

Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue

***“Control de la Malaria en Zonas Fronterizas de los Países Andinos:
Un enfoque comunitario”- PAMAFRO,***
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

**Fundación para la Investigación y Desarrollo
de la Salud y la Seguridad Social**



FEDESALUD

INVESTIGACIÓN

**“EL IMPACTO DE LAS REFORMAS EN SALUD
COLOMBIA, ECUADOR, PERU Y VENEZUELA
EN LA SITUACION DE MALARIA”.**

INFORME FINAL

Bogotá, Octubre de 2007

**“EL IMPACTO DE LAS REFORMAS EN SALUD
DE COLOMBIA, ECUADOR, PERU Y VENEZUELA
EN LA SITUACION DE MALARIA”.**

Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue
**“Control de la Malaria en Zonas Fronterizas de los Países Andinos:
Un enfoque comunitario”- PAMAFRO,**
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y Malaria.

Fundación para la Investigación y Desarrollo
de la Salud y la Seguridad Social

FEDESALUD

Director del proyecto

Félix León Martínez Martín.
M.D. Magíster en Salud Pública.

Investigadores principales

Rubiela Angélica Knudson Ospina.
M.D. Magister en Infecciones y Salud del Trópico

Odelí Isabel Mendoza Olivera
M.D. Magíster en Salud Pública

Inés Elvira Ordóñez Lega.
M.D. Epidemióloga

Carlos Eduardo Castro Hoyos,
M.D. Magíster en Salud Pública

Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue

OSCAR FEO ISTURIZ

Secretario Ejecutivo

ALEJANDRO LLANOS

Director Proyecto PAMAFRO

MARCELO AGUILAR

Coordinador Nacional Proyecto PAMAFRO – Ecuador

HUGO RODRIGUEZ

Coordinador Nacional Proyecto PAMAFRO – Perú

ENRRIQUE GARRIDO

Coordinador Nacional Proyecto PAMAFRO – Venezuela

MAURICIO VERA

Coordinador Nacional Proyecto PAMAFRO – Colombia

Fundacion para la Investigacion y Desarrollo
de la Salud y la Seguridad Social

INES ELVIRA ORDOÑEZ

Presidente

FELIZ MARTINEZ

Vicepresidente

SAUL GUZMAN

Revisor Fiscal

Introducción

Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, han atravesado durante los últimos años procesos de descentralización y reformas en salud con diferentes grados de aplicación y desarrollo que se deben describir y analizar para evaluar su efecto en los programas de las enfermedades transmitidas por vectores, en particular sobre malaria.

El Organismo Andino de Salud / Convenio Hipólito Unanue, es un organismo de integración Subregional, perteneciente al Sistema Andino de Integración, cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de los países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese mismo sentido, coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin.

El Organismo Andino de Salud, en calidad de receptor principal del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a través del proyecto *“Control de la Malaria en Zonas Fronterizas de los Países Andinos: Un enfoque comunitario” – PAMAFRO*, requería evaluar el impacto de estas reformas en un contexto particular de cada país.

Este proceso de investigación debería servir, a su vez, para: 1) adecuar las estrategias de intervención contra la malaria en cada país y dentro de ellos a las realidades regionales y 2) para que a nivel local se capaciten funcionarios y participen líderes locales en proyectos de investigación cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones.

El Proyecto buscó a través de convocatoria pública una entidad con experiencia en investigación y asesoría sobre reformas en salud, e igualmente con conocimiento específico de las reformas en salud y procesos de descentralización en los países participantes. La entidad debería contar adicionalmente con investigadores con experiencia. A partir de este proceso se seleccionó a la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social – FEDESALUD, entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, constituida para una finalidad social, con criterio de imparcialidad y objetividad; constituida por un grupo de expertos sectoriales que inicio sus actividades en 1999.

El Objeto Social de la Fundación es contribuir al crecimiento social y económico de Colombia y de otros países, en especial de Latinoamérica, a través del trabajo de investigación y mejoramiento en el campo de la salud y la seguridad social para garantizar con fundamento en el progreso sectorial, las metas de desarrollo humano en el marco del desarrollo sostenible.

La Fundación, para cumplir con su objeto social, utiliza el conocimiento, la experiencia y la experticia de profesionales nacionales e internacionales ampliamente acreditados y construye un banco de información sectorial.

Metodología

El proyecto presentado por FEDESALUD fue aprobado por PAMAFRO sobre la base de los siguientes objetivos general y específicos y metodología propuestos.

OBJETIVO

Analizar el impacto de las reformas realizadas en los sistemas de salud y de seguridad social de los países andinos¹ a partir de los años noventa, en la situación de la malaria y las acciones de control de la enfermedad, mediante el estudio de las reformas, su influencia sobre los programas nacionales, el efecto de la descentralización, la reconstrucción de información sobre el comportamiento diferencial de la enfermedad antes y después de las reformas, la recolección de las visiones gubernamentales, institucionales y de expertos, y el impacto específico de estos cambios en un departamento con alta frecuencia de malaria en cada país, para estimar el peso específico sobre los programas de control y en aspectos como promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar las reformas a los Sistemas de Salud y Seguridad Social de Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú. Incluyen los procesos de descentralización y desconcentración de las funciones de salud de los gobiernos centrales hacia los gobiernos federales, provinciales o municipales.
2. Documentar el proceso de implementación de estas reformas en los cuatro países a partir de información secundaria.
3. Ordenar la información sobre la prevalencia de malaria y las acciones para el control de la enfermedad en los cuatro países, en dos etapas, la primera entre 1970 y 1990 y la segunda, a partir de 1990. Incluye políticas, instituciones responsables, financiamiento, programas, participación social y evaluación de los mismos.
4. Construir información específica a partir de investigaciones y análisis específicos sobre el efecto e impacto de las reformas sobre la prevalencia de la malaria y las acciones de control de la enfermedad, y a través de encuentros con responsables gubernamentales y expertos nacionales.
5. Analizar el impacto de las reformas de salud y seguridad social, a partir de la década de los 90, en un departamento (estado, provincia) con alta frecuencia de malaria de cada país, en los programas de control y en aspectos como promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

¹ Países andinos participantes del Proyecto CONTROL DE LA MALARIA EN LAS ÁREAS DE FRONTERA DE LA REGIÓN ANDINA: UN ACERCAMIENTO BASADO EN LA COMUNIDAD (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), del Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, La Tuberculosis y la Malaria

6. Analizar la situación endémica de la malaria, la capacidad de respuesta de los gobiernos andinos y el peso específico de la organización de los Sistemas de Salud sobre la capacidad de respuesta. Identificar los elementos fundamentales de las reformas en el sistema de salud sobre los cuales debe incidirse, para obtener un mayor impacto en el control malaria.
7. Consolidar las conclusiones y producir una serie de recomendaciones posibles alrededor de la relación entre las reformas, la situación de la malaria y las acciones de control de la malaria en los países andinos.

EL ESTUDIO DE LAS REFORMAS Y SU IMPACTO SOBRE LA MALARIA

La metodología desarrollada se basa en un análisis que incluye varias dimensiones de comparabilidad entre los países objeto del estudio

- Comparación de los avances propuestos y logrados de las reformas de cada país desde los modelos asistenciales hacia los modelos de aseguramiento.
- Comparación del grado de avance en la transición de lo estatal a lo privado y los grados de delegación del servicio público de salud
- Comparación del grado de descentralización y autonomía de las instituciones de salud
- Comparación del avance del proceso de descentralización y desconcentración de las acciones de salud pública, del nivel nacional, al nivel provincial y al nivel municipal.
- Comparación de la descentralización específica de las responsabilidades y competencias en el programa de control de la malaria.
- Comparación de los cambios sufridos por los programas de control de la malaria como consecuencia de las distintas reformas.
- Comparación de la unicidad o multiplicidad de responsables de la prevención y control de la malaria
- Comparación de los énfasis de las políticas sobre malaria y enfermedades tropicales
- Comparación de las políticas de salud dirigidas hacia grupos étnicos y poblaciones dispersas
- Comparación de los cambios sufridos en el financiamiento de los programas de la malaria
- Comparación de los efectos de las reformas en los departamentos estudiados con alta incidencia de malaria.

Los métodos de recolección de información incluyeron:

- Recolección de series estadísticas sobre la malaria
- Recolección de información sobre financiamiento y recursos
- Análisis de los recursos en relación con la incidencia de malaria
- Búsqueda sistemática de publicaciones, estudios e investigaciones específicos
- Entrevistas estructuradas con autoridades, expertos en reformas y malaria en el nivel nacional y provincial de cada país

Para el análisis, el grupo de expertos del proyecto elaboró tablas y cuadros comparativos, revisó las tendencias y buscó identificar algunas correlaciones estadísticas significativas en lo posible. Las conclusiones preliminares se discutieron para su validación con un grupo más amplio de expertos.

Los siguientes fueron los instrumentos utilizados como guías de entrevista semiestructuradas en los cuatro países, donde se entrevistó al menos a cinco personas del nivel “expertos en reformas”, cinco personas del nivel “responsables de programas de control de vectores y malaria” y cinco personas del nivel “funcionarios operativos” en los NUTE 3 (Ver Anexo 3 Instrumentos)

- GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA Descripción de las reformas de los 90 – a Funcionarios directivos de salud a nivel nacional y regional expertos en reformas y responsables de la salud pública.
- “ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA MALARIA EN EL MARCO DE UN PROGRAMA para aplicar a Ex y Funcionarios responsables de las entidades encargadas de realizar el control de las enfermedades transmitidas por vectores/ MALARIA.
- GUIA DE ENTREVISTA a Funcionarios operativos de salud y de malaria a nivel local (municipal, parroquial) con amplia experiencia en la zona malárica.

Estos instrumentos se validaron mediante entrevistas piloto en la ciudad de Bogotá a funcionarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Salud Pública.

Los perfiles entrevistados fueron los siguientes:

- Funcionarios directivos de salud a nivel nacional y local expertos en reformas y responsables de la salud pública (Oficina de epidemiología, Control de Enfermedades Transmisibles, Directores del Ministerio, Instituto Nacional de Salud) preferiblemente con varios años de experiencia en los cargos.
- Funcionarios responsables de las entidades encargadas de realizar el control de las enfermedades transmitidas por vectores/ MALARIA. Funcionarios del SNEM.

En Ecuador se realizaron encuestas en las ciudades de Quito y Guayaquil y en Venezuela en Caracas, Puerto Ayacucho y Maracay. Adicionalmente, se llevó a cabo el uso de la técnica de grupo focal con personal del nivel operativo, para realizar la consolidación de información del personal del nivel operativo, concluyendo así el trabajo de campo en estos dos países.

En Colombia se realizaron encuestas en Bogotá y Medellín, y en Perú en la ciudad de Lima y la región de Loreto.

CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El grupo de expertos del proyecto discutió y acordó con la Dirección del mismo, consolidar la información recogida en un informe individual de cada país con la estructura desarrollada en la siguiente guía. Este informe país sería la base para el análisis comparativo y la dirección del proyecto iría consultando las dudas en el proceso y retroalimentando a su vez a los expertos en busca de cualificar y hacer más comparables, en función de las áreas de énfasis y hallazgos los respectivos informes país.

GUIA ELABORACIÓN DE INFORME PRELIMINAR PAIS

Perfil de país, consideraciones iniciales

1. Impacto de las Reformas de los 90

A. Descripción de las reformas

- A.1. Descentralización. Formulación, avances y dificultades en la implementación. Principales Hitos
- A.2. Reformas en el sistema de salud y/o seguridad social. Formulación, avances y dificultades en la implementación. Principales Hitos
- A.3. Crisis económicas o políticas de los países. Hitos

B. Opiniones sobre el impacto de las reformas y las crisis

- B.1. Descentralización, cambios y resultados. Impacto sobre la prestación de servicios de salud, sobre los programas de salud pública y sobre el programa de malaria. Impacto sobre la situación de salud. Puntos de acuerdo y desacuerdo
- B.2. Reformas del sistema de salud y seguridad social. Cambios y resultados. Impacto sobre la prestación de servicios de salud, sobre los programas de salud pública y sobre el programa de malaria. Impacto sobre la situación de salud. Puntos de acuerdo y desacuerdo
- B.3. Crisis económicas o políticas de los países. Cambios y resultados. Impacto sobre la prestación de servicios de salud, sobre los

programas de salud pública y sobre el programa de malaria. Impacto sobre la situación de salud. Puntos de acuerdo y desacuerdo

C. Análisis de hallazgos preliminares

- C.1. Descentralización. Análisis preliminar de hallazgos y comparación con la literatura previa
- C.2. Impacto de las reformas a los sistemas de salud y/o seguridad social. Análisis preliminar de hallazgos y comparación con la literatura previa
- C.3. Impacto de las crisis económicas y o políticas sobre los programas de control de la malaria o la situación de la malaria.

II. Programa de Malaria

A. Evolución de los procesos

Proceso	Antes	Durante	Después
Organización y Estructura – Cambio de competencias			
Sistemas de Información			
Vigilancia Epidemiológica- Entomologica- Medicamentos			
Promoción y Prevención – Educación			
Diagnóstico y Tto, Atención			
Recursos			
Participación comunitaria			

A.1. Articulación de los procesos para el control de la Malaria con el Sistema de salud

A.2. Articulación de los procesos para el control de la Malaria con la planeación local de salud

B. Matriz análisis del programa según instrumento evaluación de programa

MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN - EVALUACION DE PROGRAMA DE MALARIA

PAIS: _____

	Período previo a la reforma	Período inmediato a la reforma	Recientemente
I. Plan Estratégico			
Marco nacional de estrategia y acción multisectorial para la lucha contra la malaria			
Sectores involucrados			
Salud			
Educación			
Trabajo			
Transporte			
Ejército			
Mujeres			
Juventud			
Áreas del Programa abordadas por la estrategia nacional			
a. Asesoramiento y pruebas voluntarias- gota gruesa			
b. Promoción y distribución de toldillos			
c. Profilaxis - uso de repelentes			
d. Tratamiento y atención			
e. Migración			
Poblaciones objetivo abordadas por la estrategia nacional			
f. Adultos mayores			
g. Juventud			
h. Poblaciones más expuestas- trabajadores en bananeras			
i. Niños y embarazadas (vulnerables)			
Problemas interrelacionados abordados por la estrategia nacional			
j. Malaria y pobreza			
k. Infraestructura de vivienda			
l. Infraestructura de servicios públicos			
m. Aguas estancadas – inundaciones ,colecciones naturales			
Programa			
A. Objetivos formales del programa			
B. Un presupuesto detallado de costos			
C. Proveedores externos de financiamiento			
Participación de la sociedad civil en la fase del planificación			
Integración de la malaria en el Plan Nacional de Desarrollo			

	Período previo a la reforma	Período inmediato a la reforma	Recientemente
Aspectos incluidos			
Prevenición de la malaria			
Atención y apoyo			
Reducción del impacto de la malaria			
Reducción de las enfermedades transmitidas por vectores			
Reducción de las desigualdades de ingreso que se relacionan con la prevención y atención de la malaria			
Evaluación del impacto de la malaria en el desarrollo socioeconómico			
Estrategia de lucha contra la malaria entre las fuerzas armadas			
Valoración de los esfuerzos de planificación de estrategias en los programas de malaria (Incluya explicación de la diferencia , si existe			
II. Apoyo político			
Se habla en público desde el gobierno a favor de los esfuerzos contra la malaria			
Organo para la gestión y coordinación multisectorial de las acciones contra enf. transmitidas por vectores reconocido por la ley			
Período en que se creo			
Organo nacional de malaria que promueva la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil			
Valora del apoyo político a los programas de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores (explique si hay diferencias)			
III. Prevención			
Política o estrategia para fomentar la información, educación y comunicación (IEC) sobre la malaria a la población en general			
Política o estrategia para fomentar la educación sobre salud ambiental y transmisión vectorial			
La educación sobre transmisión vectorial forma parte del plan de estudios en escuelas			
Política o estrategia para atender a las poblaciones más expuestas a malaria como:			
Trabajadores de las bananeras, mineros o cultivos ilícitos			
-Habitantes de humedales			
-Emigrantes transfronterizos y poblaciones móviles			
-Refugiados o poblaciones desplazadas			
-Otras poblaciones más expuestas (sírvanse especificar cuales)			
Política o estrategia para ampliar el acceso a los productos básicos de prevención (pruebas de gota gruesa, microscopios y medicamentos antimalaricos, toldillos impregnados)			
Programa de capacitación a microscopistas y técnicos			

	Período previo a la reforma	Período inmediato a la reforma	Recientemente
Programa de diagnóstico precoz o detección de portadores sanos			
Programa de monitoreo a la resistencia a los antimalaricos			
Otros programas? SI / NO (sírvase especificar cuales)			
Calificación de los esfuerzos de política en apoyo de la prevención, (explique las diferencias)			
Maque las actividades de prevención que se han puesto en marcha después de la reforma de los 90s			
Programa para promover la información precisa sobre la transmisión vectorial por los medios de comunicación			
Estudios entomológicos que permitan la caracterización de los criaderos para control vectorial			
Programa de distribución de toldillos impregnados			
Educación acerca de la malaria impartida en las escuelas			
Información para el cambio de hábitos de higiene ambiental, eliminación de reservorios, control de aguas estancadas,etc			
Instalación y dotación de puestos dentro de una red de laboratorios para el diagnóstico y tratamiento de la malaria. Asesoramiento y pruebas de gota gruesa			
Acceso a los servicios de salud			
Calificación de los esfuerzos en la aplicación de los programas de prevención de la malaria(explique las diferencias)			

C. Reflexiones individuales y comparación con respecto a lo publicado en la literatura..

III. Comportamiento de la malaria

A. Información básica: Datos desde 1970

- o Morbilidad. Número de casos totales y por especie (*Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, infección mixta).
- o Índice parasitario anual: (Número de casos ÷ población en riesgo) X 1000
- o Mortalidad: Casos mortales reportados en el año.
- o Mapas de riesgo

Gráficos correspondientes

B. Descripción de brotes:

- o Área geográfica
- o Año/mes
- o Posibles causas: Migración poblacional, aumento de lluvias o sequía, debilitamiento de las actividades de control o vigilancia, etc...

C. Cambios en las tendencias:

- o Características de la tendencia de la malaria total y por especie (predominio de una especie en algún período específico).
 - o Relación P. Vivax/ P. Falciparum por periodo
- o Características de los ecosistemas donde se reportan los casos en el país
- o Características de la malaria urbana vs la malaria rural
 - o Relación Malaria urbana/Malaria rural por período.
- o Actividad económica o social que se pueda relacionar con el comportamiento de la malaria.
- o Datos demográficos de la población más frecuentemente afectada.

D. Relación de acontecimientos específicos importantes (hitos) que presuntamente afectan el comportamiento de la malaria.

Año	Acontecimiento
	Relacionados con la tecnología: Uso de toldillos, identificación de resistencia a los medicamentos, cambio de esquemas de tratamiento, cambio de químico utilizado como medida de control (fumigación), implementación o deterioro de sistemas de vigilancia, migraciones poblacionales, cambios en la economía, vigilancia sobre el clima, etc...
	Reformas: Cambios operativos relacionados con alguna reforma y que impactaron en el programa de malaria.
	Momentos críticos: Déficit económico que implicó desabastecimiento de medicamentos o insumos, fenómenos climáticos, etc...

E. Reflexiones individuales y comparación con respecto a lo publicado en la literatura.

Con base en los informes país se inició el proceso de comparación de los países, con la siguiente estructura:

- ' Las reformas de los 90 en los países andinos
 - o Las reformas descentralizadoras
 - o La descentralización, particularidades de cada país
 - o Las reformas de los sistemas de salud y seguridad social
 - o Las reformas en salud, particularidades de cada país
- ' Comportamiento de la malaria

- o Información básica. Datos 1980-2005
- o Crítica a la información

Cabe anotar en este punto la dificultad de construir series más largas por serias deficiencias de información en todos los países, así como la necesidad imperiosa de construir un aparte de crítica a la información, que permitió profundizar en el fenómeno de la malaria y las dificultades relacionadas con los reportes de morbilidad por su relación con el mayor o menor esfuerzo diagnóstico del país, las pérdidas de información, como también las variaciones de los denominadores poblacionales para la construcción de los índices.

- ' Descripción de brotes y fenómenos epidémicos
 - o Diferencias claves entre los países
 - o Cambios en las tendencias
 - o Características de la tendencia de la malaria total y por especie parasitaria
 - o Relación entre P. Vivax y P. Falcíparum y cambio de relación en periodos epidémicos
- ' Las crisis económicas y políticas y su impacto sobre los recursos y el accionar de los programas y actividades de control de la malaria

Para el análisis final y las conclusiones, los impactos de las reformas y las crisis se observaron desde dos categorías que surgieron claras en la investigación, aquellos encontrados con características de fenómeno coyuntural y transitorio, en años precisos, producto por ejemplo de la etapa inicial de cambios de competencias y personal en el proceso descentralizador o de crisis económicas agudas, y aquellos impactos que se consolidaban a largo plazo, que muestran un efecto consistente a mediano plazo, como la pérdida de capacidad de respuesta frente al comportamiento de la malaria o la disminución del financiamiento de los programas y acciones de control de la enfermedad.

Se produjeron según esta consideración los siguientes capítulos de análisis y conclusiones preliminares.

- El impacto coyuntural de las reformas sobre los programas de control de la malaria
 - o Impacto en cada país
- El impacto de largo plazo de las reformas sobre los programas y acciones de control de la malaria.
 - o Impacto en cada país

Finalmente se construyeron las conclusiones y recomendaciones finales de la investigación, que fueron nuevamente discutidas por el grupo de expertos y sometidas, de acuerdo con la metodología prevista, a un proceso de discusión y validación con expertos externos.

“EL IMPACTO DE LAS REFORMAS EN SALUD COLOMBIA, ECUADOR, PERU Y VENEZUELA EN LA SITUACION DE MALARIA”.

1. LAS REFORMAS DE LOS 90 EN LOS PAÍSES ANDINOS

1.1. Las reformas descentralizadoras

Según Fernando Carrión: “La descentralización implica una readecuación de las relaciones entre el Estado y la sociedad, que se expresa - por ejemplo- en la transferencia de competencias de una entidad constituida a partir de una jurisdicción nacional a otra de orden subnacional. Esta transferencia produce, concomitantemente, una transferencia de la parte correspondiente de la sociedad nacional a la local y, por tanto, a una descentralización de un segmento de la sociedad. Es decir, se genera un cambio de interlocución social que lleva a posicionar localmente a los actores, anteriormente nacionales. Y esto porque la sociedad tiende a reproducir en sus instituciones -a imagen y semejanza- el carácter del Estado. Por eso, el sistema político de un estado centralista es -también- centralista.”

La descentralización es consustancial al proceso de democratización del Estado, en tanto redefine la centralidad, es decir el poder, dentro de la estructura estatal y, además, replantea las formas de representación y participación de la población. Pero también por que históricamente reaparece con el proceso de redemocratización y el regreso al orden constituido.

La necesidad de reforma del Estado se ha convertido un lugar común. No así las vías para lograrla, en tanto existe un arduo debate alrededor de ciertos temas centrales. Uno de los cuales gira entorno del movimiento centralización/descentralización. Esto permite entender, según los ámbitos institucionales y la profundización del proceso, que la descentralización sea un campo de intereses conflictivos, en el que están inscritos actores sociales específicos. Cada uno de estos tiene sus prácticas concretas que moldean, aceleran o frenan al proceso. De allí que sea factible comprender que se trata de un proceso altamente heterogéneo que -incluso- puede llevar a resultados perversos, no siempre deseados.

