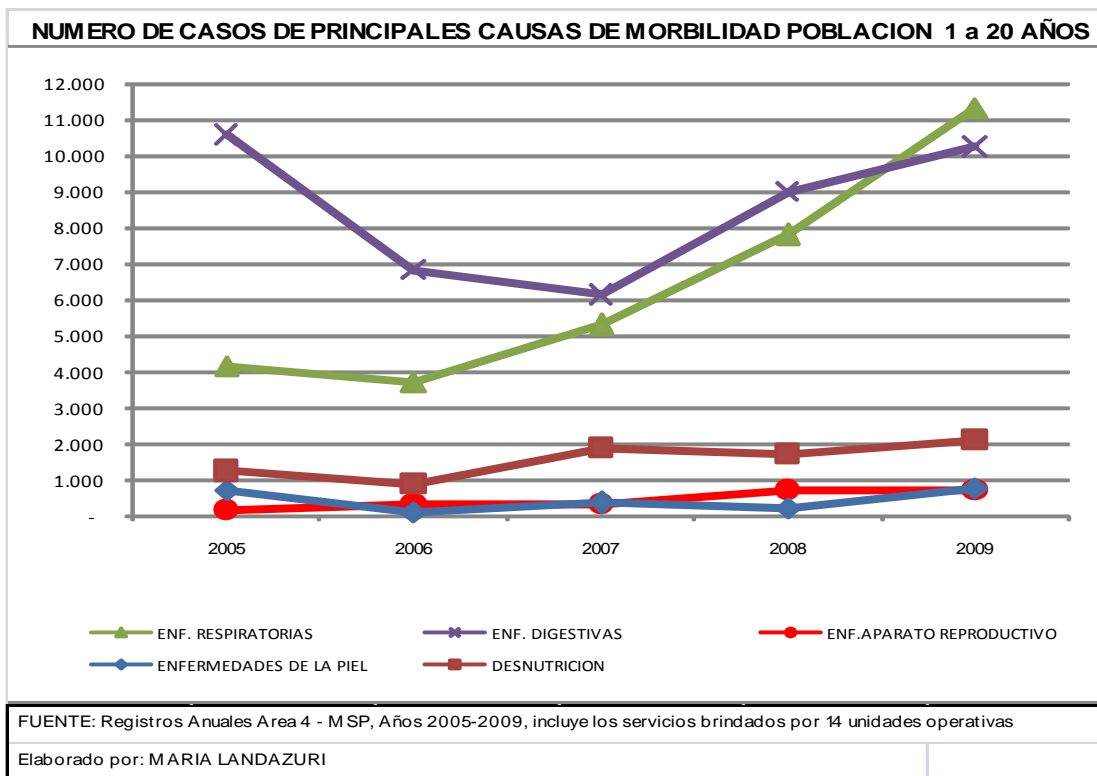


Ilustración 20. Principales causas de mortalidad general. Área No. 4 – MSP.