Sin embargo cuando se profundiza respecto de los contenidos de la descentralización, existen distintas formas de entenderse y concebirse. Así mientras la **descentralización** tiene que ver con la transferencias de competencias y recursos de un nivel central de gobierno (por ejemplo, un ministerio) hacia otro de distinto origen y que guarda autonomía frente al anterior (por ejemplo, un municipio), la **desconcentración** hace referencia a la delegación de competencias de una administración central (por ejemplo, un ministerio) a ciertos órganos dependientes (por ejemplo, una dirección provincial del mismo). Tanto la una como la otra no deben confundirse con el **descentramiento** o privatización. En este caso se trata de un proceso de debilitamiento del lugar central que ocupa la política y lo público, y

puede operarse por la vía de la informalización o por la privatización, como un medio que utiliza un gobierno para aumentar la eficiencia, pero resignando la responsabilidad estatal, pública y política (Carrión, 1996).

Los tres conceptos tienen que ver con la categoría centro y se definen por una relación que involucra al centro y la periferia y no solo a uno de sus componentes. Por tanto, es un tema integral (centro-periferia) y no local (periferia), que está en constante movimiento de cambio, en la que una reubicación de la centralidad lleva a una reubicación de la periferia o viceversa. Lo que en un momento -o relación- es centro, en otra puede ser periferia. Esto significa que la relación es histórica y que, por ejemplo, gracias a la globalización, los estados nacionales pierdan la condición de centralidad en beneficio del nivel supranacional; pero también puede ocurrir que un Estado nacional se periferice, perdiendo en esta relación la cualidad de poder central y constituyéndose en poder local.

Según el peso que cada uno de estos tres conceptos tenga se define una concepción particular de la descentralización. Así tenemos que por la vía del descentramiento se llega a la privatización, por la desconcentración a la dependencia y por la descentralización a la autonomía. De igual manera, si es que se le asigna mayor relevancia a un órgano en especial (municipalista), a un territorio específico (regionalista) o a un sector en particular (salubrista)². Por otro lado, si consideramos la cualidad de centralidad, presente en los tres conceptos, veremos que los dos casos iniciales implican una redistribución de la centralidad dentro del propio Estado y, en el tercero, por el contrario, de una pérdida de la centralidad en lo público, la política y lo estatal, en beneficio del mercado.

Algunas de las motivaciones que están presentes en estos procesos (eficiencia, eficacia, etc.) tienen intenciones y contenidos distintos según el caso que se trate. Por ejemplo, la descentralización facilita la participación y representación; la desconcentración abona a la gobernabilidad y la privatización auspicia la segmentación social. Por ello, no pueden ni deben ser vistos como si fueran lo mismo, a pesar de que puedan formar parte de un mismo proceso. Lo que puede ocurrir, como de hecho así sucede, que simultáneamente se lleven a cabo los tres procesos, porque no son excluyentes ni tampoco el uno es condición del otro; además, estos procesos pueden desplegarse a escalas y niveles distintos al interior del estado. Por ejemplo, pueden impulsarse por separado o de manera simultánea la descentralización, desconcentración y/o descentración en los niveles nacional (la ley de descentralización y participación social), provincial o al interior de un municipio en particular como el de Quito.

Según Darío Restrepoⁱ “Inocular las reglas del mercado en el funcionamiento del Estado y de “lo público” es el objetivo estratégico de la descentralización para los reformadores neoliberales. No es propio de la inteligencia de la tecnocracia local, y quizás de ningún país dependiente, inventarse tan radicales soluciones. Las agencias internacionales, principalmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo ayudaron a ambientar las reformas mediante

² El peso asignado a una de estas variables puede devenir en una **descentralización asimétrica**, con consecuencias perversas: mayor centralización.

créditos condicionados a las nuevas recetasⁱⁱⁱ. Las principales universidades de los países del norte produjeron las doctrinas interpretativas, los marcos de política y la racionalización de las soluciones tendientes a demostrar ecuaciones, teoremas y principios de la ciencia económica y administrativa que aconsejan la obtención de la eficiencia de mercado por la vía de la descentralización.

Las movilizaciones sociales de la década del setenta y el ochenta, originadas en las grandes inequidades y conflictos sociales, así como la incapacidad de los Estados centralizados de dar solución a los requerimientos de las comunidades, contribuye también a ambientar la reforma en busca de una geografía institucional más descentralizada.

¿Todos los caminos conducen a la descentralización?

¿Pero, por qué fuerzas e intereses tan disímiles coinciden en la cita contra el centralismo? ¿Por qué tanta unanimidad? Todos intentan subvertir el orden, aunque las aspiraciones de unos y otros no son idénticas. Los de abajo desean socializar el poder, construir la dimensión espacial de la democracia. Los políticos de provincia aspiran a recobrar, 100 años después, la importancia de antaño. Los neoliberales buscan las instituciones que mejor expresen las reglas del mercado, privatizar el Estado y fomentar buenos negocios.

Cabe señalar la diferencia fundamental en el entendimiento de la descentralización entre los países federales (la mayoría en América Latina) y los países unitarios o centralistas. Mientras los primeros se refieren comúnmente a la descentralización como un reforzamiento de la autonomía de los Estados Federales respecto al Gobierno Central, y un fortalecimiento secundario de lo local a lo municipal en los segundos se habla de procesos de municipalización prioritariamente, donde incluso en ocasiones pierden poder decisorio y recursos los gobiernos provinciales, con lo cual se refuerza la dependencia de las autoridades locales del gobierno central y la vocación centralista de los países.

Diseño impuesto por el Banco Mundial, responden algunos para explicar desde afuera la trama de las modificaciones nacionales, como si los actores locales representaran una obra ajena, marionetas tiradas por las cuerdas del imperialismo. Evento enteramente propio en sus significados, actores y alcances, repostan otros. Cada hipótesis explicativa arroja luces al escenario, alumbrando actores reales actuando. Sin embargo, la teoría del complot o la opción por la insularidad son insuficientes para entender las múltiples relaciones de interdependencia entre factores exógenos y endógenos en las reformas nacionales.

El capitalismo en ninguna parte está construyendo Estados grandes y centralizados, todo lo contrario, en los últimos treinta años no son pocos los países que en América Latina, Europa occidental y del este, Asia y África, es decir, en todos los continentes, han emprendido bajo diferentes calificativos, una federalización de los procesos políticos, y/o administrativos y/o económicos. Varias hipótesis pueden aventurarse. Algunas refieren a intenciones compartidas por fuerzas esparcidas por el mundo entero, tales como: la lucha por la democracia, las reivindicaciones de minorías nacionales, étnicas, religiosas o de lengua. Sin

duda, el anhelo de una participación más decisiva de los pueblos en los asuntos de su interés es parte de una globalización de las subjetividades políticas en curso. Otras, no menos persuasivas, explican desde el imperio programático del neoliberalismo, el pensamiento único y sus agencias, la coincidencia de propuestas y reformas espaciales.

Nosotros consideramos que las ideas y creencias son factores tan poderosos en las transformaciones históricas, como las fuerzas sociales y políticas que las acogen, las usan, las llenan de intenciones y las traducen en armas de las contiendas propias a cada lugar. Lo que de la subjetividad va a los movimientos sociales y a las transformaciones materiales, emprende también el viaje en el otro sentido, de los cambios productivos y tecnológicos, a las transformaciones institucionales, que modifican, crean y destruyen actores sociales y políticos, a la vez que fecundan la emergencia de nuevas subjetividades que socavan los valores del mundo anterior. ¿Cómo funciona esta circularidad, cuáles son sus reglas, sus regularidades? No lo sabemos bien, aunque tenerlo presente invita a pensar de manera compleja y abierta un cúmulo de variables en el devenir histórico.

Reestructuración capitalista y descentralización

La descentralización de los Estados expresa el abandono de la organización centralista en el desenvolvimiento de los conflictos e intereses, es como si se cambiara el cuadrilátero para continuar la contienda en otro escenario. La forma del Estado se pulveriza hacia adentro porque el Estado nación mismo no es ya la referencia principal de los procesos de acumulación. A la construcción del mercado nacional le sustituye la inserción de actividades económicas y territorios específicos en circuitos transnacionales; a las instituciones de regulación de la planeación económica de mediano plazo le sucede la programación macroeconómica de corto plazo para atraer inversiones y capital; a los modelos de desarrollo centralizados se les exasperan las demandas sociales territoriales; a los sistemas políticos nacionales les crecen las pretensiones de los representantes locales que aspiran a un mayor protagonismo en un mundo en el que se disuelven los pactos acaecidos dentro de la geografía del Estado nación centralizado.

De alguna manera, la forma de organización descentralizada de los sistemas políticos, las finanzas públicas, la administración y prestación de servicios básicos a la población es el componente administrativo de la nueva geografía descentralizada de las relaciones capitalistas. La tensión contra el Estado nación surge cuando el capitalismo rebasa sus fronteras, abandona el corsé del mercado nacional, se globaliza re-localizándose, choca contra los pactos nacionales que protegen las fronteras y pretende abolir toda institución, norma, traba administrativa, actor sindical o político engrapado a las estructuras del viejo Estado Nación.

Lo que conocemos como proceso de descentralización es entonces el resultado de la pugna entre estrategias propias a una multiplicidad de actores económicos, políticos y sociales en unas condiciones históricas específicas: la reestructuración del Estado y la sociedad capitalista. La forma del Estado Nación está sometida a una triple tensión (Restrepo, 1994): hacia afuera, por la globalización de los

intereses de las empresas transnacionales y el incremento de la interdependencia productiva, comercial y financiera en el sistema económico mundial; hacia adentro, mediante procesos de descentralización de recursos, competencias y un acrecentado liderazgo político local; hacia el mercado, a través de la privatización de activos y empresas antes de propiedad estatal.

No es el fin del Estado, ni siquiera de su forma nacional, entre otras razones porque es desde la cúspide de los gobiernos centrales que se programan los desmontes de las funciones estatales de la era capitalista anterior, se transfieren activos al sector privado y transnacional y se conectan los circuitos económicos locales con la globalización. Tampoco es el fin de la política, sino la corrupción de las prerrogativas que los partidos, instancias y regulaciones nacionales tenían, para ser cedidas y compartidas con escenarios extra estatales y supra estatales, así como locales. La política se empequeñece en la arena nacional, se abre y pluraliza en lo local, se agranda en escenarios institucionales mundiales y se difumina a través de las redes virtuales de geografía múltiple, porosa y abierta.

1.2. La descentralización. Particularidades de cada país

1.2.1. Venezuela

Durante la bonanza petrolera de Venezuela, ocurrida entre 1945 y 1960, el Estado empleaba tales recursos para asegurar su dominio político. Los gobiernos de entonces, desde el Rómulo Betancourt golpista hasta el Rómulo Betancourt electo popularmente en 1959, sucedido por otro compañero golpista electo en 1964, impulsaron diferentes políticas descentralizadoras (Nuevo Ideal Nacional) y modernizantes (Pacto de Punto Fijo), de los que surgió la planificación regional, orientada esencialmente para administrar los recursos naturales.

Esta regionalización, una vez iniciada la crisis del modelo de desarrollo, se convirtió en la "reforma de la forma federal del Estado", como fórmula mágica para buscar nuevas alternativas económicas, enfrentar la situación y conservar la hegemonía.^{iv}

La década de los 90 es una época de consolidación del proceso de descentralización, soportado por la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público –LDDTC, aprobada en 1989, en el contexto de la Constitución de 1961.

En octubre de 1998, poco antes de la elección del presidente Hugo Chávez, se aprueba el Plan Nacional de Ordenación Territorial, definiéndose la estrategia de descentralización desconcentrada, responsable de enfrentar el desequilibrio territorial en Venezuela.

La Constitución de 1999, preparada por representaciones de los distintos partidos políticos venezolanos, pero con mayoría del partido de gobierno en el poder, a su vez, acogió la descentralización como política de Estado.

Como se manifiesta en las conclusiones sobre un estudio que analizó la visión de los alcaldes venezolanos acerca de la descentralización:

“Uno de los objetivos principales de la descentralización es profundizar la democracia. Desde que se inició el proceso de descentralización en Venezuela, en el año de 1989, han ocurrido una serie de cambios en el sistema democrático del país. Uno de ellos, como es un supuesto de la descentralización, es acercar el poder al ciudadano. En Venezuela antes de la puesta en ejecución de ésta ni siquiera se elegía a las autoridades regionales menos aún las locales, pues la figura del Alcalde no existía. El presidente de la república nombraba a discreción las autoridades regionales.”

“Encontramos así que los alcaldes conocen los supuestos teóricos que sustentan el programa de descentralización. En éste sentido observamos que un alto porcentaje de ellos está de acuerdo con la idea de que la descentralización ha fortalecido la legitimidad del sistema democrático a escala nacional, no sucediendo lo mismo con la gobernabilidad que según ellos ha incrementado pero en menor escala que la legitimidad. Asimismo consideran que con la política de descentralización los ciudadanos empiezan a jugar un papel principal especialmente a nivel local. Debido a que consideran que con ésta los ciudadanos pueden expresar mejor sus necesidades a las autoridades locales al tiempo que pueden exigir responsabilidad a las autoridades locales por sus acciones. Esto puede, consideran ellos, contribuir a desarrollar responsabilidad del gobierno local hacia las demandas de sus ciudadanos, Juzgan ellos también, que la participación ciudadana es clave para el fortalecimiento de la democracia.”

“Pareciera que es ahora cuando está germinando esa sociedad civil organizada por medio de la cual sus ciudadanos pueden participar en la toma de decisiones de su municipalidad y ante todo manifestar sus intereses, exigir responsabilidad de sus autoridades locales y sobre todo que esas autoridades se responsabilicen por sus acciones. Esto parece que es un camino muy lento y que la renta petrolera lo retrasa aún más porque perpetúa el Estado todopoderoso distribuidor. Esa renta ha dilatado la formación del capital social y la formación de una cultura política que de paso a un ciudadano moderno capaz de exigir y pagar por los servicios que recibe y exigir responsabilidad a sus autoridades. Sin embargo, hay que dejar claro que la descentralización y junto con ello la participación ciudadana ha incrementado los niveles de legitimidad y gobernabilidad del sistema democrático venezolano.”^v

“El proceso de descentralización no ha avanzado significativamente en el período 1999-2003, en virtud de la indefinición, por parte del Gobierno Central, al no impulsar la reforma de la Ley de Delimitación, Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público (LDDTC), atendiendo a la política del Estado, contemplada en la Constitución Nacional. Igualmente, están pendientes por aprobar la Ley del Consejo Federal de Gobierno y la Ley de Hacienda Estatal, normativa fundamental que rige la planificación y coordinación del proceso de descentralización y desarrollo regional sustentable y el financiamiento, a través de la definición de atributos por parte de los Estados, para acometer la solicitud de

nuevas transferencias de competencias. En éste orden, la Ley Orgánica de Participación Ciudadana fue aprobada en primera discusión en fecha 29 de noviembre de 2001."^{vi}

1.2.2. Colombia

Colombia inició en 1985 un proceso de reestructuración del Estado, ante la incapacidad de los organismos totalmente concentrados en el Gobierno nacional para dar respuesta a los múltiples y diversos requerimientos de los municipios y comunidades del país.

En los años 60 y bajo las políticas orientadas en el marco de la Alianza para el Progreso se había producido un gran crecimiento del Estado, específicamente de instituciones del gobierno central (curiosamente denominadas descentralizadas), encargadas de dirigir y ejecutar las nuevas políticas de inversión social.

A pesar de que Colombia se constituyó en un estado centralizado y no federal como la mayoría de los países de Latinoamérica desde finales del siglo XIX, fue tal la concentración de las decisiones en el gobierno central a partir de las reformas de los años 60, que los congresistas adquirieron gran importancia como intermediarios entre las necesidades de las comunidades y los "doctores del gobierno central". La romería de comisiones, de mano de los congresistas, ante los institutos encargados de construir dotar escuelas, hospitales, caminos o acueductos, o asignar presupuesto o funcionarios públicos era interminable (y por supuesto no arrojaba resultados en las instituciones preocupadas por planes nacionales), hasta que en la primera mitad de los años 80 las protestas de los municipios por la falta de respuesta a sus necesidades más apremiantes se volvió pan de todos los días.

Como respuesta a esta "falta de presencia del Estado" y sus implicaciones en la posibilidad de que los movimientos guerrilleros suplantarán al Estado en las regiones apartadas, y para lograr un tránsito de la democracia representativa a la democracia participativa, se decide que los municipios deben nombrar a sus propios administradores quienes se encargarán de todas las pequeñas cosas para que no se agobie de solicitudes el Gobierno Central. La reforma Constitucional de 1986 da lugar entonces a la elección popular de alcaldes, anteriormente nombrados por los Gobernadores y estos a su vez por el Presidente de la República. Las leyes 11 y 12 de 1986 delegan en las nuevas autoridades municipales una serie de funciones, entre ellas la administración de los servicios de educación, salud y saneamiento ambiental. (Restrepo 2006)^{vii}

La reforma es eminentemente municipalista, e incluso resta fuerza y poder a los departamentos, pretendiendo una relación directa del Gobierno Central con más de mil municipios, forma de organización del Estado que aparte de constituir un absurdo administrativo, es reflejo de una "descentralización centralista", en el sentido que al restar poder a las autoridades regionales y provinciales aumentando el del Gobierno Central frente a un millar de pequeños municipios (se exceptúan Bogotá y las grandes ciudades). Esta descentralización municipalista,

que se presenta también en otros países centralistas de América Latina se diferencia claramente de las curiosamente también llamadas descentralizaciones en Argentina o Brasil, que, por el contrario, refuerzan el poder de los estados federales, que constituyen un verdadero contrapeso al gobierno central.

A pesar de haberse formulado la descentralización municipalista en el año de 1986, esta no se desarrolla plenamente hasta que la Constitución de 1991 refuerza el proceso y otorga a los territorios una participación de los ingresos corrientes de la nación, cuya aplicación se reglamenta en la Ley 60 de 1993 y se hace efectiva en 1994.

La implementación presenta en la primera fase serios problemas por falta de capacidad administrativa de los pequeños municipios para su implementación. Los procesos de entrega de competencias son traumáticos y en ocasiones se presentan dobles competencias de departamentos y municipios. Finalmente se expide una nueva Ley, la 715 de 2001, para redistribuir las competencias y se recogen parcialmente algunas funciones de los pequeños municipios en el campo de la salud y el saneamiento básico. Solucionado este primer impase queda el problema de la capacidad técnica de los municipios pequeños para gestionar los servicios que ahora son de su competencia.

“En relación con los modelos de descentralización, la clasificación más comúnmente utilizada corresponde a la diferenciación entre devolución, desconcentración y delegación. En Colombia, la descentralización sanitaria adopta como modalidad la devolución, porque las funciones y recursos sectoriales han sido transferidos a gobiernos locales y departamentales que deben asumir la responsabilidad de la prestación de servicios, la administración y las finanzas.”^{viii}

1.2.3. Ecuador

Según Fernando Carrión, “La descentralización como proceso de reorganización de la sociedad y del Estado está presente en el Ecuador de hoy, más como discurso que como realidad. Como discurso porque el proceso centralista aún no ha concluido y porque todavía no se avizora un proyecto hegemónico que lo contrarreste. El discurso descentralizador carece de una estrategia explícita y tiende a desarrollarse a partir de ciertos intentos aislados que dan lugar a pensar que se está cimentando el sujeto social de la descentralización, a la par que se define los contornos de su propuesta.”

La descentralización en el Ecuador tiene un desarrollo que se identifica a través de ciertos momentos claves: una fase declarativa, otra de antecedentes y, finalmente, otra propiamente de descentralización.

Fase 1979-92: declarativa. El surgimiento de la cuestión local en País tiene lugar a fines de la década del setenta y principios del ochenta. Los antecedentes inmediatos de la descentralización que se prefigura en el Ecuador actual, se deben encontrar en el proceso de redemocratización que se inicia con la aprobación, mediante plebiscito, de la nueva Constitución en el año de 1979. En ella se

introducen elementos que tienden a fortalecer el conjunto del régimen autonómico, aunque sin un impacto práctico real. Se define, por ejemplo, al Estado como descentralizado (Art. 1), los regímenes Dependiente (Sección II) y Autónomo (sección III) y señala la autonomía funcional (órganos creados por Ley) y territorial (régimen seccional) de las instituciones del sector público (Art. 72 y 76). Se definen, por ejemplo, dos formas de descentralización: la territorial, ligada a los organismos seccionales propios del régimen autónomo; y la funcional, característica de las instituciones del régimen dependiente.

Fase 1992-95: antecedentes. Posteriormente, a partir de 1992, se impulsa el fortalecimiento municipal por la vía del Banco del Estado (BEDE) sin que se cuestione la centralidad y por otro lado, la modernización del Estado con la aprobación -en 1993- de las leyes de Modernización del Estado y del Distrito Metropolitano de Quito. La primera Ley define ciertas normas para la desconcentración y descentralización, obligando a las instituciones nacionales a diseñar programas de desconcentración y responsabilizando al CONAM a realizar un plan de descentralización, con el fin de transferir recursos y responsabilidades a los órganos subnacionales. Y la segunda, contempla una regulación para aquellas ciudades de más de un millón de habitantes, mediante la creación de un régimen especial que rompe con el uniformismo legal de la Ley de Régimen Municipal. Se descentralizan las competencias del manejo de suelo, medio ambiente y transporte, se permite la desconcentración del accionar intramunicipal y se estimula la participación social.

Fase 1995-2000: descentralización. En 1995 y como consecuencia del proceso de Reforma Constitucional iniciado a fines de 1994, se redefinen el escenario, los actores y las propuestas de descentralización. El escenario del debate se unifica alrededor del Congreso Nacional, los actores se expresan a través de los partidos políticos y del ejecutivo nacional, y la propuesta comienza a tomar forma de Ley.

El momento de arranque de la descentralización tiene que ver con hechos coyunturales como: a) El paro indígena de 1990, que tuvo la virtud de develar la diversidad intrínseca del país; b) La crisis del Estado rentista, que mostró la necesidad de la Reforma del Estado; c) El fenómeno del Niño que agudizó los desequilibrios regionales; y d) Los acuerdos de Paz con el Perú, que pusieron en cuestión el significado de la llamada identidad nacional. Desde aquella época -fase de antecedentes- para acá, se pueden percibir tres momentos en el proceso de descentralización, que producen una ruptura en la continua centralización.

El primero, que se lo puede definir como la vía *municipalista* de fortalecimiento de lo local, a partir de la transferencia de recursos y competencias, así como de la ampliación de su base social de sustentación a través de la participación y la representación. Pero también porque a mediados de la década del ochenta se inició un proceso de discusión sobre el tema, teniendo como sustento a la vieja tradición municipalista basado en el llamado fortalecimiento municipal (nacido al amparo del Banco del Estado) y en los intentos de reforma a la Ley de Régimen Municipal.

El segundo, que se caracteriza por la vuelta de mirada hacia el *nivel intermedio de gobierno*, con el fin de remediar el vacío que produjo el peso puesto en lo municipal. Es una etapa que algunos países de la región empiezan a cabalgar y se inscribe en la reforma global del Estado donde el nivel de gobierno intermedio cumple la función articuladora de las instituciones nacionales y locales. No trata de producir un Estado más grande o más pequeño, sino de concebirlo y construirlo de manera distinta. Es decir, que la discusión no pasa por si es más o menos estado (privatización), sino por el diseño de otro Estado (descentralizado).

El tercero, que se inicia con el debate de las *autonomías*, justo en un momento en que se percibe un reflujo del proceso descentralizador en la Región (Carrión, 1999). Es un debate propuesto por las elites provenientes de sectores sociales difusos y de las regiones ricas, a partir de una réplica a la propuesta Española. De esta manera, el debate sale del escenario político (el Congreso Nacional) y se pierde en los auditorios académicos o en las llamadas consultas populares impulsadas en 5 provincias. Hoy el tema renace, en un contexto distinto al que produjo la crisis económica y la salida de la dolarización, con la preeminencia de lo político.

La descentralización es considerada como un instrumento de la Reforma, sin embargo la burocracia estatal no quiere la descentralización y por eso se han dado algunos intentos para entorpecer el proceso. En la opinión de algunos expertos no ha habido una verdadera decisión de consolidar la descentralización y se ha quedado más en desconcentración de algunas funciones, manteniendo el control desde el nivel central.

Para analizar este proceso, cabe mencionar que el Gobierno central no permanece por períodos definidos, en cambio los gobiernos departamentales han permanecido hasta por 3 o 4 períodos continuos.

Desde finales de los 70s, hubo asignación de recursos para desarrollo institucional, gracias al petróleo prevaleciendo sobre la cultura política.

En 1994 se inicia el proceso de generación de reformas, pero es un proceso fragmentado y una reforma inconclusa, aunque pueden resaltarse los avances desde el punto de vista de marco jurídico y político. En 1997 se plantea para todos los sectores la descentralización y la participación social, sin embargo la norma en el artículo 9 se considera confusa y no concreta.

En 1998, ocurre la Reforma constitucional #19 que incluye la garantía del estado de derecho a la salud en su artículo 42. Se asignaron competencias específicas, para todos los sectores excepto Seguridad y Política exterior. Así mismo, se define el rol del Estado y un Modelo de atención. Se organiza el Sistema Nacional de Salud y se establece su financiación; pero es una normativa contradictoria frente a las competencias, con diversas propuestas cuestionables y fragmentación programática.

Los municipios tienen la facultad de solicitar competencias según las iniciativas propias de cada gobierno. Ejemplos de esto, en relación con el control sanitario, asumir solo la competencia para cobrar las tasas y el Ministerio recorta los recursos,

sin una planificación que complemente acciones territoriales de gobierno; o si hay 20 instituciones de primer nivel pueden manejar los municipios solo 5, o solo el hospital o lo que a bien consideren. Todo esto genera conflictos para el recurso humano, duplicidad de funciones, clientelismo y fragmentación.

Por otra parte, el modelo jurídico poco coherente, de descentralización ha sido desfasado del alcance del sistema de salud. Se propuso la descentralización (1997) en el marco del sistema con enfoque integrador de acciones, recursos y organizar los niveles territoriales. Para el 2002 se da la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (Reforma completa) impulsada desde el I Congreso Nacional por la Salud y la Vida.

En el camino de la implementación se han dado diferencias por condiciones políticas y liderazgos locales. El nivel central es débil y se da participación y empoderamiento local.

1.2.4. Perú

La descentralización en Perú es una de las metas principales de la transición a la democracia en el inicio de la década del 2000 y está enmarcada en la lógica de los hechos que vive el país en ese momento

- En primer lugar, una intensa crisis del Estado que se encuentra muy debilitado en su capacidad de gestión pública, su rol como garante del orden y de la seguridad de los ciudadanos.
La profunda crisis social, la relativa debilidad de las fuerzas del centralismo y el imaginario político construido en la lucha antidictatorial la han puesto en la agenda y el calendario de gobierno, haciendo prácticamente inevitable la reforma política.
- La crisis económica con la que ha concluido el régimen autoritario es una crisis del modelo, donde tuvo que aplicarse una política neoliberal para lograr la reinserción del Perú en los círculos financieros internacionales, que debería dar inicio a un proceso de formación de una economía de mercado libre, competitiva e integrada al resto del mundo (Cardozo, Casanova & Scatena, 2000).

Es muy importante recordar que el ajuste económico incluye un cambio drástico del papel del Estado, que se expresa también en el nuevo contenido de las políticas sociales. En este contexto, parte del programa de ajuste es la política de alivio a la pobreza y las reformas de las políticas de educación y salud; es decir, las políticas sociales, subordinadas al nuevo esquema económico, son ahora sólo de compensación social y para ampliar los márgenes de inclusión en la expansión del mercado. La política de alivio a la pobreza se dirige a la pobreza reciente (causada por el impacto inmediato del ajuste) y la pobreza estructural (Schmunis & Pinto Dias, 2000).

En este contexto, las políticas de salud fueron formuladas con base en la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como

estrategias para lograr cambios, reorientando el modelo de atención para lograr una mayor cobertura de la población (Estrada & Godoy, 1996). Los principios que guían este proceso son equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia, buscando construir:

1. Un nuevo marco jurídico
2. Nuevas capacidades de gobierno
3. Nuevo sistema de cuidado de la salud individual
4. Nuevo sistema de atención de la salud colectiva
5. Nuevo sistema de financiamiento de cuidados
6. Nuevo sistema de gerencia de servicios de salud (Aguinaga, 1996).

El proceso de descentralización se inicia con el componente político hacia el segundo quinquenio de los 90 propiamente 1997, seguido del componente administrativo financiero en esta última etapa se encuentra en la fase de transferencia de presupuestos y logística.

El consenso general acepta un proceso de reforma político, conceptual o declarativo para hacia el año 1997, se han dado intentos desde los años 80, presentándose una reforma instrumental, con poca decisión política, para el año 2004 se explicita esta decisión política y se da inicio a la reforma con el proceso de descentralización. Principales hitos referidos hacia el inicio de los 80 el presupuesto en salud se mantuvo sufriendo un deterioro en la asignación hacia el inicio de los 90 reduciéndose hasta en una octava parte, progresivamente hacia 1994 se logra cierta estabilidad económica y la reasignación de fondos a salud mejora la capacidad del sector iniciando el proceso de reforma hacia 1996 el cual decae hacia 1999 coincidente con el tiempo de crisis política de esos años.

El año 2000 inicia en un tiempo de crisis en el que el gobierno transitorio de turno intenta estabilizar la situación interna del país, hacia el año 2004 nuevamente se retoma la propuesta de reforma mediante el impulso del proceso de descentralización.

Las limitaciones presentes: a) voluntad política débil en la década de los 80 y 90 que limitaron los procesos, b) limitación económica que no permitió sostenibilidad de acciones y facilitó el debilitamiento de los programas hacia el inicio de los 90 y c) pobre capacidad y poco desarrollo de competencias regionales.

Javier Monroe^{ix} describe con el nombre de "hipercentralismo" el freno y eliminación práctica del proyecto descentralizador durante el Gobierno totalitario de Fujimori, proyecto democratizador que el país apenas estaría retomando después de su profunda destrucción.

Hipercentralismo

Uno de los componentes principales del régimen fue su política hipercentralista, en la que se articularon el ajuste estructural y el autoritarismo, con un profundo impacto en las sociedades regionales y locales.

Además de la disolución de los gobiernos regionales, el recorte de atribuciones a los municipios y la reforma del Poder Ejecutivo con la creación y potenciación del Ministerio de la Presidencia (que concentró la mayor parte del gasto social), en el contexto de la destrucción del sistema democrático y la aplicación del ajuste neoliberal, los rasgos e impactos centrales de esta política hipercentralista fueron los siguientes:

- La recaudación tributaria, la inversión pública y el gasto social se concentraron en el gobierno central, quien actuó en los espacios sociales regionales a través de los programas sociales desconcentrados, las direcciones regionales de los ministerios y los CTAR. Al mismo tiempo, los gobiernos locales aumentaron sus recursos y su importancia en el gasto público.³
- El gasto público se centralizó significativamente en Lima: “El 68.2 % del gasto público total se realizó en Lima-Callao, lo mismo que el 86.1 % del gasto del gobierno central, el 40.5 % del gasto de los gobiernos locales, el 70.3 % del de los organismos descentralizados [mejor sería decir, “desconcentrados”], el 63 % del de las instituciones públicas y el 41.9 % del de las sociedades de beneficencias (...)”.
- Se debilitó en extremo el espacio de gestión pública de base departamental, dada la absoluta subordinación, debilidad orgánica e ilegitimidad de los CTAR, los cuales ni siquiera coordinaron las acciones de las direcciones regionales, carecieron de recursos importantes, tuvieron muy limitadas capacidades administrativas y prácticamente ninguna capacidad de negociación.

En estas condiciones, no pudieron desempeñarse funciones indispensables (aun dentro de un esquema desconcentrado) como la promoción de inversiones, la planificación regional y la articulación de los actores en programas y planes de desarrollo.

La coordinación con los municipios provinciales para la distribución de recursos y el desarrollo, cuando hubo, tuvo ciertos rasgos participativos, pero fuertemente bloqueados por la debilidad de los CTAR y el autoritarismo del régimen, reduciéndose (en la práctica) al trámite de las demandas municipales de mayores rentas.

- Los partidos políticos, por su parte, aunque debilitados ya en su conjunto (y reducidos prácticamente a Lima), también han contribuido significativamente al centralismo, por su estructura organizacional vertical (con su cabeza, en Lima) y su visión centralista y homogénea del desarrollo.

³ “Los principales cambios introducidos por el ajuste estructural han sido por un lado, que el gobierno central ha centralizado la recaudación de impuestos y el gasto público y, por otro, que los gobiernos locales han incrementado sus recursos, como resultado del aumento de los niveles de recaudación del impuesto general a las ventas, de cuyo total el 11 % es transferido por el gobierno central a los gobiernos municipales (...) como parte del Fondo de Compensación Municipal”. (Gonzales de Olarte 2000, p. 82). Pero, en términos relativos, sólo el 8.8 % del gasto público fue efectuado por los gobiernos locales (ibid., p. 86).

- Se ha acentuado la centralización económica en Lima, fragmentado aún más la economía, debilitado las economías regionales y agudizado las distancias en la modernización.

En términos del modelo centro–periferia de Gonzales de Olarte:^x

“(…) el centro sigue siendo industrial y de servicios, con economías de escala y rendimientos crecientes; no depende de sus propias exportaciones sino de las exportaciones de una periferia alejada y minera, lo que lo hace más vulnerable a los shocks externos y a los cambios en las políticas económicas. La novedad es que el centro se está fortaleciendo, gracias al incremento de los servicios o sectores no transables, sin industrializarse más e independizándose de la periferia en diferentes grados, debido a la mayor disposición de divisas provenientes del incremento de las exportaciones y del ingreso de capitales extranjeros. En cambio, la periferia tiene menor dinamismo relativo debido a que la gran minería exportadora sigue sin generar eslabonamientos regionales, y a que el ajuste estructural no tiene políticas sectoriales capaces de promover la agricultura, la agroindustria y la industria en las diversas regiones”.

La segunda ciudad del país, Arequipa, en este contexto, ha visto desmembrado y reducido el relativo desarrollo industrial que había alcanzado en las décadas pasadas. El estancamiento (o aun retroceso) del agro y su caída del ingreso ha afectado especialmente a la periferia, puesto que el hinterland de Lima tiene la condición favorable del dinamismo de su gran mercado. La Sierra sigue desplazada y subordinada a su papel principal de fuente de agua, hidroenergía y recursos mineros, con una agricultura de tierras marginales (excepto en muy pocos valles interandinos) y amplios sectores de su población en extrema pobreza.

- En estas condiciones, la sociedad civil de los espacios regionales se debilitó y fragmentó aún más, no sólo por la declinación económica de los sectores productivos sino por la asfixia de los frágiles espacios de gestión pública departamental y, al menos en algunos casos notables, local.

También porque las empresas de los grupos económicos y el capital transnacional no han tenido el menor interés de construir un espacio regional, negociando directamente la satisfacción de sus intereses y los conflictos con el gobierno central.

El proyecto de articulación económica regional más importante ha sido el de la Macrosur, pero ha tenido en su base la debilidad de la Cámara de Comercio de Arequipa y la fragmentación de los actores sociales de Arequipa y del sur peruano.

Pero, articulando este conjunto de factores, el ambiente general de autoritarismo la afectó profundamente en la capacidad de negociación de sus intereses y en su autonomía, prácticamente de la totalidad de sus actores sociales, sobre todo al empresariado y a las organizaciones populares y de sobrevivencia.

En este sentido, las políticas sociales, tergiversadas de manera clientelista y autoritaria (con el fin de crear la base social popular de la dictadura), tuvieron un impacto negativo más poderoso en los actores sociales de los espacios rurales y regionales, dada las condiciones precarias para el desarrollo de los procesos de construcción y ejercicio de la ciudadanía que ellos tienen.

Se reconoce el valor positivo de la descentralización al generar capacidad de decisión a nivel local y regional, la generación de planes regionales por priorización de las propias necesidades identificadas. Cambia la forma de asignación de recursos, la administración de recursos y la programación de gastos. En relación a la prestación de salud, se transfiere la responsabilidad al gobierno regional sobre estos, a pesar de no tener todos los componentes, (solo político) se ha dado un espacio para el desarrollo de iniciativas locales.

Con relación a los programas de salud pública uno de los principales problemas es el debilitamiento en el seguimiento y monitoreo de las prioridades nacionales, así como la poca capacidad de atención desde el nivel central al no contar con recursos específicos para ello. Debilidad que también se acompaña de la necesidad de generar competencias regionales y locales aun no presentes para la toma de decisiones adecuada. Lo mismo ocurre para el caso de malaria. Con relación al impacto en la situación de salud. Se considera un valor la capacidad de identificar las prioridades regionales y trabajar sobre ellas como es el caso de Loreto, en el que la malaria se constituye prioridad regional y la autoridad sanitaria así lo expresa.

1.3. Las reformas de los sistemas de salud y seguridad social.

Según Osvaldo Artaza^{xi}, En las dos últimas décadas, dentro de los sistemas de atención a la salud se han venido diseñando e implementando un conjunto de cambios en el financiamiento y la organización de servicios de salud, bajo el nombre de Reforma del Sector Salud.

La Reforma del Sector Salud emergió durante los 90s como una "epidemia global" en la arena política de salud en el ámbito internacional^{xii}, buscando mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad en la organización y entrega de servicios de salud^{xiii}^{xiv}, para que a su vez, estos cambios puedan mejorar el estado de salud de las poblaciones. La Reforma entre otros aspectos pone énfasis en algunos mecanismos de "mercado", tales como la separación del financiamiento y la entrega de servicios, la introducción del contrato público y los estímulos a los prestadores de servicios.

La Reforma del Sector Salud tiene un componente técnico o contenido, tiene un componente programático, un proceso de implementación, tiene actores o

agentes individuales y grupos de interés, y se da en un contexto específico, pero fundamentalmente es un asunto de orden político^{xv}, que esta en el núcleo de las decisiones de política de salud. Como se sabe la política de salud^{xvi} comprende las decisiones de política de los gobiernos y de los organismos internacionales que, comprometen el curso de las acciones y afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y ajustes financieros del sistema de atención a la salud.

Históricamente, los cambios en los sistemas de atención a la salud se han dado como parte de contextos económicos, sociales y políticos más amplios. Pero, al mismo tiempo los sistemas de salud son sistemas complejos, altamente adaptativos^{xvii} a los desafíos del entorno, en medio de incertidumbres y paradojas que son inherentes al sistema.

Se puede afirmar que pocos países han estado al margen de esta corriente. América Latina en su conjunto entra en este proceso^{xviii}^{xix}^{xx}, y la región Andina no escapa a esta situación dado que, este tema entra y permanece en el tope de la agenda de los Ministros de Salud.

No obstante, han surgido un conjunto de críticas a la Reforma, especialmente desde la perspectiva de la justicia social y equidad, la salud pública y los recursos humanos^{xxi}^{xxii}^{xxiii}.

En la región andina, se ha dado inicio a los procesos de reforma desde la década de los 80s, en ese sentido, se puede considerar el inicio de un trabajo pionero. Sin embargo, luego se dieron hitos fundamentales a nivel global y regional: La publicación del Reporte Mundial de Desarrollo del Banco Mundial^{xxiv}, las reformas en Chile y Colombia e intentos parciales en otros países de la subregión.

En América Latina y en el área andina, los cambios en el sector salud han ido de la mano con los fenómenos sociales y económicos de la segunda mitad del siglo XX y han reflejado el concepto particular del desarrollo que ha predominado en distintos momentos^{xxv}^{xxvi}^{xxvii}. El estancamiento económico y el aumento del gasto social, fenómenos propios de los años sesenta, llevaron a la crisis del modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones vigente desde principios de siglo, y dieron paso paulatinamente al modelo de globalización que tuvo inicio en los años ochenta. Del anterior modelo se pasó a una reestructuración de los procesos productivos y a políticas de ajuste económico –la “década perdida”– que generaron un aumento de las inequidades en América Latina, lo que no ha logrado revertirse –incluso se ha acentuado– a pesar del crecimiento –desigual entre los países– observados durante los recientes años^{xxviii}^{xxix}^{xxx}^{xxxi}^{xxxii}^{xxxiii}.

Instalada la globalización, se imponen los requerimientos de competitividad y libertad comercial. En el ámbito social, los cambios en la seguridad social, en el régimen de pensiones, las privatizaciones y la precarización de los empleos, acompañó la depresión de aquellas zonas que no lograban competitividad. Todo esto, en el contexto de redes de soporte social progresivamente más frágiles y con un sector educación y salud con insuficiencias de cobertura y fallas en la equidad en el acceso a los servicios. Esta realidad social implícita en los cambios económicos de las últimas décadas, han incubando profundas inquietudes

políticas, que están y tendrán efectos en el modelamiento de las reformas sociales –incluidas las de salud- de hoy y del mañana.

“Para el Banco Mundial (1987), la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregonó el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado”.

“En este escenario, el Estado debía reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Por ello se debía focalizar o concentrar los recursos en aquellos que más lo necesitaban, es decir, ciertos estratos de ingresos, zonas geográficas, grupos de edad o género, entre otros; privilegiando además ciertas actividades de los servicios sociales, que se consideran más necesarias para ellos, tales como la medicina preventiva, la educación básica, la vivienda popular, entre otros. Los recursos públicos sociales debían destinarse a los más pobres, los menos pobres deben pagar los servicios que demanden, sean éstos públicos o privados”.(Rodríguez y otros 1993)^{xxxiv}

El Régimen Subsidiado instaurado en la ley colombiana también fue consecuencia del hecho de haber concebido el aseguramiento como el mecanismo capaz de hacer efectivo el derecho, es decir de garantizar la prestación de los servicios de salud. El World Health Report 2000, de la Organización Mundial de la Salud, siete años después señala en este sentido: “Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos”.(Martínez y otros 2002 a)^{xxxv}

Parte del debate político estriba en la discusión sobre cual “modelo” es el adecuado para nuestras realidades. Por una parte se plantea la vigencia del “modelo de estado de bienestar en salud” y por otro lado el del “mercado en salud”, como modelos contrapuestos y excluyentes. Dicho debate ha centrado la atención y polarización de nuestra clase dirigente en las dos últimas décadas.

1.4. Reformas en salud. Particularidades de cada país

1.4.1. Venezuela

Según María Urbaneja^{xxxvi} "A partir de la década de los 80 se inicia una tendencia acelerada en el deterioro del nivel de vida del venezolano, cuyas características más sobresalientes, fueron la caída del PIB, el crecimiento del desempleo, el colapso de los servicios públicos, fundamentalmente el de salud, y un marcado nivel de inflación".

"En este orden de ideas, la Ley Orgánica de Salud (1998) garantiza la prestación de la salud a todos los habitantes del país, y a tal efecto establece los siguientes principios: 1. Universalidad, el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud sin ninguna discriminación; 2. Participación, de forma que los ciudadanos en forma individual o a través de organizaciones comunitarias participen en la programación de los servicios de promoción, saneamiento ambiental, gestión y financiamiento de los establecimiento de salud, a través de aportes voluntarios; 3. Complementariedad, donde los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención, se complementen entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos; 4. Coordinación, que se concreta con la cooperación y concurrencia de toda la administración pública y los establecimientos de salud en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos; y 5. Calidad, principio que tiende al establecimiento de mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, que debe además velar porque la atención sea personalizada, continua, suficiente, oportuna y fundamentada en las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales."

"En cuanto a la organización de los servicios para la salud, la Ley Orgánica de Salud contempla en el artículo 10, que todos los servicios estarán integrados en un solo organismo público, al cual estarán integrados los servicios municipales de salud, de acuerdo con lo pautado en la Ley Orgánica de Régimen Municipal (1989), a los fines de lograr la unidad de comando y la coordinación de los mismos, tomando en consideración las políticas formuladas por el Ministerio de Salud".

"Igualmente la Ley Orgánica de Salud contempla la política de descentralización administrativa de la salud hacia los municipios, a través de la figura de convenios que deberán concertar con los gobernadores, a fin de proveer los servicios a las comunidades según las necesidades de cada municipio. Para este propósito se cuenta además con las redes de establecimientos de atención médica de primer, segundo y tercer nivel, que actuarán en forma coordinada e integrada, complementándose entre sí para efectos del diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades".

"En cuanto a la instrumentación de políticas por parte del ejecutivo nacional para el sector salud, ésta se hace a través de la red institucional contemplada en el

programa de gobierno del presidente de la república en el punto 3, denominado EQUILIBRIO SOCIAL, referido al proyecto de redes sociales (Chávez, 1998), donde manifiesta que no hay suficiente penetración en el tejido social, y por lo tanto no son efectivas las políticas de salud en los niveles de menores recursos”.

“El deterioro severo de la calidad del servicio de salud en las últimas décadas se torna cada vez más preocupante por el crecimiento poblacional, además de la compleja relación que los servicios de atención médica tienen con su comunidad. Al respecto, la Ley Orgánica de Salud consagra los sistemas de recuperación de costos (Artículo 37) como medios para optimizar el sistema asistencial a pesar del cuestionamiento de su eficiencia y equidad”.

Dentro de los cambios iniciados se ha pretendido enfrentar la problemática del Sector Salud, caracterizada por su fragmentación, su desinstitucionalización, privatización y desfinanciamiento, grandes dificultades de acceso, deficiencias en la calidad de los servicios, burocratización y poca gobernabilidad, entre otros aspectos.

Se formuló un Plan de Desarrollo Económico-Social, dentro del que se resalta el Plan Estratégico Social, con otra concepción sobre las políticas públicas, en proceso de implementación desde el 2001, buscando garantizar y promover calidad de vida en desarrollo de la Ley Orgánica de Salud, con la intención de recuperar el derecho a la salud como meta para toda la población, de acuerdo con los principios constitucionales.

Este plan se define así mismo como “un instrumento de planificación política, creado para desarrollar capacidad de conducción estratégica y la viabilización de cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida y salud de la población venezolana. En este sentido, su concepción y construcción proporcionan una nueva racionalidad valorativa y práctica a las políticas públicas: **“el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, garantizando la universalización de los derechos y la equidad de oportunidades a mejores condiciones materiales y sociales de vida para todos y todas”**.”