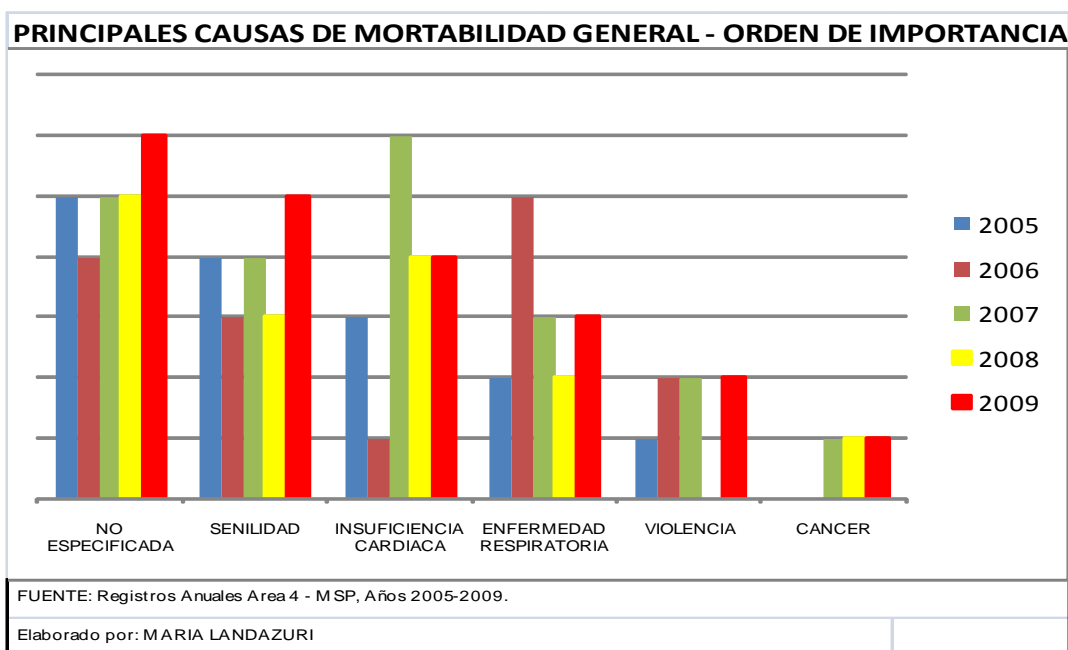


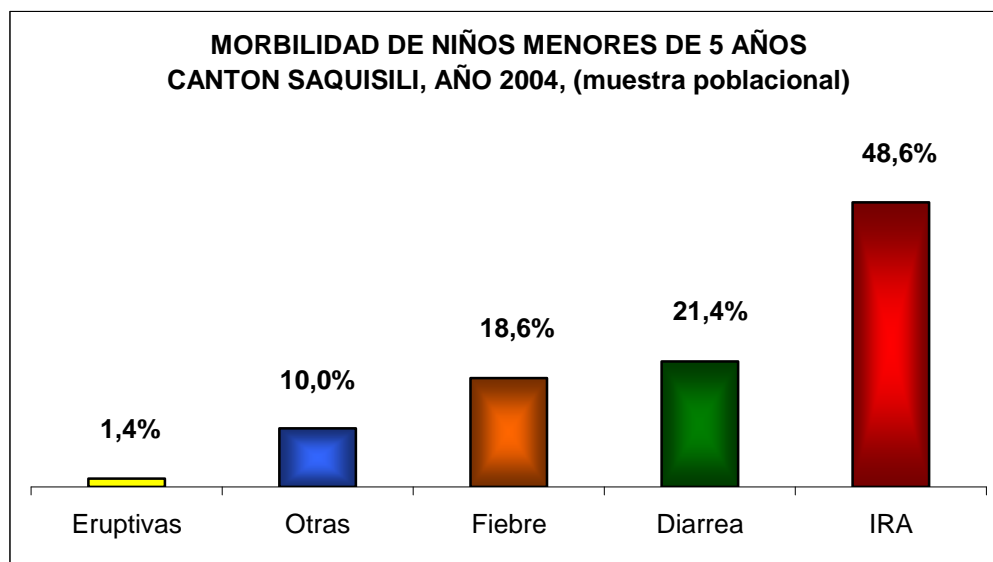
Ilustración 21. Matriz de análisis de actores en salud del cantón Saquisilí, Año 2004.