Este instrumento orienta y organiza la política nacional de salud y desarrollo social, con la finalidad de hacer efectivos los principios y disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y desarrollar los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007, en su eje de Equilibrio Social. Asimismo, el PES es fundamento del nuevo ordenamiento jurídico del sistema de salud, contenido en el Proyecto de la Ley Orgánica de Salud, actualmente en discusión por la Asamblea Nacional.

Dentro de esta concepción, el PES es el marco de dirección y operación de las políticas y acciones del sistema de salud, así como de todas aquellas políticas públicas que tienen impacto en la calidad de vida de la gente.

El PES desarrolla un pensamiento que transforma el contenido de las políticas públicas aplicadas en el país, y cambia la lógica con la cual operan sus objetivos, procesos y recursos. Este pensamiento se construye sobre la base de la aplicación sistemática de una perspectiva estratégica, abarcando todos aquellos aspectos políticos, institucionales y sociales que son necesarios para ganar gobernabilidad sobre los cambios dentro de la complejidad de los problemas, dentro de un proceso continuo y ascendente.

La perspectiva estratégica se entiende como la capacidad de comprender complejidades concurrentes o antagónicas, construir formulaciones políticas que proyecten una imagen objetivo ideal y señalen el punto que queremos alcanzar a futuro, y de transformar conceptos y bases materiales de la realidad, generando en el proceso compromisos y viabilidades. La aplicación de una perspectiva estratégica significa entonces:

- Convertir la política, sus conceptos y orientaciones en valores de cambio socialmente movilizados, potentes en su esencia y capacidad comunicativa, y afirmados como condiciones que deseamos alcanzar en su expresión positiva.
- Comprender los mecanismos esenciales que conforman la base de los problemas y explican sus formas de producción y reproducción social.
- Activar y combinar todas las fuerzas, capacidades y recursos necesarios para actuar en la base de los problemas y superar la matriz de sus determinantes.
- Considerar todas las posibilidades y efectos de nuestras intervenciones, evaluando constantemente lo que estamos haciendo, para dominar y vencer los desafíos que tenemos planteados."

Por su lado, desde 1998, la Ley Orgánica de Salud, revisada en 2002, había establecido las directrices, regulaciones, principios, la organización y el financiamiento mismo de la salud para todo el territorio Venezolano, derogando la Ley de Sanidad Nacional de 1938 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 1987, entre otras disposiciones.

1.4.2. Colombia

La reforma constitucional de 1991 establece que la salud y la seguridad social constituyen un derecho de todos los ciudadanos (Art 46) y define que estos servicios públicos podrán ser prestados directamente por el Estado o a través de particulares, en consonancia con el proceso de reformas privatizadoras del modelo neoliberal en boga.

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en seguridad social en salud de todos sus ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el

viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un importante componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos. (Salud Colombia 1997)^{xxxvii}

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

“Para el Banco Mundial (1987), la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregonó el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado”.

“En este escenario, el Estado debía reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Por ello se debía focalizar o concentrar los recursos en aquellos que más lo necesitaban, es decir, ciertos estratos de ingresos, zonas geográficas, grupos de edad o género, entre otros; privilegiando además ciertas actividades de los servicios sociales, que se consideran más necesarias para ellos, tales como la medicina preventiva, la educación básica, la vivienda popular, entre otros. Los recursos públicos sociales debían destinarse a los más pobres, los menos pobres deben pagar los servicios que demanden, sean éstos públicos o privados”.(Rodríguez y otros 1993)^{xxxviii}

El Régimen Subsidiado instaurado en la ley colombiana también fue consecuencia del hecho de haber concebido el aseguramiento como el mecanismo capaz de hacer efectivo el derecho, es decir de garantizar la prestación de los servicios de salud. El World Health Report 2000, de la Organización Mundial de la Salud, siete años después señala en este sentido: “Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos”.(Martínez y otros 2002 a)^{xxxix}

El Sistema General de Seguridad Social, creado por la Ley 100 de 1993, está basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y

prestadores de servicios, con un importante componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

La ley define que habrá un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos con o sin capacidad de pago, que podríamos llamar seguro obligatorio, y complementario a este estableció el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, así como las acciones de saneamiento ambiental. De carácter gratuito y obligatorio para todos los habitantes del país, es financiado directamente con recursos fiscales.

El Sistema estableció dos Regímenes: el Contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el Subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

La necesidad de la aplicación de un sistema de subsidios a la demanda surgió en el marco de los requerimientos para superar las dificultades transitorias que se pudieran manifestar con la implantación de las políticas de ajuste económico, de tal manera que no se entorpecieran las condiciones del mercado y se siguiera el camino hacia el logro de la equidad, formulación correspondiente al llamado Consenso de Washington.

Finalmente, la Ley 100 de 1993 define como participantes vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a "las personas que por motivos de capacidad de pago, y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas (hospitales) y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado"⁴

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del viejo Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modificó con cuatro medidas fundamentales:

1.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

2.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron denominadas con el eufemismo de Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

⁴ A partir de la Ley 100 se denominan subsidios de demanda los destinados a financiar la afiliación o el aseguramiento de los ciudadanos y subsidios de oferta los destinados a financiar directamente las instituciones de salud, para que continúen prestando servicios a los vinculados.

3.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), alrededor de 120 dólares, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios, unidad que recibirán por igual todas las EPS. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares. Posteriormente (2001) los profesores y trabajadores de las universidades públicas hacen aprobar igualmente un Régimen Especial para no entrar en la compensación o mecanismo de solidaridad con el resto de los trabajadores.

Debe anotarse que el aporte máximo mensual se fijó en el 12% de 20 salarios mínimos mensuales (aprox. 280 dólares de 2003)⁵ y el aporte mínimo al 12% del salario mínimo (aprox. 14 dólares). El número de trabajadores por familia de 1.7, con tendencia histórica al aumento y el número de dependientes por trabajador, 1.2, con tendencia histórica al descenso, muestran una perspectiva favorable para la Unidad de Capitación o Unidad per Cápita (UPC), de no ser superada por el incremento en los costos de los servicios de salud.

El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un cuarto de la población colombiana más pobre en la primera década. Se basa igualmente en los siguientes puntos.

1.- Financiar la seguridad social en salud a la población sin capacidad de pago, que implica subsidiar a las personas para cubrir total o parcialmente el monto de la cotización y garantizar de tal forma a estos ciudadanos el mismo Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. (Art. 157 y 162 de la Ley 100). Este régimen es consecuencia de la Constitución de 1991, que estableció los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia para desarrollar la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio y del intento de mejorar la eficiencia redistributiva, mediante la focalización de los recursos hacia la población más pobre.

2.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debía colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos, pero se ha reducido su aporte a la mitad.. Impuestos adicionales al petróleo debían fortalecer este fondo pero nunca fueron aportados. Los municipios debían dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación, hasta que la nación cambió la reglas de juego de estos recursos y los gira con dedicación específica a subsidios para el aseguramiento de la población pobre en cada municipio.

⁵ Posteriormente el Decreto 510 de 2003 elevó el límite máximo de cotización a 25 salarios mínimos mensuales vigentes.

3.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberían ser eficientes y competitivos, convertidos en Empresas Sociales del Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo.

4.- Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los Hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre. Aplicación y desarrollo de un Sistema de Selección de Beneficiarios de Subsidios del Estado (SISBEN) para focalizar los subsidios hacia la población más pobre.

5.- La cobertura en servicios del seguro subsidiado, Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del Contributivo en el año 2001. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

Para modular el Sistema se crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), organismo de concertación entre el Gobierno, las aseguradoras privadas y públicas, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo, a través de la aprobación anual del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Capitación, que el Sistema reconocerá por cada afiliado a las Empresas Promotoras de Salud.

La implementación de la transición del sistema de oferta al de demanda fue especialmente traumática para los hospitales de mayor nivel de complejidad que veían reducidos sus presupuestos de oferta de servicios, al tiempo que no podían vender muchos de sus servicios especializados, quirúrgicos y hospitalarios a las Administradoras del Régimen Subsidiado, por no estar contemplados en el Plan de salud de este Régimen.

Transcurridos 10 años de formulada la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para todos los habitantes de Colombia, y pasado al año 2001, fecha en la cual se previó alcanzar la cobertura universal en el aseguramiento, que garantizara el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos (Art. 162)⁶, resultaba evidente que no se logró la meta estipulada en el plazo previsto.

El problema fundamental para lograr la universalización de cobertura con un plan de salud igual para todos los colombianos ha sido la limitación de cobertura del Régimen Contributivo, asociado a la limitación del trabajo formal con aportes de patronos y trabajadores a la seguridad social,

⁶ En el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se define el principio de Equidad: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago....”.

Según Cesar Giraldo^{xl}, "La responsabilidad de la no cobertura de esta población es considerada como el no cumplimiento de sus obligaciones bien sea por no cumplir la ley al no cotizar o por evasión, y desde esta perspectiva, la herramienta principal para resolver el problema es acudir a instrumentos de carácter represivo: Perseguir a los evasores. Las fallas en la cobertura no son presentadas como una deficiencia del sistema, que era la acusación que se le hacía al sistema antes de las reformas. Sin embargo el principal problema que atenta contra el aumento de la cobertura es el proceso de desalaramiento que vive la sociedad colombiana (lo mismo sucede en el caso de las pensiones como se verá más adelante). Entre 1980 y el 2002 el porcentaje de asalariados, sobre la población económicamente activa, pasó del 67% al 54% (cuadro 3), además de los asalariados pertenecientes al sector formal sólo el 46% de los obreros y empleados del sector privado tenían afiliación al sistema de pensiones). Pero no sólo disminuye el asalaramiento, sino que la relación salarial se deteriora. En el 2003, la mitad de los asalariados (el 50.7%) no tenían contrato de trabajo escrito, de acuerdo a la encuesta de Calidad de Vida. Estas cifras están indicando que una proporción importante de los trabajadores no tienen una relación formal.

En la medida en que cada vez sea una proporción menor la población asalariada formal respecto a la población económicamente activa, es menor la población que cotizaría al régimen de salud (régimen contributivo) y mayor la población que debe ser cubierta por el sistema de asistencia pública (régimen subsidiado), lo que genera una tensión financiera al sector, porque cada vez son menos los que ponen recursos y más los que demanda asistencia. Entre 1997 y el 2003, los afiliados al contributivo aumentaron en 1.6 millones de afiliados para llegar a un total de 13.8 millones⁷, mientras que los del subsidiado lo hicieron en 4.8 millones para llegar a 11.9 millones. Esto significa que la proporción entre los afiliados al contributivo y los que reciben asistencia está cambiando rápidamente: pasó de 66.8% en 1998 a 86% en el 2003.. De seguir la tendencia será mayor la cantidad de quienes demandan asistencia respecto a quienes contribuyen al sistema. De hecho, si se depuran las cifras del 2004 teniendo sólo en cuenta los afiliados activos (y advirtiendo de las inconsistencias de las cifras señaladas atrás), se encuentra que la relación subsidiados/contributivos llega al 151%."

Pese a que el propósito de aseguramiento universal puede ya considerarse una política de Estado, en la medida que se ha sostenido durante cuatro gobiernos consecutivos, el reconocimiento de la imposibilidad de alcanzar la meta de universalidad en el plazo previsto había generado cierta desazón al interior del Sector, (Martínez y otros 2003 b) lo que promovió una serie de propuestas dirigidas a modificar la Ley, que culminaron con la expedición de la Ley 1112 de 2006.

El proyecto de Gobierno que fuera aprobado en el Congreso optó por extender la cobertura de subsidios directos para la afiliación al Régimen Subsidiado en salud al 50% de la población pobre, en lugar de subsidiar las cotizaciones obreropatronales a la seguridad social completa en microempresas y sectores críticos donde los trabajadores no cuentan con seguridad social, proyecto que puede

⁷ De los 13.8 millones en el 2003, 5.8 eran cotizantes y 8.0 beneficiarios (familiares de los cotizantes razón por la cual tienen de acceso al régimen contributivo).

desresponsabilizar aún más a los patronos, pues aun cuando otorga beneficios a corto plazo, deja a los trabajadores sin seguridad social para el futuro, ante la incapacidad, la vejez o la invalidez. (Martínez 2006)^{xii}

Si bien esta Ley traza el camino para acercarse a la cobertura universal, extendiendo el Régimen Subsidiado de 16 a 22 millones de habitantes, no está dirigido a igualar los Planes de Beneficios de este Régimen con el Contributivo, es decir no avanza en términos de equidad. Adicionalmente refuerza el carácter asistencialista del Régimen Subsidiado y profundiza el camino privatizador en el aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud.

1.4.3. Ecuador

Ecuador ha experimentado varios intentos de respuestas de política a problemas en el sector de salud. El primero comienza durante el final del período presidencial de Borja; se desarrollo un proyecto para poner en práctica la atención familiar y el Modelo de Salud Comunitario (SAFIC)^{xiii}. El segundo ocurrió, durante los períodos presidenciales de Duran Ballén y de Alarcón, en los cuales el Banco mundial apoyó la reforma de sector de salud; y por último una tercera generación producto de la crisis económica y del nuevo orden internacional, cuyo eje es la reforma del Estado que comienza a desarrollarse a mediados de los ochenta y básicamente en los noventa.

En este último intento, se han reconocido cuatro fases de reforma sanitaria en Ecuador, así (Echeverría -1997; 2000)

1. Fase de inserción del tema de la reforma en salud de agosto de 1992 a julio de 1994,
2. Formulación y discusión de propuestas de junio de 1994 a junio de 1996,
3. Fase de discontinuidad de agosto de 1996 a febrero de 1997
4. Fase de reanudación del proceso de reforma de marzo de 1997 hasta el 2000.

En general los grandes contenidos de las propuestas de reforma promovidas por el CONASA organismo encargado de su desarrollo, son semejantes a los de otros países y están centrados en los siguientes aspectos: a) reforma legal; b) organización del sistema nacional de salud; c) aseguramiento; desconcentración y descentralización; d) financiamiento; e) participación social.

A partir de 1992 y hasta el 2000 la puesta en práctica de políticas de reforma del sector salud ha sido acompañada por una crisis política, con cambios frecuentes del Gobierno y del Gabinete Ministerial (Tabla 2.) Estos cambios afectaron la continuidad del proceso de reforma de sector de salud^{xiii} (Moreira, 2000).

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las fases identificadas como parte del proceso de reforma^{xiv}.

Fase de inserción del tema de la reforma en salud

En el Ecuador de modo semejante a la mayoría de países latinoamericanos el proceso de reforma del sector salud se inicia a comienzos de la década de los años 90. Concretamente en 1993 al expedirse la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación del servicios, se crea el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), organismo adscrito a la Presidencia que en 1994 plantea la reforma del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye a las prestaciones de salud. De este modo, la reforma del Sector Salud ingresa formalmente en el esquema de Reforma del Estado, asociada a la reforma de la Seguridad Social.

Fase de formulación y discusión de propuestas

En el período de junio/94 y diciembre/94 se generan las primeras propuestas de reforma del sector salud; la una por parte del CONAM y la otra por una Comisión Técnica conformada por delegados del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Ministerio de Bienestar Social (de quien dependía el IESS, en aquel tiempo).

El CONAM comenzó a difundir ampliamente su propuesta de reforma a la seguridad social en el primer semestre de 1995, cuyos contenidos de privatización (administradoras privadas del fondo de pensiones y libre oferta de seguros privados en salud), es rechazada por la mayor parte de fuerzas sociales y políticas del país negándose en el plebiscito de Noviembre de 1995.

Con este antecedente, se inicia el debate nacional sobre esta materia, generando la respuesta del MSP, que a través de la Comisión de Reforma del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presenta una propuesta de Lineamientos Generales de Reforma del Sector Salud en Septiembre de 1995, la misma que tiene como eje la conformación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) y un esquema de aseguramiento de la atención de base pública basada en una alianza entre el IESS y el MSP, que en conjunto poseen las dos terceras partes de la infraestructura disponible en el país.

Mediante la colaboración de la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), conformada inicialmente por el Banco Mundial, BID, USAID y la coordinación de OPS/OMS, se inicia un amplio proceso de información, diálogo y generación de consensos alrededor de aspectos básicos de la reforma, en base al documento del CONASA en varias conferencias, seminarios y talleres. En estos eventos, surgen significativos aportes de los profesionales y trabajadores de las instituciones del sector y de diversas organizaciones sociales interesadas en la reforma en el país.

Con este documento, se pretende generar consensos básicos para un Plan de implementación de la reforma, pero en un primer momento esto no se logra en tanto dos de las instituciones del CONASA (Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) consideran que la propuesta del SNS puede afectar sus autonomías institucionales, al ser considerado éste como un sistema único y no como articulación funcional entre sus actores.

También varias provincias y cantones del país cuestionan la centralidad de la propuesta nacional y demandan una gestión más descentralizada y participativa en este proceso, lo que da lugar a la creación de Consejos y Cantonales de Salud para impulsar la reforma desde escenarios locales, sentando de este modo las bases para el desarrollo de una reforma nacional democrática y sostenible.

Cabe destacarse también en este período (junio/96) emergen a la opinión pública la Propuesta de reforma de la Dirección Médica del IESS, que básicamente enfoca su desarrollo institucional, en el marco de la reforma del sector salud impulsada por el CONASA y varias otras propuesta alternativas desde los ámbitos académicos e institucionales del sector salud, llegando a más de una docena de las mismas para el debate nacional. Entre ellas se destaca la propuesta de RSS preparada por consultores de la Secretaría Técnica del Frente Social Social, que funciona en el Ministerio de Bienestar Social, cuyo énfasis se centra en la propuesta de un Sistema Integrado de Salud (SIS), articulando los nodos central, provincial y local (SILOS).

También el Consejo Superior del IESS presenta a la opinión pública la Propuesta de Reforma Integral del Seguro Social Ecuatoriano, trabajado por un grupo de profesionales nacionales en los ámbitos económico, legal y de salud.

En suma, a mediados de 1996 quedan algunas propuestas de reforma en los campos de salud (se estima que un poco más de 18 propuestas), así como en seguridad social (se estima unas 21 propuestas) como referente para la nueva administración de gobierno.

Fase de discontinuidad del proceso de reforma

Lamentablemente la dinámica inicial de debate no tiene continuidad con el cambio de gobierno en agosto de 1996, el CONASA se inactiva por algunos meses y los acuerdos iniciales quedan trancos y sin concreción.

Se da lugar a lo que algunos denominan, "reforma silenciosa", caracterizada por los siguientes hechos:

- ' Reducción del papel del Estado en la salud, con recortes presupuestarios (de 4.6 % en 1995 a 2.8% en 1997) y de personal institucional, debilitando el funcionamiento de los servicios públicos.
- ' La propuesta de "autonomía de gestión" de los servicios, como mecanismo válido para mejorar la eficiencia y eficacia de su funcionamiento se trasloca a "autonomía de financiamiento". Para el efecto se plantean mecanismos de recuperación de costos, basados en tarifas de mercado de acuerdo a la capacidad de pago local.
- ' Convenios piloto de traspaso de algunos Hospitales a los Municipios.
- ' Se prevé un nuevo un proyecto de privatización del IESS al reactivar la propuesta de ley de reforma a la seguridad social auspiciada por el CONAM.

Luego de los sucesos del 5 y 6 de febrero de 1997 en que se instala un gobierno interino en marzo de 1997, se convocó de nuevo a los siete meses de inactividad al CONASA con el propósito de que continúe el abordaje del proceso de reforma y retome la direccionalidad del mismo como organismo idóneo para promover los consensos básicos en esta materia y propiciar la coordinación de políticas y acciones del sector salud.

Fase de Reanudación del proceso de Reforma

Se reanuda el proceso de reforma, cuando el CONASA aprueba los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma para el período mayo/97-agosto/98, a cargo de la Comisión Técnica correspondiente, así como también la necesidad de emprender en un efectivo fortalecimiento del MSP como instancia rectora del sector salud, pero no se ejecuta como tal por el desarrollo de paros laborales de los médicos y trabajadores de la salud, por reivindicaciones salariales y presupuestarias para el sector salud.

En general, a partir de este momento la gran inestabilidad político-institucional del país y el agravamiento de la ya profunda crisis socio-económica que el país ha vivido en los últimos tres años (1997-2000) no ha permitido retomar el proceso de reforma de modo integral y mas bien en este período se han producido una serie de hechos inconexos y parciales sin que se mantenga una direccionalidad definida. En suma, ante la falta de una Política de Estado en materia de Reforma Sectorial, continúan realizándose acciones operativas de Reforma dispersas y sin direccionalidad definida y en particular a nivel provincial y local.

No obstante en el período 1997-2000 se desarrollan importantes elementos que serían la base para sustentar la reactivación del proceso de reforma del sector salud en los actuales momentos. Entre ellos se consideran:

- ' Definición del rol del Estado en la Salud
- ' Formulación de un marco de políticas nacionales de salud
- ' Reforma Constitucional en salud
- ' Modernización inicial del Ministerio de Salud Pública
- ' Experiencias demostrativas de descentralización en salud
- ' Propuesta del Sistema Nacional de Salud
- ' Propuesta de Reforma a la ley de Seguridad Social

En resumen la reforma sectorial, en lo que tiene que ver con los programas verticales y específicamente con el programa de Malaria, se ha centrado en la Descentralización de las funciones y solicitud de competencias por parte de los municipios y provincias, el Desarrollo de las Áreas de Salud con capacidad de respuesta, la Reducción del personal del Programa por compra de renuncias, Contratación temporal de personal para reemplazar a trabajadores que se fueron, cambio en el Modelo de gestión, un nuevo Modelo financiero y la Integración de los servicios generales de salud en el control de malaria.

En realidad con respecto a las acciones de salud pública además de la

afectación por disminución de recursos, tanto humanos como financieros, en el proceso de reforma no se hace referencia específica al considerarlas de poco interés para el sector privado, y deben ser abordadas exclusivamente por el Ministerio de Salud Pública.

Esta situación, según el CONAM, justificó la ninguna participación del MSP en su propuesta, puesto que lo que tiene que ver con Salud Pública se plantea como una reforma complementaria a la de la Seguridad Social, lo que mantiene fragmentado el sistema.

Finalmente, en la actualidad, un nuevo proceso político conduce a un referendo que ordena la creación de una Constituyente para reformar la carta constitucional del país, proceso de reformas fundamentales que sin duda abarcará prioritariamente al sector salud.

1.4.4. Perú

Desde los años 70 los análisis sobre las tendencias de desarrollo de los sistemas de servicios de salud en varios países determinó los patrones del gasto sectorial: excesiva demanda en la asistencia médica con demasiada, ineficiente e inefectiva intervención del Estado, y la acción incontrolable de un complejo médico-industrial que se había desarrollado con el subsidio financiero estatal, que condicionaban un crecimiento significativo en el gasto sanitario.

Simultáneamente en la dinámica del desarrollo mundial, la crisis económica forzó la reevaluación de las prioridades del gasto público en el marco de la necesidad imperativa de controlar el déficit público, resaltando el dilema de los que Maxwell llamó "*policy makers*": la coexistencia de una demanda infinita y de recursos finitos en el sector salud (Maxwell, 1974).. A partir de este momento se formula la "crisis en salud"^{xlv}.

Es así como a partir de la década de los 80 el tema de reforma empieza a dominar el debate sectorial, haciendo énfasis en un proceso puramente técnico, en la mayoría de los países, sin mayor discusión acerca de las referencias ideológicas que conllevan a la formulación de sus principios o de los valores subyacentes a las diferentes estrategias de cambio.

Para América Latina y el Caribe el diagnóstico de la crisis del sector es más tardío y, aunque también está relacionado con la crisis económica, los procesos de reforma en salud no provienen de la necesidad de disminuir el gasto, sino de la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos y por el escandaloso aumento de las desigualdades (Almeida 2002), agravado en muchos de los países por las complicadas transiciones políticas que demandaron la reestructuración de los canales democráticos de participación de los intereses sectoriales paralelamente a la exacerbación de conflictos y a la visualización de los diferentes proyectos de cambio. La acumulación y exacerbación de la "*deuda social*" son el reflejo de determinadas elecciones y opciones políticas.

La evolución histórica de América Latina y el Caribe está marcada por estados dependientes económicamente, con sociedades altamente segmentadas e importantes niveles de exclusión y marginalidad social; pobre institucionalidad y estructuras de derechos de ciudadanía extremadamente frágiles. Estados con “inserción subalterna en los mercados internacionales” y pautada por endeudamiento progresivo y perverso (Baltodano, 1997).

En general aunque las reformas sectoriales han dependido de la dinámica histórica de cada país, se puede concluir que favorecieron los recortes de gasto público, la contención de costos, cambios en la estructura de poder sectorial y la reorganización de los servicios de salud bajo una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva, cambiando las “*necesidades en servicios de salud*” por “*riesgo*” monetario, cuestionando el derecho a la salud como un derecho humano o beneficio social.

El cambio a la década de los 90 encuentra a los países de América Latina en un período de crecimiento económico limitado, con el fortalecimiento de un proceso de democratización en las agendas políticas, económicas y sociales, dentro del contexto de la globalización económica entendida como “contención de costos”^{xlvi}. La respuesta de los países fue la integración regional o subregional como mecanismo de mejoramiento de la productividad y competitividad en los mercados internacionales.

Sin embargo existe un nuevo énfasis en la revalorización de la agenda social destinada a superar las inequidades en la cobertura y acceso a los servicios entre los distintos estratos sociales, que habían surgido como consecuencia de la globalización de las economías y de la disminución del gasto público con destinación social (Londoño & Frenck, 1997; Días, 1998).

En el sector salud esto se traduce en un *cambio en el rol del sector público*, caracterizado por la disminución en la provisión de servicios que se transfieren a los niveles periféricos (municipios, provincias) y con el fortalecimiento de políticas encaminadas al liderazgo normativo y función reguladora. Esta redefinición de roles se da por medio de la reorganización de los sistemas de salud a través de la descentralización y de la redefinición de los modelos de atención.

Es muy importante recordar que el ajuste económico incluye un cambio drástico del papel del Estado, que se expresa también en el nuevo contenido de las políticas sociales. En este contexto, parte del programa de ajuste es la política de alivio a la pobreza y las reformas de las políticas de educación y salud; es decir, las políticas sociales, subordinadas al nuevo esquema económico, son ahora sólo de compensación social y para ampliar los márgenes de inclusión en la expansión del mercado. La política de alivio a la pobreza se dirige a la pobreza reciente (causada por el impacto inmediato del ajuste) y la pobreza estructural (Schmunis & Pinto Dias, 2000).

La política del Estado está influenciada por dos elementos: la liberalización de la economía y la presencia de demandas sociales básicas, muchas de ellas

insatisfechas. El Gobierno ha decidido reformar las funciones del Estado y reorientar el gasto público para lograr una mayor eficiencia. Esto implica centrar las funciones públicas en aquellas que no pueden ser asumidas por entidades privadas por razones de seguridad, equidad social y regulación del mercado. Los objetivos de la reforma del Estado son dos: liberar recursos financieros desregulando el mercado, privatizando empresas estatales y generando un marco institucional favorable a la libre empresa, y reestructurar las funciones del Estado. El contexto de la reforma es la plena austeridad fiscal y monetaria, y el cumplimiento de las obligaciones financieras externas. El alivio a la pobreza extrema es una meta de mediano plazo, base de la política social y dentro de la cual el sector salud define su población objetivo mediante estrategias descentralizadas.

En este contexto, las políticas de salud fueron formuladas con base en la reforma del Sistema de Salud, a través de la regionalización y descentralización como estrategias para lograr cambios, reorientando el modelo de atención para lograr una mayor cobertura de la población. Los principios que guían este proceso son equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia, buscando construir:

- Un nuevo marco jurídico
- Nuevas capacidades de gobierno
- Nuevo sistema de cuidado de la salud individual
- Nuevo sistema de atención de la salud colectiva
- Nuevo sistema de financiamiento de cuidados
- Nuevo sistema de gerencia de servicios de salud (Aguinaga, 1996).

Los procesos de reforma emprendidos en el país no se realizaron de manera integral ni integrada, la decisión de iniciar estos procesos se formula y se expresa hacia finales de los 90 (1997) estableciéndose normas que ordenaban el proceso, el cual no se llega a implementar. En el caso del sector educación mediante decreto supremo determinan la descentralización inmediata de los centros educativos transfiriéndolos al nivel regional, descuidando el elemento de preparación y programación, en el caso del sector salud, este proceso se establece de manera progresiva, participativa y concertada, definiendo herramientas que permitan la generación de competencias regionales y locales para asumir las nuevas funciones asignadas, se establece un calendario que culmina en el año 2008 con la transferencia de la responsabilidad financiera, paralelamente se presenta un fenómeno interno relacionado con la concepción de salud y la expresión en los servicios, programas y normas para la atención de la población.

Con relación a los otros subcomponentes del sector, la seguridad social tiene su propio proceso de reforma, hacia los años 70 y principios de los 80 la seguridad social estaba dividida en seguro social del empleado y el seguro obrero con una lógica asistencial recuperativa contando cada uno de ellos con hospitales de alta capacidad resolutoria, para luego fusionarse y constituirse en una sola institución conocida como seguro social del Perú, encargado de la prestación recuperativa de los trabajadores de planilla que realizan aportes a este sistema, cambia también la asignación del presupuesto incrementándose el aporte de

participación del trabajador y reduciéndose la participación del empleador y del estado. Hacia 1997 se da la ley de aseguramiento universal la cual no termina de ser instrumentalizada y queda en espera hasta la actualidad. Paralelamente a finales del gobierno de Fujimori en el último quinquenio de los 90 se crea el seguro escolar y el seguro materno infantil que buscan subvencionar la atención recuperativa de poblaciones de escasos recursos estos programas posteriormente en el gobierno de Toledo se fusiona generando el actual seguro integral de salud que propone paquetes de cobertura de capa simple para población en extrema pobreza intentando facilitar el acceso a los servicios de salud. Con relación a las fuerzas armadas no se evidencia participación de ellos en el proceso de reforma, lo mismo ocurre con los servicios privados.

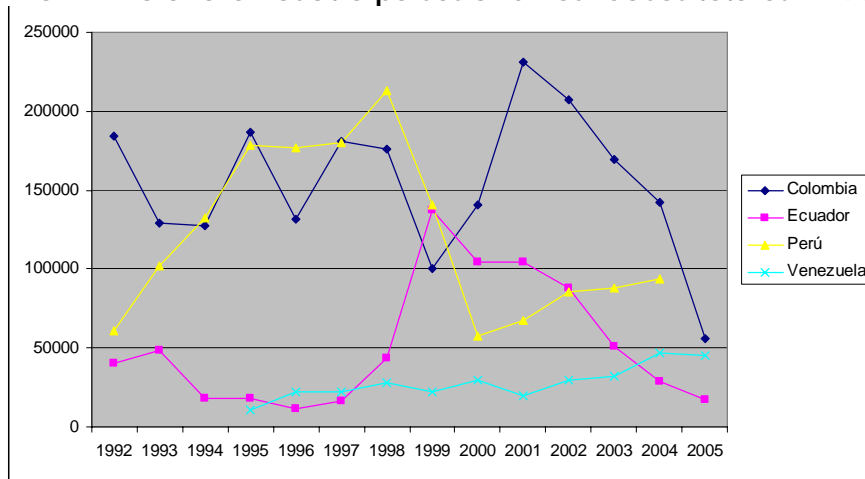
2. COMPORTAMIENTO DE LA MALARIA

2.1. Información básica: Datos 1980- 2005

2.1.1. Morbilidad.

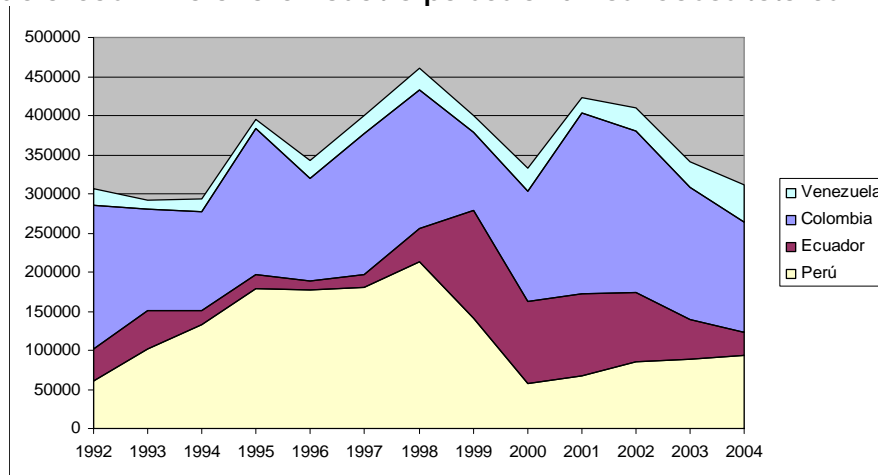
2.1.2. La siguiente secuencia gráfica muestra la situación general de la malaria en los cuatro países. Número de casos totales de conformidad con las cifras de los países provenientes de instituciones oficiales.

Gráfico No. 1 Malaria en cuatro países andinos. Casos totales 1992 - 2005



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

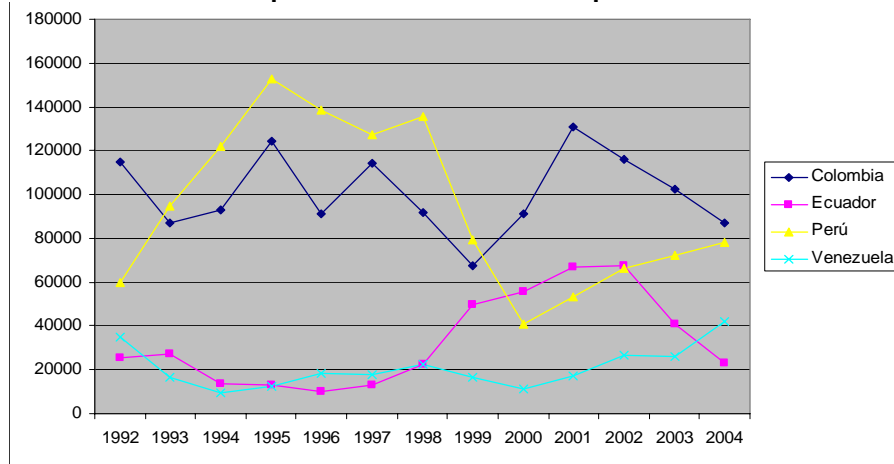
Gráfico de áreas- Malaria en cuatro países andinos. Casos totales 1992 - 2005



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

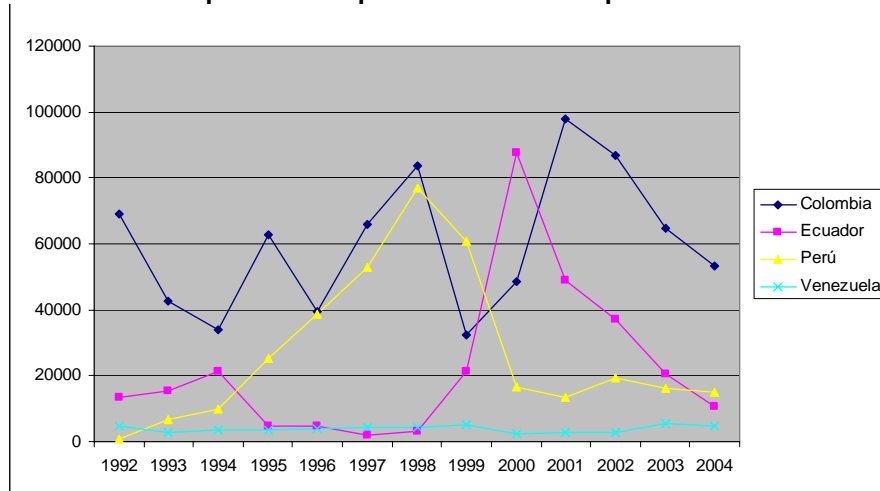
Igualmente, el número de casos según las principales especies parasitarias (*Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum*)

Gráfico No. 3 Malaria por P. Vivax en cuatro países andinos 1992 - 2004



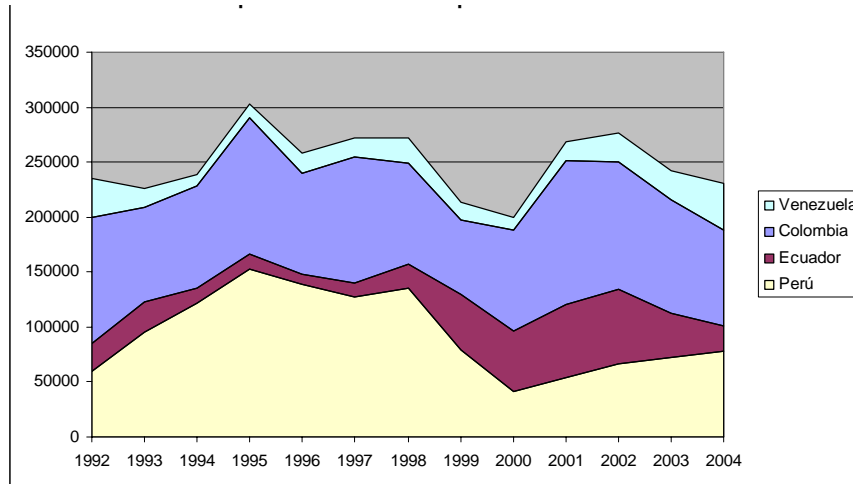
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 4 Malaria por F. Falciparum en cuatro países andinos 1992 - 2004



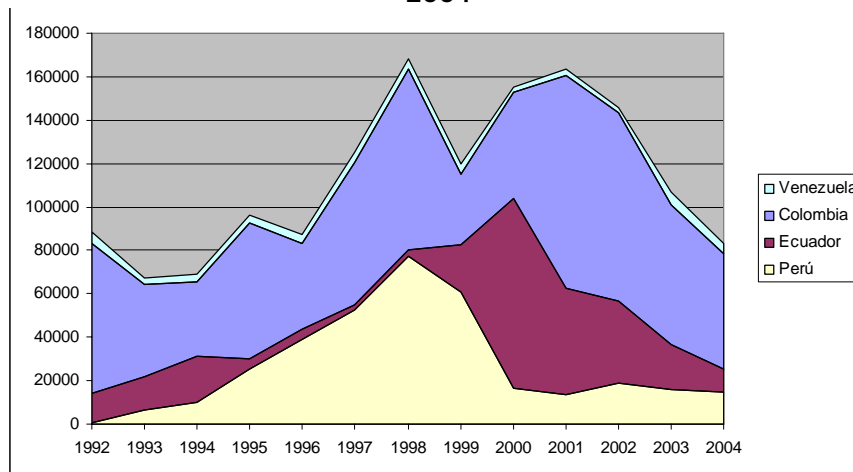
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico de áreas- Malaria por P. Vivax en cuatro Países Andinos 1992 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

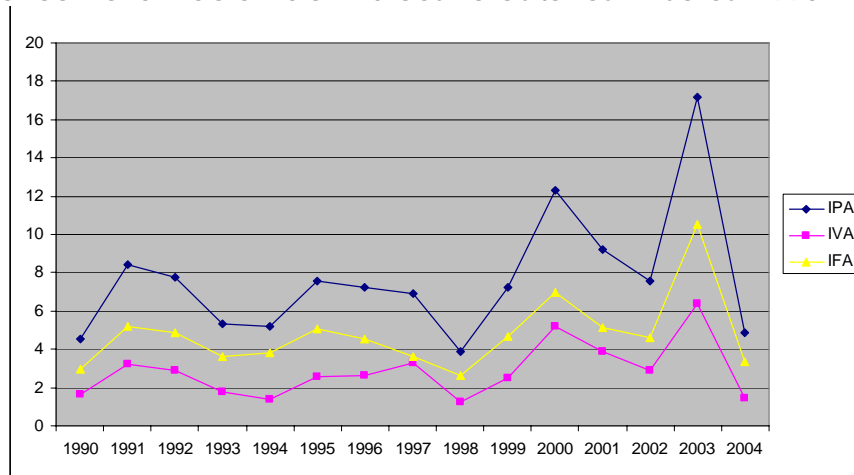
Gráfico de áreas- Malaria por P. Falciparum en cuatro países andinos 1992 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

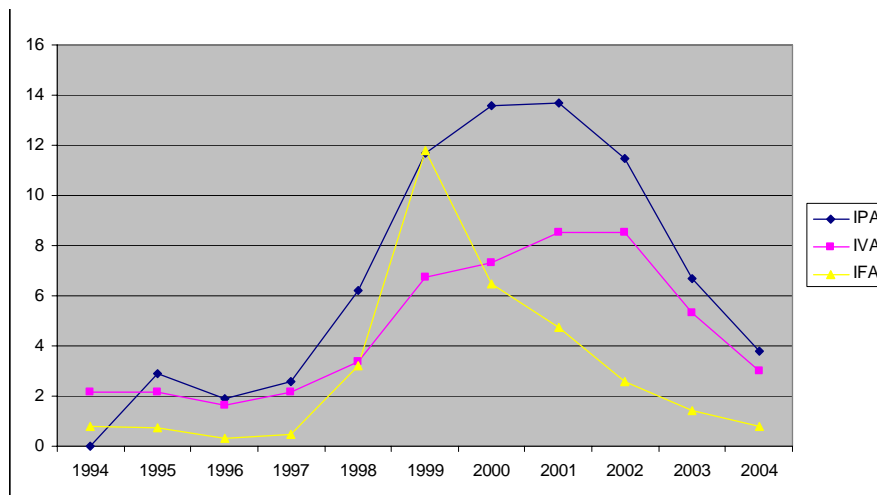
Adicionalmente, los Índices Parasitarios Anuales, de conformidad con los registros oficiales consultados.

Gráfico No. 5 Colombia: Índices Parasitarios Anuales 1990 –2004



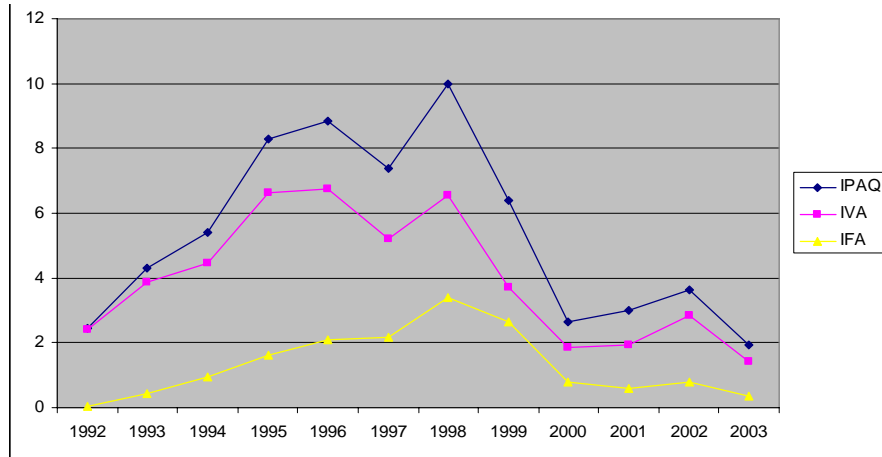
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 6 Ecuador: Índices Parasitarios Anuales 1994 - 2004



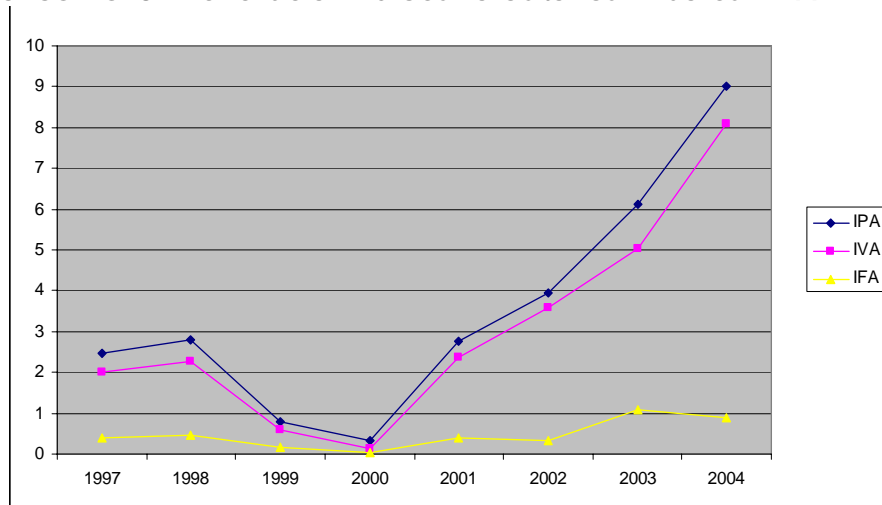
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráficos No. 7 Perú: Índices Parasitarios Anuales 1992 - 2003



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 8 Venezuela: Índices Parasitarios Anuales 1997 - 2004



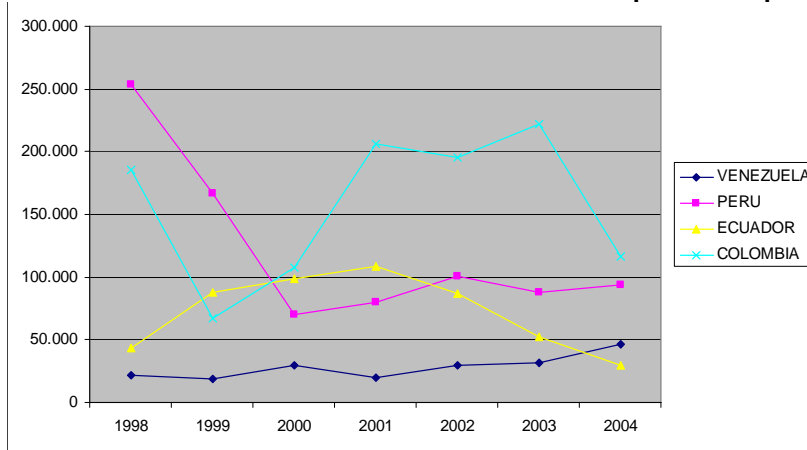
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

2.2. Crítica a la información.

- a) El reporte de morbilidad vs el esfuerzo diagnóstico. Los problemas del numerador, muestras positivas y su relación con las muestras tomadas. Las pérdidas de información más relevantes reportadas