Relación	Actor	Rol	Poder 1= Bajo 3= Medio 5= Alto	Posición A favor= 1 En contra = 0	Impacto (PODER * POSICION)
Participantes Directos	Municipio de Saquisilí	Responsable por el bienestar de la comunidad	5	1	5
	Área No.4 MSP	Preparar soluciones técnicas en base a las necesidades de salud	5	1	5
	Dirección de Planificación (Municipio de Saquisilí)	Coordinador y organizador	3	1	3
Participantes Indirectos	Programa de Desarrollo del Area PDA – Visión Mundial	Intervención focalizada	1	1	1
	Proyecto Credi-Vida, Pastoral Social	Intervención focalizada	1	1	1
	Dirección Provincial de Salud Indígena	Propuestas técnica para integración de la medicina tradicional	3	0	0

	INNFA - ORI	Intervención focalizada	1	0	0
	UNICEF	Intervención focalizada	3	1	3
	Jatarishun (Organización Indígena de 2do grado)	Toma de decisiones y procesos de consenso	5	1	5

Fuente: Trabajo de grupo con el Comité Interinstitucional de salud y saneamiento, Cantón Saquisilí
 Elaboración: María Landázuri, Septiembre 2003

Ilustración 22. Morbilidad (opinión) en menores de 5 años, muestra cantón Saquisilí.



Fuente: MSP - Línea de Base AIPEI Comunitario Cantón Saquisilí 2004
 Elaboración: MARIA LANDAZURI

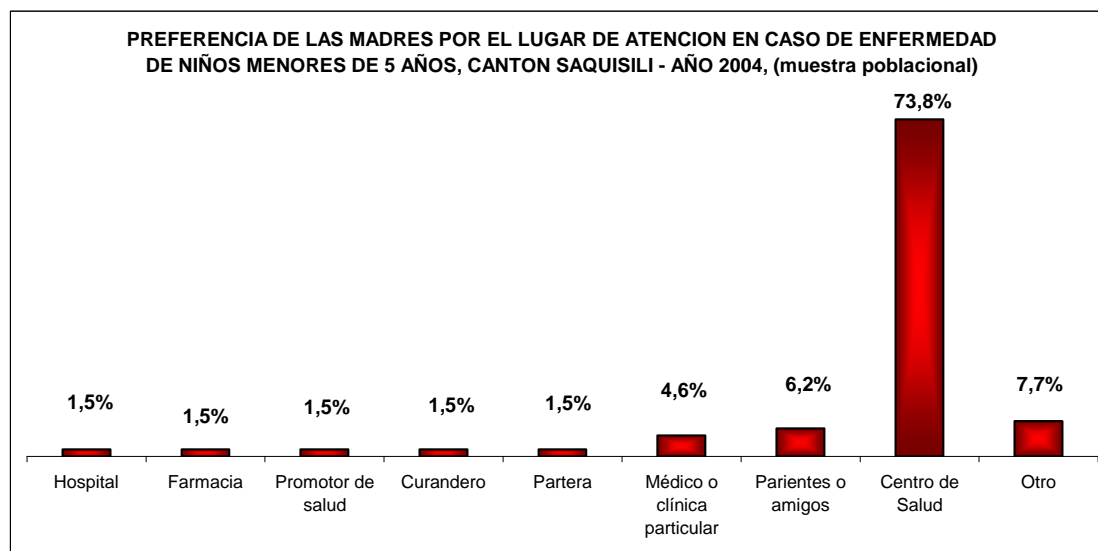
Ilustración 23. Signos de alarma para búsqueda de atención en salud, muestra cantón Saquisilí.

**SIGNOS DE ALARMA QUE MOTIVAN LA BUSQUEDA DE AYUDA O TRATAMIENTO
CANTON SAQUISILI AÑO 2004 (muestra poblacional)**

Signo de Alarma	Lugar de búsqueda de ayuda o tratamiento (# casos)					
	Hospital	Centro de Salud	Farmacia	Curandero	Parientes o amigos	Otro
Cuando no puede ni beber ni tomar seno	0	3	2	0	0	2
Tiene dificultad para respirar	0	1	0	0	0	0
Se le ve decaído	1	6	2	1	1	2
Tiene fiebre muy alta	0	2	0	0	0	0
TOTAL DE CASOS	1	12	4	1	1	4