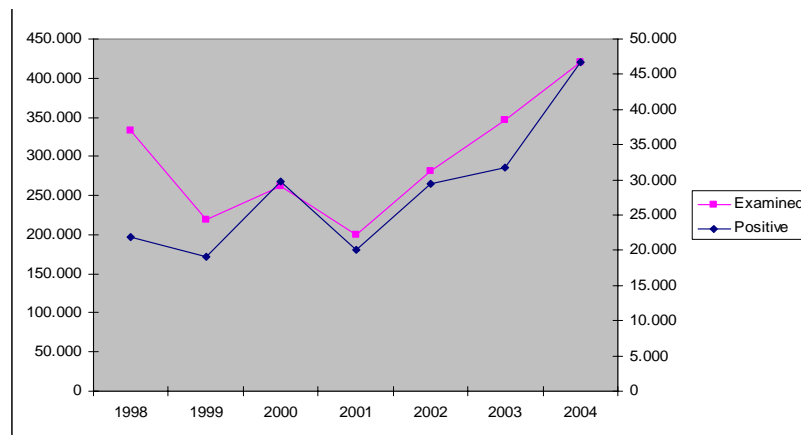
En este punto se encuentra el primer hallazgo importante de la investigación, ya que el número de casos positivos parece mostrar relación con el número de muestras tomadas, lo que podría significar que a mayor esfuerzo diagnóstico mayor morbilidad encontrada y que a menor esfuerzo diagnóstico menor morbilidad reportada. Las cifras de los cuatro países corresponden al informe de malaria de la OPS ^{xlvi}

Gráfico No. 9 Malaria 1998 – 2004: Muestras positivas por país



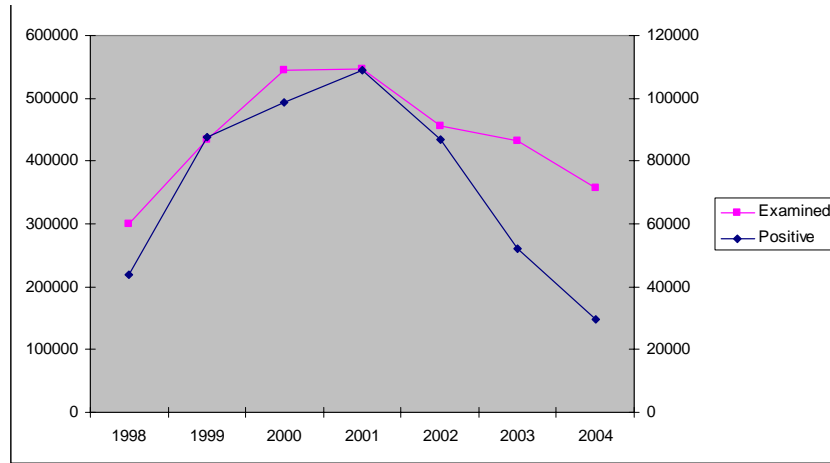
Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Gráfico No. 10 Venezuela: Muestras examinadas y muestras positivas 1998 - 2004



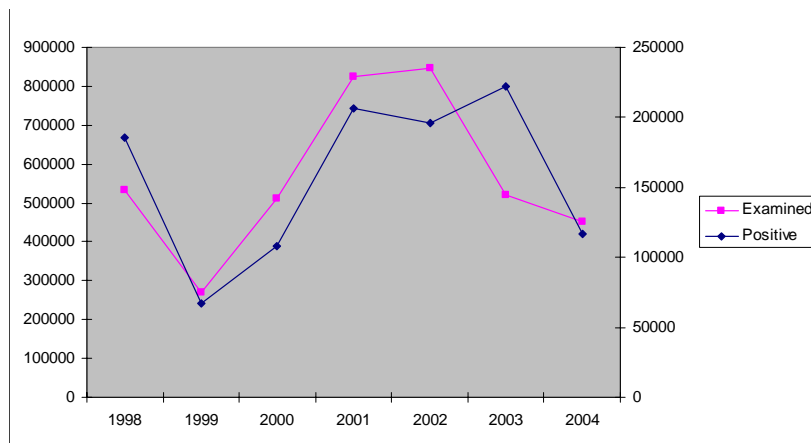
Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Gráfico No. 11 Ecuador: Muestras examinadas y muestras positivas 1998 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998-2004.

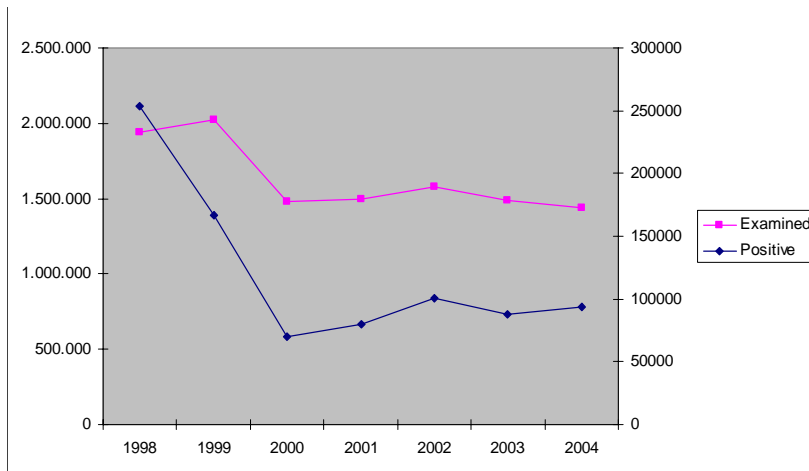
Gráfico No. 12 Colombia: Muestras examinadas y muestras positivas 1998 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998-2004.

En Colombia se presenta una reducción de la toma de muestras importante en el año 1999, con un correspondiente aumento de casos positivos. Igualmente un aumento de toma de muestras en el 2001 y 2002 con el correspondiente aumento de casos positivos. Sin embargo en 2003 se rompe completamente el paralelismo, pues a pesar de que disminuye la toma de muestras, aumentan sensiblemente los casos positivos, lo que obliga a mirar la relación de casos positivos / muestras totales como la relación más relevante para entender el fenómeno de morbilidad.

Gráfico No. 13 Perú: Muestras examinadas y muestras positivas 1998 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Si bien se podría señalar que la relación obedece al hecho de que cuando se presentan los fenómenos epidémicos se hace también mayor esfuerzo diagnóstico, es decir que la relación sería inversa, debe probarse tal presupuesto.

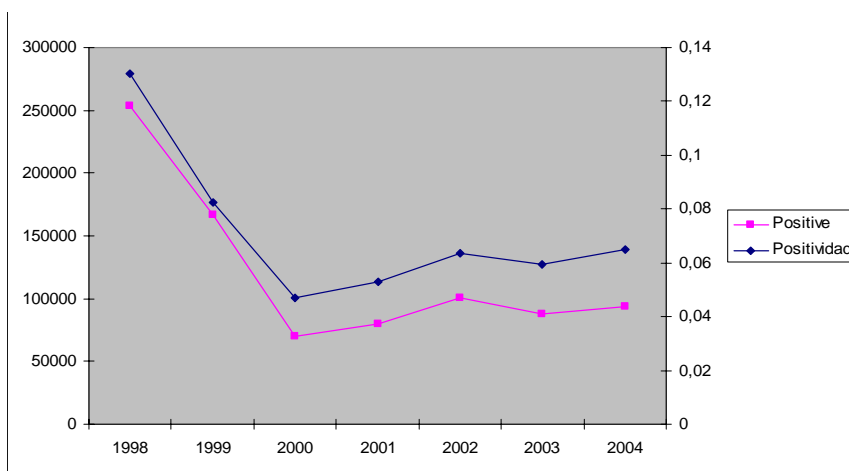
En dicho caso el porcentaje de muestras positivas de las muestras tomadas (razón de positividad de las muestras o Índice de laminas positivas de la OPS) no debería incrementarse en forma similar con el número de casos positivos, como sucede en Ecuador y Perú, según los siguientes gráficos. Ello demostraría un esfuerzo diagnóstico estable y un aumento correspondiente de muestras positivas y del índice de positividad.

Gráfico No. 14 Ecuador: Muestras positivas vs positividad



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

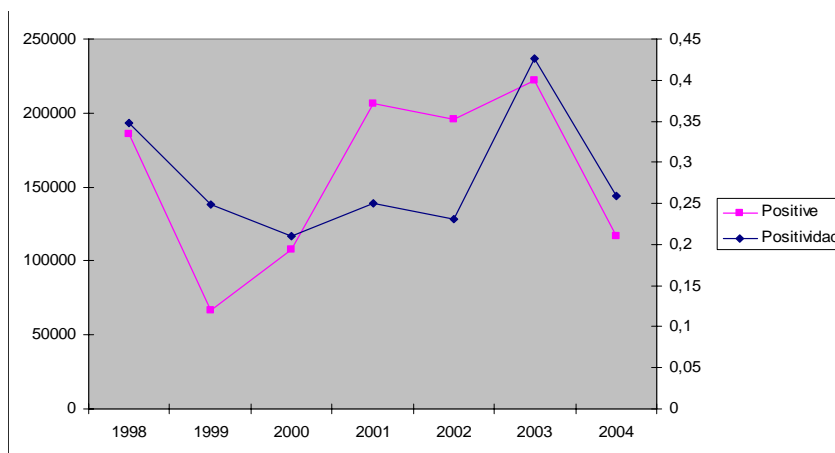
Gráfico No. 15 Perú: Muestras positivas vs positividad



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

El caso contrario parece suceder en Colombia, donde un aumento en el índice de muestras positivas no corresponde siempre con un incremento de casos y viceversa.

Gráfico No. 16 Colombia: Muestras positivas vs positividad

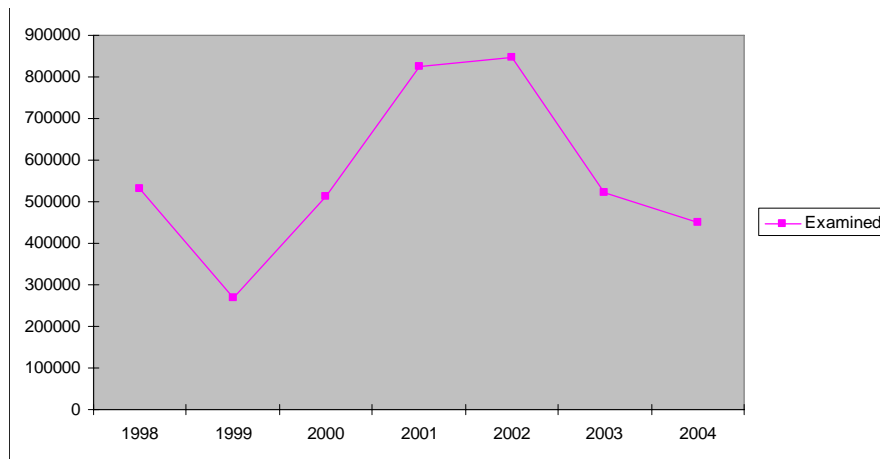


Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Se puede observar en el gráfico que en 1999 disminuyen los casos sensiblemente, sin que disminuya en igual proporción el índice de positividad. La investigación encuentra un grave problema de pérdida de información ese año, que evidencia que no hubo tal reducción de casos o de la morbilidad por malaria, sino una

sensible pérdida de información. El fenómeno contrario se presenta en 2001 y 2002, cuando se presentó un incremento muy notable del esfuerzo diagnóstico como evidencia la siguiente grafica.

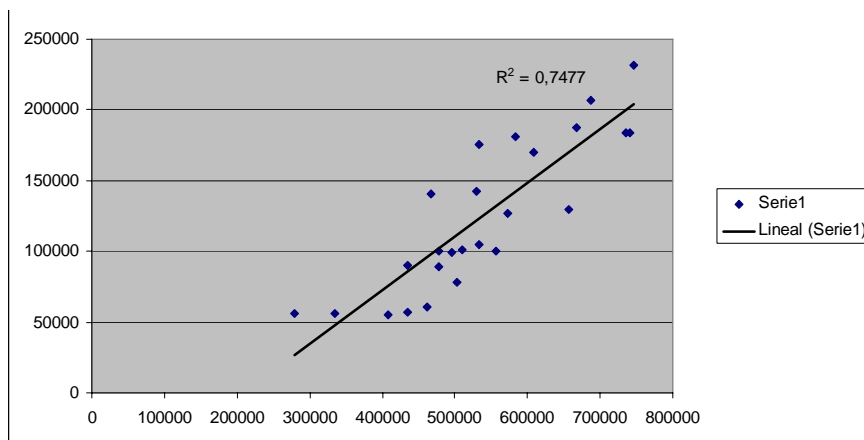
Gráfico No. 17 Colombia: Muestras examinadas 1998 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998-2004.

La significancia estadística de esta relación se demuestra sobre la serie larga del estudio 1980-2005, con un R2 cercano a 0,75 que puede apreciarse en la siguiente grafica:

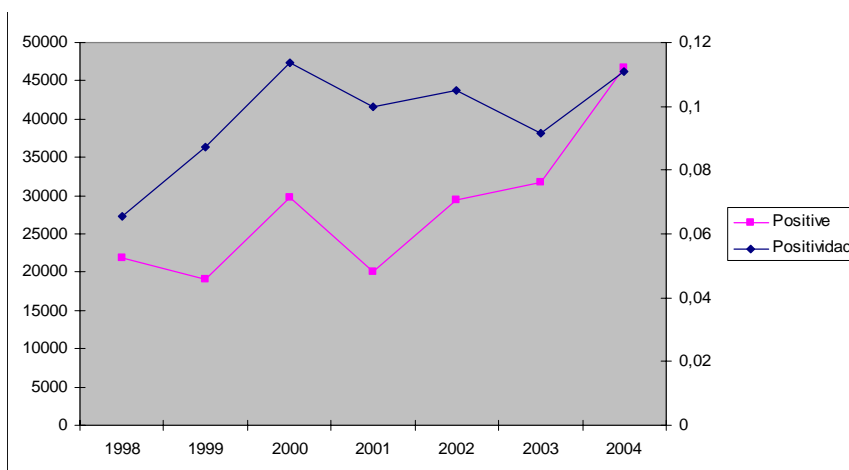
Gráfico No. 18 Relación muestras examinadas y muestras positivas - Colombia malaria 1980 - 2005



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

De esta forma se comprueba que la morbilidad reportada varía en función del esfuerzo diagnóstico en el caso de Colombia y parcialmente en el caso de Venezuela, específicamente para los últimos años (2002-2004)

Gráfico No. 19 Venezuela: Muestras positivas y % de positividad



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

b) Los cambios de la población en riesgo que afectan el denominador

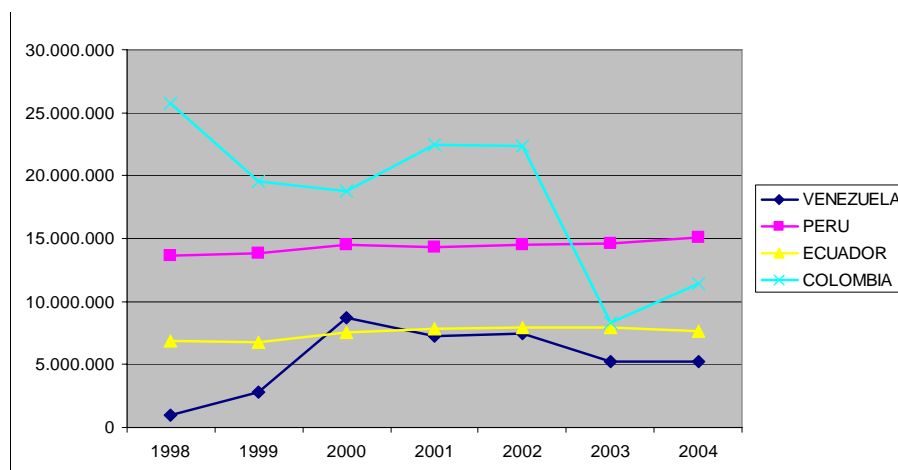
El caso de Colombia es también el más representativo en este sentido, pues de una población en riesgo de 22.403.000 en el año 2002 desciende a tan sólo 8.284.000 en 2003 y 11.416.000 en 2004. Buscadas las explicaciones en los responsables del programa a nivel del Ministerio de la Protección Social, se señala que las cifras de población en riesgo anteriores a 2002 estaban seriamente infladas, dado que tan sólo un pequeño grupo de municipios (10 a 15) presenta malaria urbana y en el resto del país sólo hay malaria rural.

Si la población en riesgo fuera la mantenida hasta el año 2002 y los casos diagnósticos fueran los correctos, el IPA estaría alrededor del 9%, pero sin son ciertas las cifras posteriores al 2003 el IPA sería cercano al 23% para los mismos años. Se deduce de lo anterior que las cifras de IPA, IVA e IFA de la secuencia no son aceptables si no se hace la revisión del denominador de población en riesgo con retroactividad.

Se debe aclarar que la variedad en la calidad de los datos provenientes del sistema nacional de vigilancia limitan el valor de los mismos en el análisis y entendimiento de la malaria como grave problema de salud pública en el país (WHO, 2005).

Para los otros tres países no se encuentran serios problemas con la población en riesgo, pues o muestran una cifra estable, o un incremento que resulta lógico con el incremento de la malaria, como es el caso de Venezuela.

Gráfico No. 20 Población en riesgo de malaria 1998 - 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

2.3. Descripción de brotes y fenómenos epidémicos

2.3.1. El fenómeno climático, los principales brotes descritos y otros fenómenos ecológicos y sociales asociados

Aunque la malaria es de carácter multifactorial, definitivamente hay factores que afectan su comportamiento de manera más directa que otros y uno de ellos es el cambio climático. Los cuatro países coinciden con la relación entre el Fenómeno del Pacífico-Oscilación del sur y el aumento de casos entre los años de 1997 y 1999.

Tabla No. 1 Principales brotes y fenómenos epidémicos en los cuatro países

Colombia		
Año	Brote	Causa

1998	Costa Pacífica	Exceso de lluvias en el año previo, con sequía en el siguiente año, lo cual generó criaderos más estables.
Dic 1999	Guajira (Dibulla, Riohacha, Manaure, Maicao)	Aumento de lluvias en 1999. Deterioro de las acciones preventivas para las enfermedades de interés en salud pública

Ecuador		
1982-1983	Brote Esmeraldas, Manabí y Moronas Santiago y El Oro	Fenómeno climático "El Niño". Deterioro de las actividades de control
1997-1998	Brote Esmeraldas y San Lorenzo	Fenómeno climático "El Niño" Deterioro de las actividades de control. Grandes migraciones secundarias al problema climático que deterioró aun más la situación de la malaria.
Perú		
1990	Aumento de la incidencia en la Amazonía y la Costa Norte	Reintroducción y dispersión de <i>Anopheles darlingi</i> . Resistencia de <i>P. falciparum</i> a cloroquina y a sulfadoxina-pirimetamina
1996	Región de Loreto. (<i>P. falciparum</i>)	Condiciones climáticas y vector muy eficiente. Resistencia de <i>P. falciparum</i> a cloroquina y a sulfadoxina-pirimetamina
1998, 1999	Costa Norte	Fenómeno climático "El Niño". Resistencia de <i>P. falciparum</i> a cloroquina y a sulfadoxina-pirimetamina
Venezuela		
1962	Brote Cd. Bolivia (Barinas)	Esencialmente los brotes han sido explicados como efectos migratorios, ocupacionales, cambios de esquemas de control o tratamiento y evolución de las especies de vectores
1966	Brote Municipio de Libertad (Zulia)	
1969	Brote Guaniamo (Bolívar)	
1971	Brote Delta Amacuro	
1981	Brote Guanare (Portuguesa)	
1983	Brote Sucre (Bolívar)	
1989	Brote El Dorado, Tumeremo (Bolívar)	
2002	Brote Sucre	Asociado a fenómeno climático

De forma similar a lo ocurrido con el cambio climático, la farmacoresistencia es un factor de gran valor al momento de evaluar el impacto sobre la malaria. Desde 1959 cuando se describió en Colombia el primer caso de resistencia de *P.*

falciparum a la cloroquina, se han registrado reportes similares en los otros países. Este factor se ha podido estudiar de una manera más homogénea en la región gracias a la creación de los protocolos estandarizados por la OMS/OPS y que han sido aplicados en estos países desde finales de la década de los años 90, los cuales han permitido evidenciar resistencia al tratamiento con otros antimaláricos como la sulfadoxina-pirimetamina.

Con el lanzamiento en 1999 de la Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo-HRP (Roll Back Malaria) en los países amazónicos y con la creación en el año 2001 de la Red Amazónica para la Vigilancia de la Resistencia de los Antimaláricos, RAVREDA/AMI cuyo objetivo principal es apoyar los esfuerzos de HRP en los países de la cuenca amazónica, la farmacoresistencia ha sido incriminada como uno de los mayores obstáculos en el control de la malaria en la región. Aunque en términos biológicos este es uno de los factores más directamente relacionados con el deterioro de la situación de la malaria, no se puede dejar a un lado otros hechos como el debilitamiento de los sistemas de salud o la migración poblacional por causas políticas, sociales o económicas, que afectan de manera particular a cada país y que además se tiene grandes dificultades al momento de evaluar el impacto directo en este problema.

El grave problema de subregistro que afrontan todos estos países debe considerarse un problema adicional para el control de la malaria. En Colombia, por ejemplo, se estima superior al 50% por parte de algunos expertos, hecho que puede significar que se queden cortos todos los esfuerzos de control al momento de planificar estrategias sobre una base enormemente subestimada.

2.3.2. Diferencias claves entre países

VENEZUELA

“En Venezuela en la década de 1960 hasta 1980 la malaria estaba erradicada en gran extensión del territorio nacional; quedaba una superficie de 140 000 Km² como área endémica en fase de ataque y ocurrió que a mediados del año 1983 se formaron dos grandes focos al reinfectarse los Estados Sucre y Bolívar con repuntes endémicos-epidémicos en 1986 a 1988, atribuidos a la disminución de las actividades antimaláricas, a la resistencia del vector a insecticidas, el resurgimiento y auge de la explotación de oro y diamante que ocasionó gran movimiento migratorio poblacional interno, fronterizo y extranjero, particularmente en la región sur de Guayana en el Estado Bolívar lo que produjo un incremento de casos de malaria reportados.” *Carlos A. Carvajal, Merys J. Guerrero, Anabel del V. Hernández.*^{xlviii}

El problema se concentra actualmente en los estados de Amazonas, Apure, Barinas, Bolívar, Sucre y Táchira, con el 98,2% de la casuística del país, siendo

Amazonas y Bolívar los estados más afectados, seguidos de cerca por Apure con IPA de 24,3, 24,0 y 20,7 respectivamente.

Un estudio realizado por Alberto Ache y Marcelo Mazzarri en 1997 en el que se realizó una comparación de dos indicadores malariométricos en diferentes áreas de Venezuela se encontró asociación incuestionable entre la presencia de malaria y otras endemias relacionadas con la pobreza, como producto de la desigualdad social entre poblaciones socialmente marginales, en los municipios de Alto Orinoco, Manapiare, Sucre, Cagigal y Sifontes.

La malaria se considera una enfermedad ocupacional en Venezuela en más del 83% de los casos, con pérdidas en un año de más de 18.000 días/hombre laborales, entre mineros, madereros y agricultores, quienes tienen un alto grado migratorio en los estados mencionados atrás. Sin embargo, por razones culturales, los indígenas y la población autóctona de tales estados, son igualmente muy vulnerables.

Se encuentran tres tipos de plasmodio: Vivax, (exclusivo en Apure, Barinas, Táchira y Sucre); Falciparum (junto al Vivax en Amazonas y Bolívar); y el Malariae (solamente en Amazonas, que cuenta con las tres especies). La resistencia a los tratamientos no es significativa en la población, pese a los resultados in vitro.

De otro lado en Venezuela se caracterizan tres tipos de malaria: malaria responsiva, corresponde a las áreas con rociamiento residual, donde la malaria ha sido erradicada; malaria refractaria, que no responde a los insecticidas pero que se reduce con otras medidas de control conjuntas; y la malaria inabordable o inaccesible, donde no ha sido posible su eliminación por patrones culturales o comportamiento humano, que implica grandes gastos y esfuerzos financieros, logísticos y humanos, y que corresponde a la mayor parte del problema (79%).

El Estado de Sucre ha sido el único del país que en los últimos años ha adoptado la estrategia "Roll Back Malaria" (hacer retroceder la malaria), siguiendo los propósitos del diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, planificación e implantación de medidas preventivas selectivas, fortalecimiento de la capacidad de los equipos de salud locales para evaluar y realizar investigaciones, habiendo logrado captar y diagnosticar el 94% de los pacientes dentro de las 48 horas siguientes al inicio de la sintomatología. En el 2002, sin embargo, la situación Malárica de este Estado fue muy compleja debido a problemas de coordinación de actividades entre autoridades, manejos técnicos equivocados, seguimiento incompleto de los tratamientos, poca supervisión, escasa participación de la comunidad y ausencia de educación para la salud, lo que llevó a desarrollar un plan de acción basado en la estrategia "Cura Radical Masiva" (administración colectiva de medicamentos directa, irregular o periódica, a intervalos mayores de un mes) Cáceres G, José Luis, et Al. Impacto de la Cura Radical Masiva sobre la incidencia Malárica del Estado Sucre, Venezuela. Boletín de Malariología y Salud Ambiental. Volumen XLV. No. 1. Enero-Julio 2005.), logrando coberturas hasta del 85,72% con reducciones de la IPA de 286,9 a 75,25/1000 en un año. José Luis Cáceres García. Eficacia de la cura radical masiva en la incidencia Malárica del

municipio Mariño, Estado Sucre. Boletín de Malariología y Salud Ambiental. Volumen XLIV. No 1. Enero – Julio 2004.

COLOMBIA

Un 85% del territorio colombiano está ubicado a menos de 1600 metros sobre el nivel del mar y en él viven aproximadamente 18 a 24 millones de personas las cuales se encuadra en riesgo de transmisión de malaria. Colombia hace parte de los países en América Latina con mayor incidencia de malaria (OPS, 2000; Kroeger, 2002). En Colombia existe una alta proporción de casos de malaria por *Plasmodium falciparum* y hay baja cobertura de los servicios de atención. Las principales zonas en riesgo son la Costa Pacífica, la región del Bajo Cauca-Alto Sinú, la región del Urabá y los territorios de la Orinoquía y la Amazonía, cuyas características ecológicas corresponden a selva húmeda tropical (OPS, 2000; WHO, 2005).

Algunas de las regiones en riesgo están habitadas por personas de descendencia africana o por amerindios, pero en las últimas dos décadas estas zonas han sido objeto de colonización por diferentes grupos étnicos atraídos por actividades de extracción o ilegales y constituyen el epicentro de conflictos sociales, caracterizados por una gran movilidad poblacional (OPS, 2000).

El comportamiento epidemiológico de la malaria en Colombia se puede clasificar en tres grupos: la malaria endémica urbana, el modelo de malaria estable en zonas rurales con conflicto social y sin conflicto social y la malaria epidémica en zonas receptoras. Existe una diversidad de factores que permiten explicar este comportamiento, entre ellos, la gran variedad geográfica y cultural, las variaciones climáticas, los desplazamientos poblacionales debido a conflictos armados, violencia y pobreza, entre otros factores. Un ejemplo del comportamiento epidémico de la malaria en zonas receptoras de Colombia, fue la grave epidemia que ocurrió en los tres primeros meses del año 2000 con más de 4000 casos registrados en la comunidad Wayúu de la Guajira media, zona con un territorio relativamente seco, diferente al la selva húmeda tropical característica de la transmisión activa en el resto del país y sin endemidad por malaria (OPS, 2000; INS, 2001).

En 1956 la malaria fue la mayor causa de morbilidad y la séptima causa de mortalidad en el país. Gracias a la Campaña de Erradicación de la Malaria, en 1959 el número de casos por malaria se redujo de 62750 a 4172. Los altos costos del programa, el conflicto social, la aparición de parásitos resistentes a la cloroquina, uno de los medicamentos más útiles en el tratamiento de la malaria y el desarrollo de vectores resistentes al DDT, condujeron al deterioro del programa. Por tal motivo, se produjo un incremento paulatino de casos hasta alcanzar 187082 en 1995, esto sin contar el subregistro, debido entre otros factores al conflicto social y económico y a la baja cobertura de los servicios de diagnóstico (Rojas W, et al, 2001).

Aunque la mortalidad por malaria ha disminuido en forma significativa en los últimos decenios, la morbilidad, como se mencionó, presenta una tendencia creciente durante los últimos cuarenta años. En la década de los 90 se diagnosticaron en promedio 160.000 casos por año. En 1998 se registraron 250.000 casos, creció la tasa de infecciones por *P. falciparum* y en este mismo año algunos municipios ubicados en la Costa Pacífica notificaron tasas de incidencia mayores a 400 casos por 1000 habitantes (OPS, 2000). En el año 2003 se registraron más de 160000 casos (Rojas W, et al, 2001).

Las estrategias para el control de la malaria, cambian del SEM el cual era un programa vertical e independiente, basado en el uso de DDT como insecticida intradomiciliar de acción residual, a un sistema centralizado por el Ministerio de Salud a través del programa para el control de enfermedades transmitidas por vectores, aplicando campañas directas de 1991 a 1994 y finalmente se produce una descentralización total a partir de 1994 (Kroeger A, et al, 2002).

De acuerdo con los principios establecidos por el programa Hacer Retroceder el Paludismo, en el marco de la Estrategia Global Contra la Malaria, en 1998 el Ministerio de Salud de Colombia lanza una iniciativa que incluye los siguientes aspectos: diagnóstico y tratamiento adecuados, control vectorial selectivo, incluyendo el uso de toldillos impregnados con repelentes químicos, control de criaderos de vectores, fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, incluyendo la vigilancia entomológica y la vigilancia de la resistencia del vector a los insecticidas y por último el abordaje intersectorial y la participación social. El fortalecimiento institucional encaminado a ofrecer un programa sostenible de prevención y control de la malaria incluye varios aspectos: aumento de la cobertura de diagnóstico y tratamiento en áreas de alto riesgo de transmisión, movilización y comunicación social y participación comunitaria, particularmente en municipios con alto riesgo de transmisión (WHO, 2005).

Aunque los primeros casos de *P. falciparum* resistente a cloroquina fueron identificados en 1960, solo desde 1998 se vienen llevado a cabo diferentes estudios de eficacia de los antimaláricos utilizados en el país, aplicando los protocolos estandarizados por la OMS/OPS (OPS, 1998). Los niveles de resistencia de *P. falciparum* a las drogas antimaláricas no es igual en todas las áreas. Así, la resistencia a la cloroquina es superior a 40%, mientras que a la sulfadoxina/pirimetamina varía de 0% a 10%(OPS, 2001).

Además, en 5 áreas geográficas diferentes se llevaron a cabo estudios destinados a establecer la utilidad de la evaluación simultánea de la respuesta terapéutica a drogas antimaláricas, la sensibilidad *in vitro* y la presencia de los marcadores moleculares de resistencia. Los resultados indicaron que más de 43% de los ensayos *in vivo* mostraron resistencia a la cloroquina, mientras que la resistencia a la amodiaquina varió de 0 a 73% y más de 10% fueron resistentes a sulfadoxina/pirimetamina. El hallazgo de mutaciones en los genes *cg2* y *pfcr1* fue variable (OPS, 2001).

Se concluyó que la respuesta terapéutica *in vivo* a las drogas de primera línea justificaba la actualización de la política de drogas antimaláricas del país; los

ensayos *in vitro* y la detección de marcadores moleculares debían ser mejor evaluados y adaptados a las condiciones locales; los estudios farmacocinéticos debían ser parte de todo estudio en los que se ensaye la respuesta al tratamiento con drogas antimaláricas, y que el ensayo de la resistencia a las drogas antimaláricas requiere de la participación de todos los sectores involucrados en el control de la malaria (la red nacional) (OPS, 2001).

ECUADOR

En el Ecuador, la malaria ha sido históricamente, uno de los mayores problemas de salud pública en vastas zonas tropicales y subtropicales del país. A pesar de los enormes esfuerzos operativos y las cuantiosas inversiones financieras para el control de la malaria, los ciclos endémicos y epidémicos se repiten periódicamente modulados por crisis socioeconómicas, eventos climáticos como el Fenómeno de El Niño (ENSO), la expansión de la frontera agrícola en zonas de bosque tropical húmedo y debilitamiento de la capacidad operativa del Servicio Nacional de Control de la Malaria (SNEM) (Malaria y Ecuador OPS).

Durante el siglo XIX la malaria se convirtió en un verdadero azote para el litoral y los valles interandinos templados. El impacto de la malaria era tan severo que el Estado estableció servicios de salud en las zonas endémicas. En el inicio del siglo XX, Guayaquil representaba el principal foco malárico, sin embargo la enfermedad ya era conocida en todo el litoral, en los valles interandinos templados, en las estribaciones orientales y occidentales de la Cordillera de los Andes. (Malaria y Ecuador OPS)

Durante muchos años se utilizó el DDT como estrategia de control de la malaria en el marco erradicacionista que se manejó en el mundo desde la década de los 50, pero por diferentes motivos, sobre todo la reducción de fondos empedados en las diferentes campañas, el problema de la malaria se agudizó en los años 60. En 1969 se registraron 50.938 casos de malaria, que significó una tasa de 16,8 x 1000 habitantes (Índice Parasitario Anual). Fue la primera gran epidemia contemporánea que coincidió con crisis exportación del banano y la agitación social de los 60 (Malaria y Ecuador OPS).

Con la bonanza petrolera de los años 70 se retomaron las medidas de control basadas en rociamiento con DDT, extensión de la red de colaboradores voluntarios y tratamiento a los enfermos, lo cual contribuyó a una disminución significativa de los casos de malaria para esa época (Malaria y Ecuador OPS).

El deterioro de los programas en la década de los 80, asociado con el Fenómeno de El Niño (ENSO) de 1982-1983 produjo una epidemia que llegó a su máximo punto en 1984, año en el que ocurrieron 78.000 casos (IPA 14,9). La transmisión de la malaria se mantuvo muy alta entre 1984 y 1995 con un promedio anual de 55.475 casos anuales que representan un IPA promedio de 9,49 x 1000 habitantes. Solo un corto período entre 1995 al 97 la malaria se mantuvo con baja transmisión (IPA de 2,9 a 1,03), básicamente debido a las acciones de control vectorial financiadas por el proyecto FASBASE (Banco Mundial – MSA) y a la

implementación de estrategias de control que incluyeron la participación de los servicios de salud generales y el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas (Malaria y Ecuador OPS).

El nuevo ENSO de 1997-1998, causó un nuevo deterioro epidemiológico. En 1996 se registraron 11.914 casos de malaria, 16% fueron por *P. falciparum*. En 1997, 16.365 casos de malaria 18,89% por *P. falciparum*; 42.987 casos en 1998, 48,4% por *P. falciparum*; 70.052 casos en 1999, 58,35% por *P. falciparum*. En el año 2000 ocurrieron alrededor 92.880 casos con un 47,35% de infecciones por *P. falciparum*. Desde 1999 el Ministerio a través del Proyecto FASBASE impulsó la implementación de la Estrategia "Roll back malaria" sin embargo problemas de inestabilidad política y administrativa, así como dificultades administrativas en los fondos MSP-BIRF limitaron la ejecución de acciones (Malaria y Ecuador OPS).

El comportamiento epidemiológico de la malaria en los últimos años muestra un incremento en número de casos así como en la expansión geográfica, detectándose epidemias en áreas donde no se notificaban casos con anterioridad (Malaria y Ecuador).

PERU

La malaria en Perú tiene un patrón cíclico y estacional, asociado geográficamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas, selvas montañosas y la cuenca amazónica. La incidencia de la malaria ha tenido una tendencia ascendente de 1989 a 1998 con una disminución hacia el 2000. Se estima que 2,5 millones de habitantes en el caso del Perú viven en áreas de alto y muy alto riesgo de transmisión de malaria, que equivale a un 8% de los distritos. La malaria representó para el Perú un costo total de 119,5 millones de nuevos soles en 1998, representando el 1.5 % del gasto total en salud y con respecto al PNB de todo el continente americano representó el 1,1% en el año 2000. El costo realizado en el mismo año para el control de la enfermedad fue de 29,2 millones en el caso del Perú.

A inicios de los 90, hubo un incremento de la incidencia sin precedentes en las regiones de mayor endemicidad del país, la Amazonia y la Costa Norte. En la cuenca amazónica, el incremento se asoció probablemente con la reintroducción y dispersión de un vector muy eficiente como el **Anopheles darlingi** en esta zona del país. Entre 1991 y 1996, los casos de malaria reportados anualmente por la Región de Loreto se incrementaron en más de 100 veces; de 850 a 102 000 casos. Más alarmante fue el incremento de casos de *Plasmodium falciparum*, que se elevaron de 125 casos en 1991 a más de 30 000 casos en 1996. Durante los últimos 5 años, el número de casos de *P. falciparum* y *P. vivax* en la cuenca amazónica ha disminuído en cierto modo, pero las condiciones climáticas y ambientales favorables; asociadas a la presencia de un vector extremadamente eficiente, aseguran que la malaria continuará siendo un problema de salud pública en esta región del país.

En la costa norte, tradicionalmente una zona endémica de malaria del Perú, hubo una reemergencia de malaria por *P. falciparum* y *P. vivax* entre 1998 y 1999, como

consecuencia de las lluvias e inundaciones ocasionadas por el fenómeno “El Niño”. El número total de casos de malaria se incrementó de 15 000 en 1997 a 101 000 en 1998, descendiendo a 65 000 casos en 1999; en este contexto, los casos de *P. falciparum* se elevaron rápidamente de 6 000 en 1997 a 51 000 en 1998. Durante la década de 1990, la reemergencia de malaria en la costa norte y cuenca amazónica peruana estuvo asociada a una dispersión e intensificación de la resistencia de cepas de *P.falciparum* a la cloroquina (CQ) y sulfadoxina-pirimetamina (SP), limitando el impacto de los esfuerzos efectuados por el Estado y los servicios generales de salud para reducir este problema sanitario. Para responder a este problema, era necesario para el Ministerio de Salud (MINSA) conocer la extensión geográfica del fenómeno, la intensidad de la resistencia y establecer una política nacional de medicamentos antimaláricos, como una respuesta operativa adecuada para reducir o prevenir la morbilidad y mortalidad por malaria grave y contener la diseminación de la malaria fármacorresistente en el resto del país.

A inicios del 2003, la OPS/OMS estimó que 2,5 millones de habitantes del país viven en áreas de alto y muy alto riesgo. La tasa de morbilidad asociada con la malaria, calculada mediante la Incidencia Parasitaria Anual (IPA), muestra que hubo una tendencia ascendente desde 1991 (1,53) hasta 1998 (9,97) cuando empezó a caer, llegando a 1,82 en el 2003. A pesar del discreto decrecimiento entre 1996 y septiembre del 2003, se han notificado y tratado 1'135.797 casos de malaria. Las variables de riesgo que motivaron su incremento en la década de 1990 fenómenos climatológicos, resistencia a medicinas e insecticidas y migraciones de poblaciones en riesgo siguen siendo peligros potenciales para la población.^{xlix}

La información proporcionada por la OPS/OMS señala que predomina la malaria por *Plasmodium vivax* y que ha habido un incremento progresivo de la proporción de *Plasmodium falciparum* (19,7% de los casos en 1995, 41,6% en 1999 y 21% en 2001). Este incremento se asocia al aumento de la extensión geográfica de la transmisión vectorial en Loreto en 1995-96 y en Tumbes y Piura luego del fenómeno de El Niño en 1997- 98, así como a la emergencia, extensión y dispersión de cepas plasmodiales resistentes al tratamiento, y al incremento y dispersión de *Anopheles darlingi* en Loreto y *Anopheles albimanus* en Tumbes y Piura.

En el Perú, el comportamiento tendencial de la malaria es el de una endemia con picos epidémicos periódicos en algunas áreas de la Amazonía y Costa norte. Tiene un patrón cíclico y estacional, y está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la Costa norte, la Selva montañosa nororiental, la Selva central, la Selva sudoriental y la cuenca amazónica por debajo de los 2.500 metros sobre el nivel del mar. Las áreas endemo-epidémicas más activas en el 2001 fueron los departamentos de Loreto, Tumbes, Piura, San Martín, Junín y Ayacucho.

En el año 2002, las más altas tasas de incidencia se registraron en Loreto, Ucayali y Tumbes, con 6.149, 1.053 y 1.046 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. Así, se evidencia un desplazamiento geográfico de la incidencia de la enfermedad, que disminuyó en 22 Direcciones de Salud y se incrementó en las 11 restantes. Un factor crítico que explica parte de la epidemiología de la malaria en el Perú es el fenómeno de resistencia del *Plasmodium falciparum* a las drogas antimaláricas

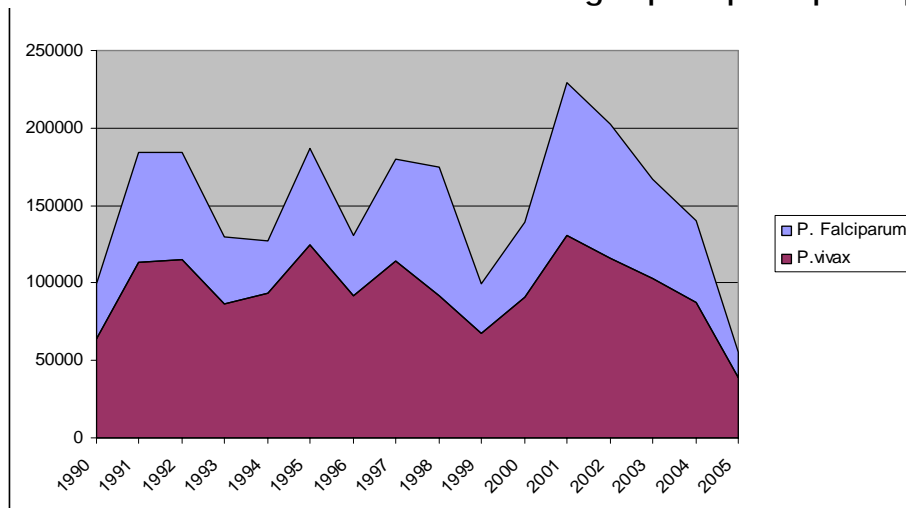
tanto en la Costa norte como en la Selva. Estos patrones obligan al uso de esquemas terapéuticos de segunda y tercera línea y a un estricto programa de vigilancia de esa resistencia para brindar una respuesta terapéutica adecuada a la población afectada.

2.4. Cambios en las tendencias:

2.4.1. Características de la tendencia de la malaria total y por especie.

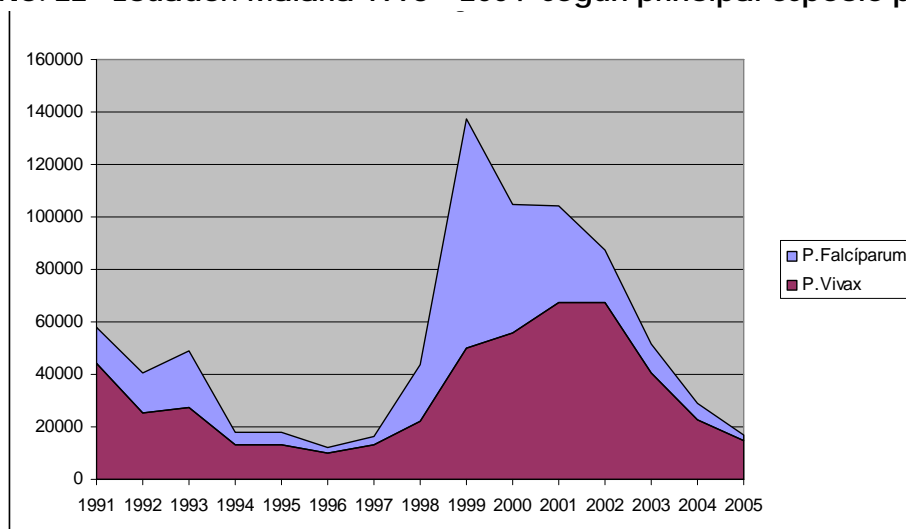
La siguiente secuencia gráfica muestra el comportamiento de la malaria total y por principal especie parasitaria en los países estudiados.