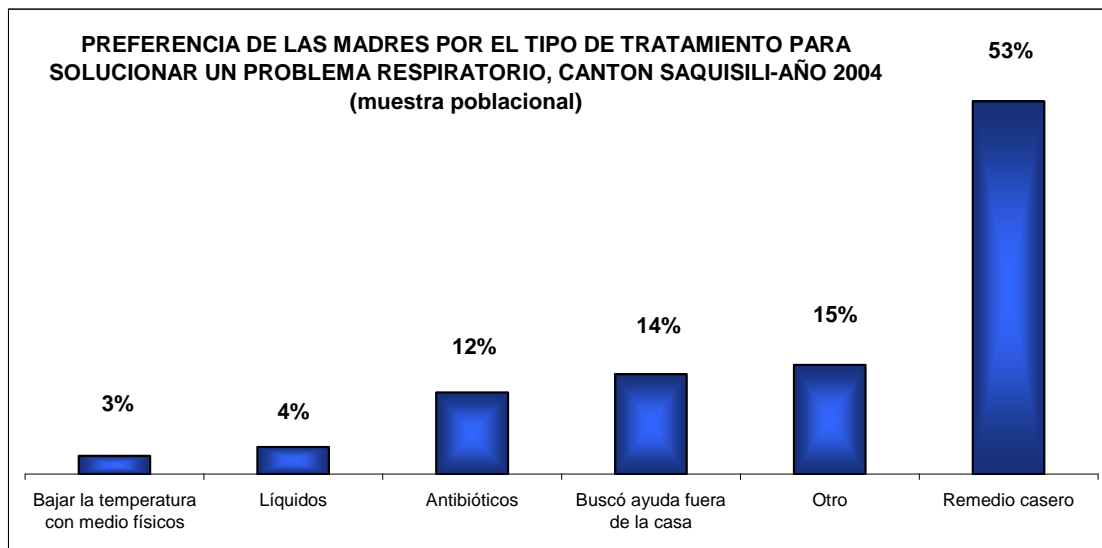
Fuente: MSP - Base de datos de la Línea de Base AIPEI Comunitario Cantón Saquisilí 2004
Elaboración: MARIA LANDAZURI

Ilustración 24. Preferencias sobre lugar de atención, muestra cantón Saquisilí.



Fuente: MSP - Línea de Base AIPEI Comunitario Cantón Saquisilí 2004
Elaboración: MARIA LANDAZURI

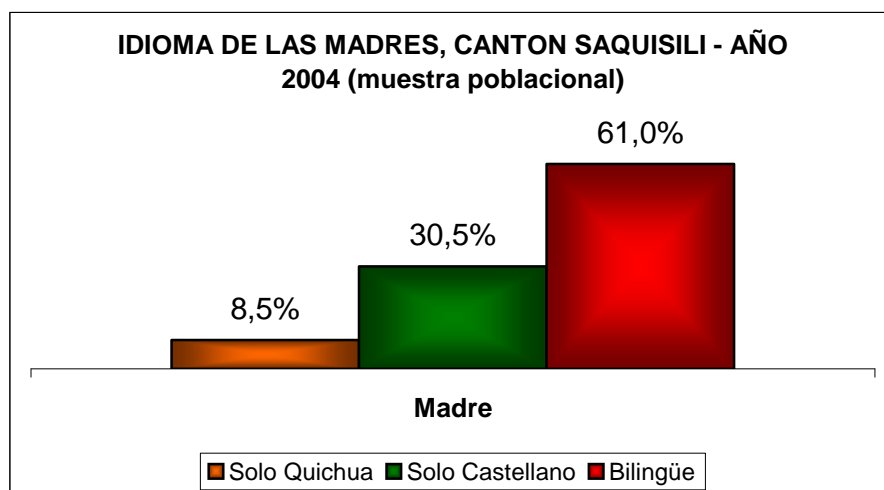
Ilustración 25. Preferencias sobre tratamiento, muestra cantón Saquisilí.



Fuente: MSP - Línea de Base AIPEI Comunitario Cantón Saquisilí 2004

Elaboración: MARIA LANDAZURI

Ilustración 26. Idioma que hablan las madres, muestra cantón Saquisilí.



Fuente: MSP - Línea de Base AIPEI Comunitario Cantón Saquisilí 2004

Elaboración: MARIA LANDAZURI

Anexo 3: HERRAMIENTAS PROPIAS DE INVESTIGACION CUALITATIVA

GRUPOS FOCALES

ANALISIS PARTICIPATIVO DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

a. Metodología:

La metodología aplicada es de grupo focal con el personal de servicios de salud del Ministerio de Salud en el Cantón Saquisilí. El proceso parte de una introducción de ideas de los conceptos de bienestar, salud e inclusión/exclusión social a los participantes; a continuación una lluvia de ideas sobre lo que necesitamos y esperamos tener para vivir con bienestar y salud. A partir de estos insumos el grupo se reconoce como incluido o excluido de cada una de las metas propuestas⁶¹ y en consenso se define si en términos generales, los habitantes de Saquisilí están incluidos o excluidos. Este insumo sirve para diferenciar entre las metas de las personas y las metas socialmente deseables.

b. Plan de trabajo: (tiempo estimado 3horas)

- i. Introducción al tema de salud e inclusión/exclusión(30 min)
- ii. Definición colectiva de salud (30 min)
- iii. Análisis de la situación de salud e identificación de grupos excluidos y posibles causas (45 min)
 1. Servicios: recursos, capacidad de atención, etc.
 2. Personas: ubicación geográfica, situación socio-económica, costumbres, idioma, otros.
 3. Estado: responsabilidades y roles del gobierno.

⁶¹ Una persona es incluida cuando tiene lo que necesita y espera para vivir con bienestar y salud.

c. Preguntas a responder:

i. Qué es salud?

ii. ¿Qué necesitamos para vivir con salud?

iii. ¿Quiénes están excluidos en salud?

iv. ¿Cuáles son las causas de la exclusión en salud?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CON LIDERES DE COMUNIDADES

1. Ha tenido alguna enfermedad en el último mes? Qué enfermedad? Podría describir cómo fue?
- 2.Cuál es la enfermedad que afecta a su familia con mayor frecuencia?
3. Qué síntomas o señales tiene esa enfermedad frecuente?
4. A dónde acude usted cuando un miembro de la familia está enfermo?
5. Qué persona le brinda atención en ese lugar al que usted acude?
6. Qué miembros de la familia se enferman con mayor frecuencia?
7. Qué hacen en las comunidades cuando hay un enfermo?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CON MADRES DE FAMILIA

1. Es usted madre?
2. Actualmente tiene hijos niños?
3. Han tenido alguna enfermedad en el último mes? Qué sucedió?
- 4.Cuál es la enfermedad que les afecta con mayor frecuencia?
5. Qué síntomas o señales tiene esa enfermedad frecuente?
6. A dónde acude usted cuando un miembro de la familia está enfermo?
7. Qué persona le brinda atención en ese lugar al que usted acude?
8. Quisiera contarme como solucionó algún caso de enfermedad que fue difícil?

ENTREVISTA A REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES-INSTITUCIONES DE SALUD EN EL CANTÓN

1. Qué servicios y actividades de salud realiza su organización en el Cantón Saquisilí?
2. De dónde provienen los recursos para sus actividades y servicios?
3. Con cuanto personal cuenta?
4. A qué grupo de personas o comunidades está dirigida su gestión?
5. Qué coberturas ha logrado su organización?
6. Qué áreas o temas relacionados con la salud tienen mejores resultados?
7. Coordinan ustedes sus actividades con el servicio de salud del Ministerio?
8. Realizan otras actividades además de las relacionadas con salud? Cuáles?

María Landázuri De Mora