Gráfico No. 21 Colombia: Malaria 1990 – 2005 según principal especie parasitaria



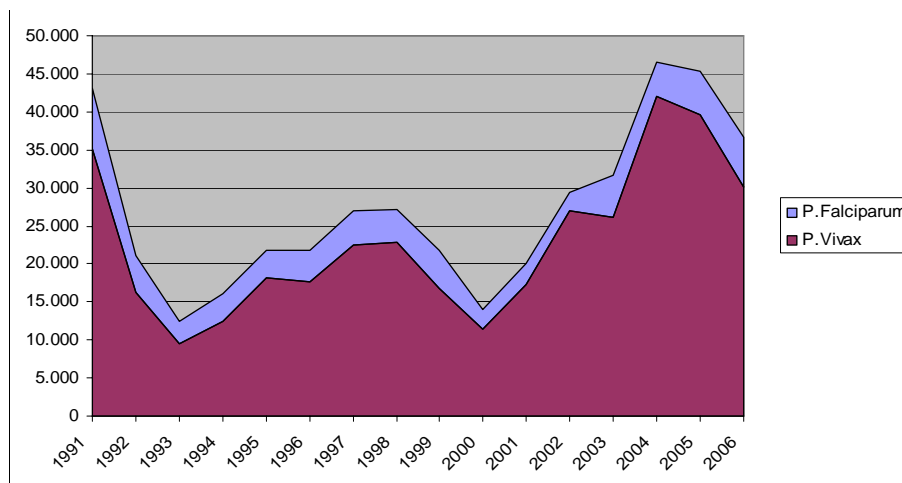
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 22 Ecuador: Malaria 1998 – 2004 según principal especie parasitaria



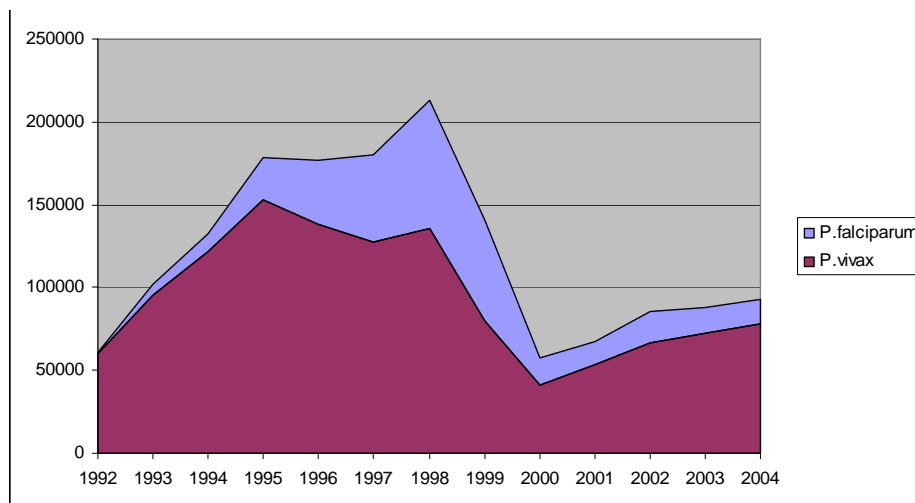
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 23 Venezuela: Malaria 1998 – 2006 según principal especie parasitaria



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 24 Perú: Malaria 1992 – 2004 según principal especie parasitaria



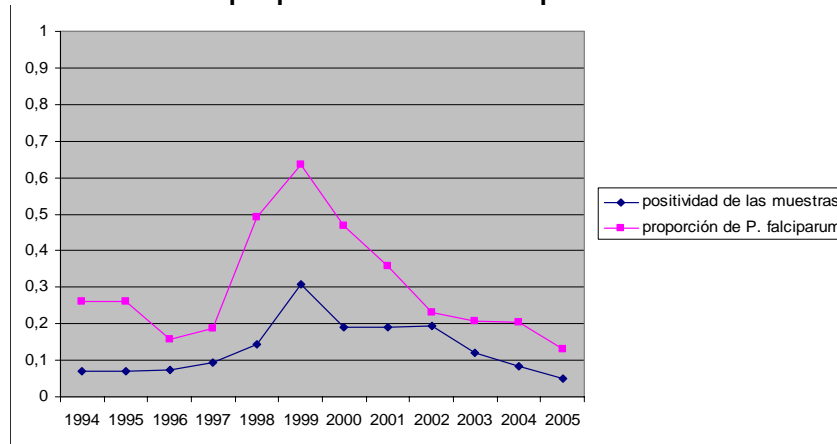
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

2.4.2. Relación P. Vivax/ P. Falciparum y cambio de la relación en periodos epidémicos.

En Ecuador, y Colombia se observa que los periodos epidémicos, o de mayor razón de positividad de las muestras coinciden con el incremento de la proporción de diagnósticos de P.Falcíparum o, de la misma forma, con una disminución de la proporción de P. Vivax. En los periodos de menor índice de positividad de las muestras la proporción de P. Vivax se muestra siempre superior al 70%.

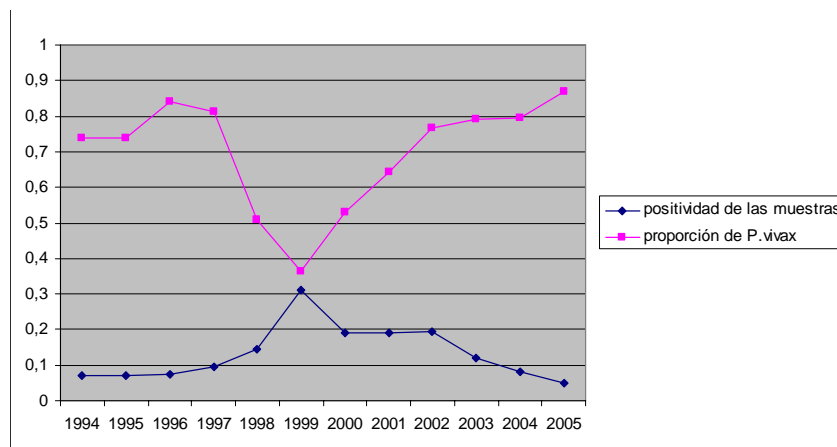
Las siguientes gráficas muestran la relación directa entre incremento del índice de positividad en las muestras tomadas e incremento de la proporción de malaria por P. Falciparum, al mismo tiempo que la reducción del porcentaje de malaria por P.Vivax (imagen en espejo).

Gráfico No. 25 Ecuador: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Falciparum



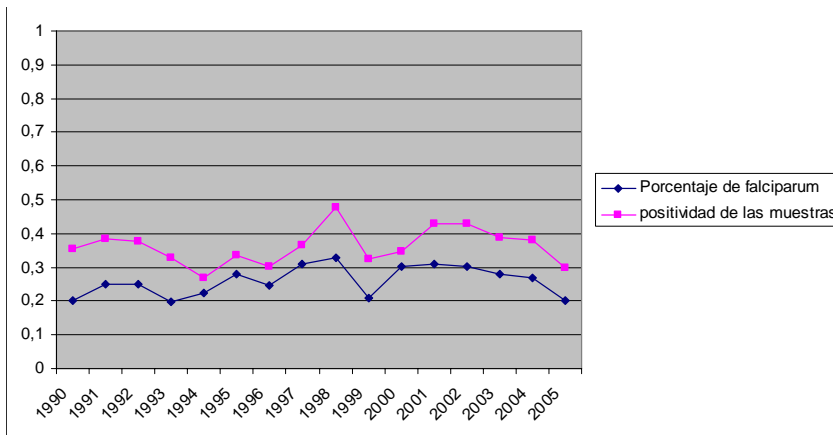
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 26 Ecuador: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Vivax



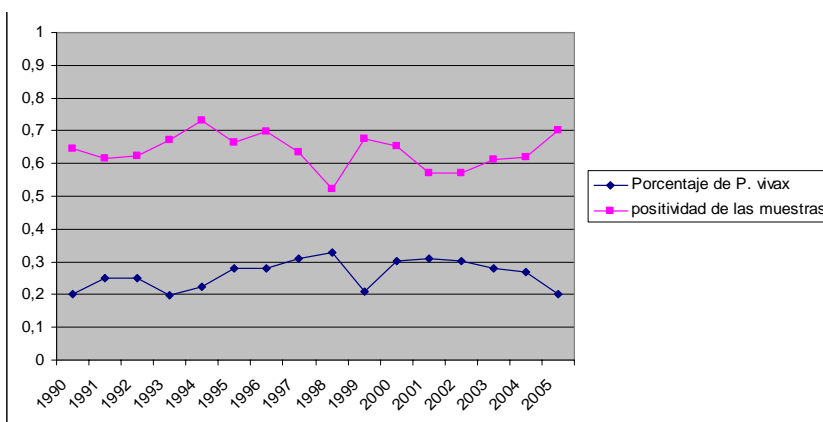
Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

Gráfico No. 27 Colombia: Malaria 1990 – 2005 positividad de las muestras y proporción de P. Falciparum



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

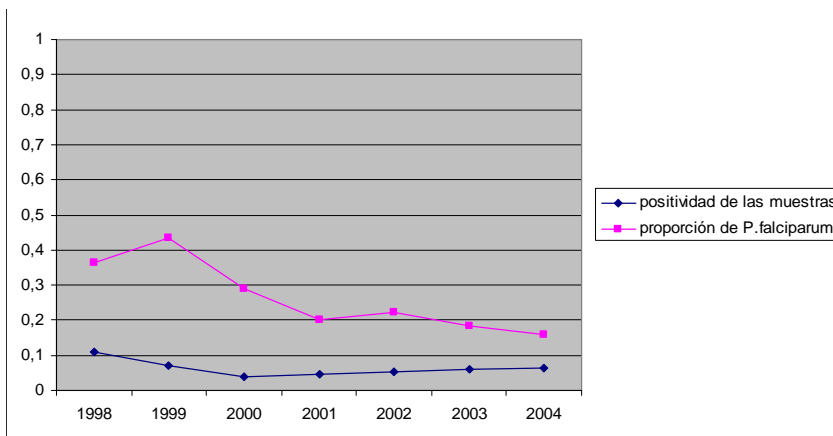
Gráfico No. 28 Colombia: Malaria 1990 – 2005 positividad de las muestras y proporción de P. Vivax



Fuente: Cálculos del Estudio a partir de cifras nacionales oficiales

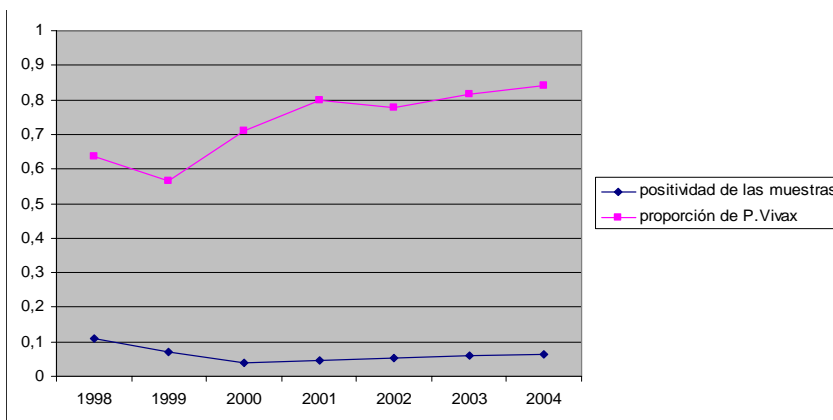
En Perú no resulta tan evidente la relación entre los picos epidémicos y el incremento de la malaria por Falcíparum, aunque está presente, señalando que el P. Falcíparum es más sensible a las circunstancias que determinan los picos epidémicos que el P.vivax.

Gráfico No. 29 Perú: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Falciparum



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

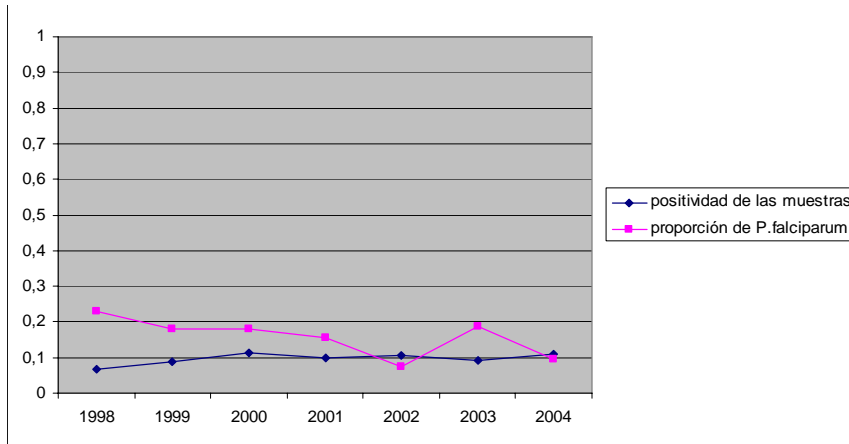
Gráfico No. 30 Perú: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Vivax



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

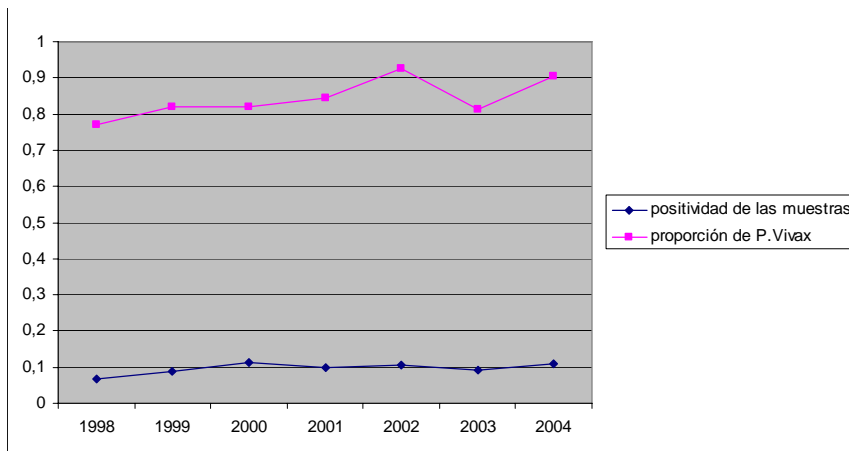
En Venezuela, sin embargo no se presenta tal relación entre fenómenos epidémicos e incremento de la proporción de diagnósticos por P.falciparum.

Gráfico No. 31 Venezuela: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Falciparum



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Gráfico No. 32 Venezuela: Malaria 1998 – 2004 positividad de las muestras y proporción de P. Vivax



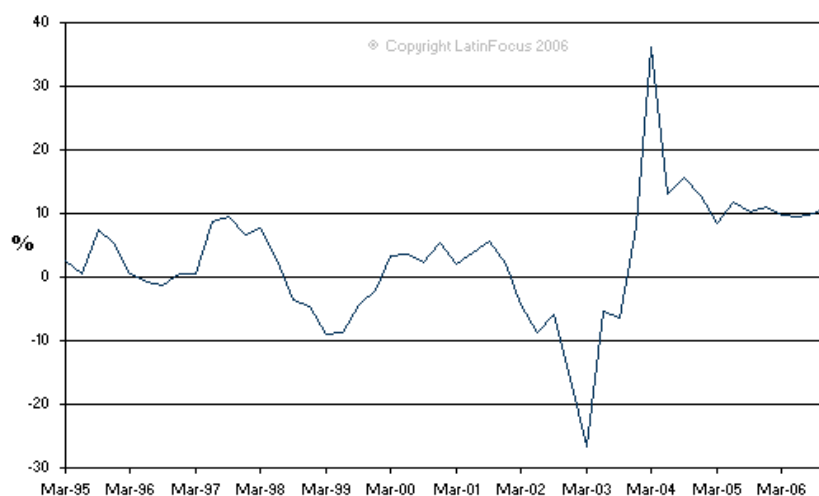
Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

3. LAS CRISIS ECONÓMICAS Y POLÍTICAS Y SU IMPACTO SOBRE LOS RECURSOS Y EL ACCIONAR DE LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE CONTROL DE LA MALARIA

3.1. Venezuela

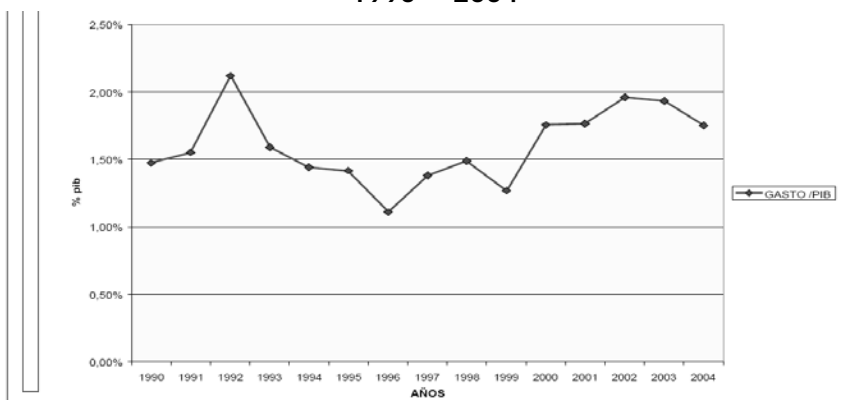
Venezuela presenta varias crisis económicas y políticas sucesivas en las últimas décadas, todas ellas capaces de afectar los recursos fiscales del Estado y los recursos del programa o las acciones antimaláricas: A la crisis de 1996 se sucede la de 1999 y finalmente la crisis política y económica del paro nacional de 2003.

Gráfico No. 33 Crecimiento trimestral del producto interno bruto, Venezuela, 1995-2006.



Fuente: Banco Central de Venezuela

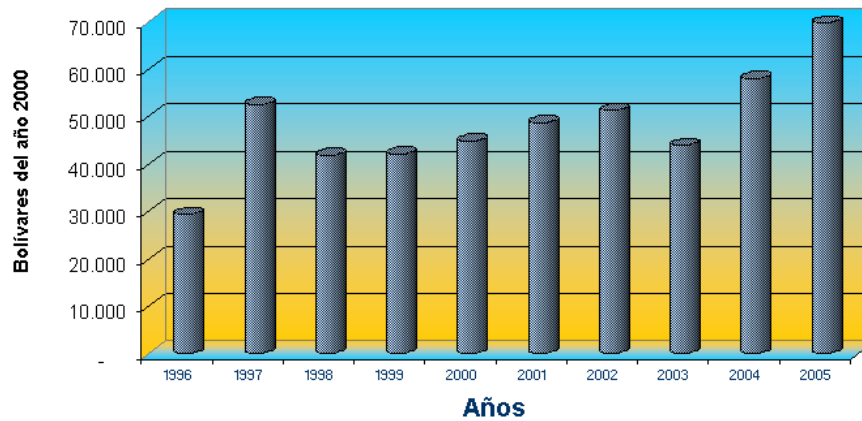
Gráfico No. 34 Gasto del MSDS como % del PIB 1990 - 2004



Fuente: Análisis del gasto en salud de Venezuela. Pascualina Curcio

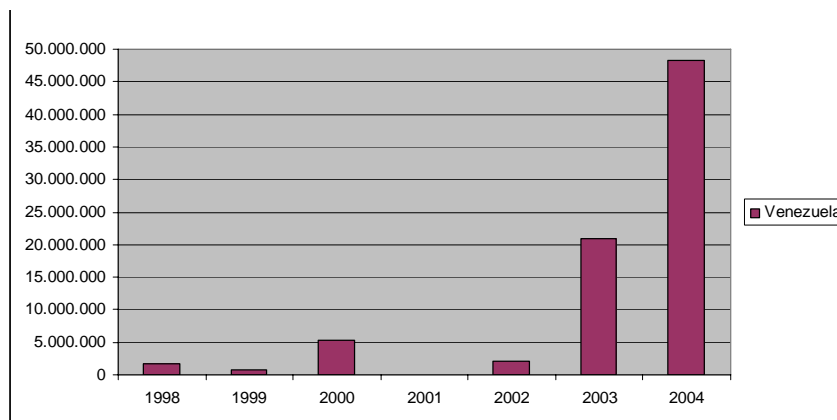
La significativa variación del PIB (2003 fuerte descenso y 2004 fuerte ascenso), como consecuencia de la crisis del 2003, implica que a pesar de que el gasto directo del Ministerio como porcentaje del PIB se mantuvo dentro de los rangos acostumbrados, los recursos reales descendieron en 2003 y aumentaron significativamente a partir del 2004, como puede observarse al evaluar el gasto anual por habitante.

Gráfico No. 35 Gasto Público real en salud por habitante



Finalmente, el presupuesto del programa de lucha contra la malaria muestra enormes variaciones en los recursos asignados los últimos años.

Gráfico No. 36 Presupuesto nacional para el control de la malaria Venezuela 1998 - 2004
US dólares



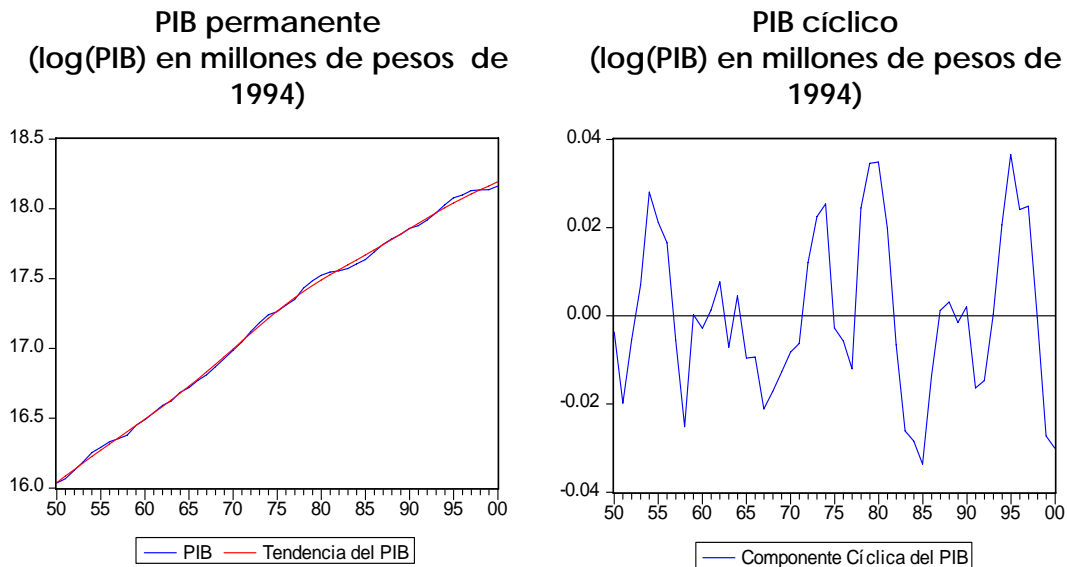
Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998-2004.

Las épocas de crisis económicas coinciden con los períodos más bajos de incidencia anual de malaria. Podría pensarse en que las dificultades económicas pudieron a su vez reducir la capacidad de gestión del sistema de información, en particular en los estados con mayor número de casos, que no fueron siquiera registrados. De otra parte, se aprecian diferentes momentos de reorganización del Ministerio y acciones de magnitud y trascendencia del programa de malaria. Si se los visualiza frente a la IAM x 100.000, pareciera que, conjuntamente con acciones técnicas como el rociamiento con DDT, mantienen a raya los IAM x 100000 durante casi cincuenta años, con excepción de dos períodos de brotes de paludismo, cada uno de 4-5 años, a mediados de los años 70 y 90. A partir del 2000, etapa de profundos cambios políticos y administrativos, con impulso a la descentralización, pero también con grandes oscilaciones en el manejo de recursos destinados al programa de malaria, los IAM x 100.000 comienzan a ascender de manera progresiva, aunque lenta hasta casi duplicar las cifras, entre 1997 y el 2007.

3.2. Colombia

Se ha establecido con claridad el impacto de las crisis económicas de 1985 y 1999 sobre el país, que supuso en ambos casos una crisis fiscal, con reducción del gasto social y del gasto en salud, según lo demuestran para el primer caso diversas publicaciones y para el último las cuentas nacionales de salud.

Gráfico No. 37 Comportamiento del PIB

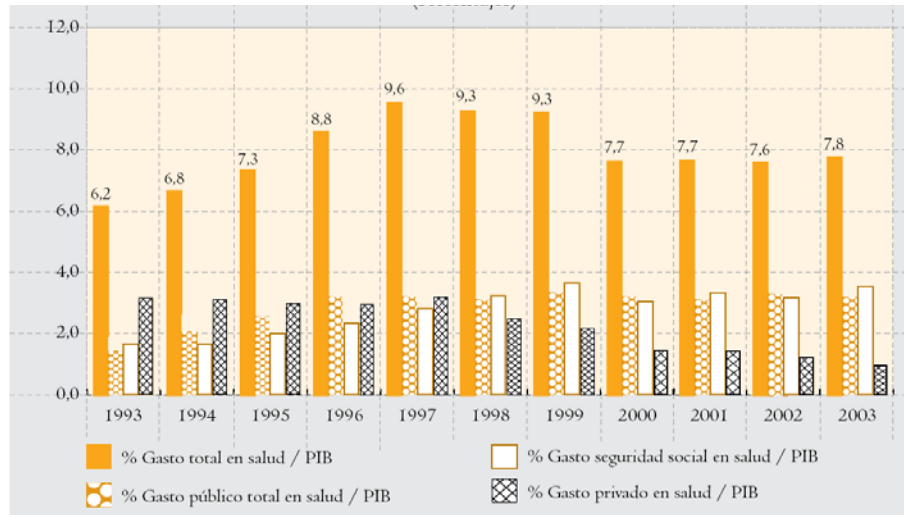


Fuente:

Los recursos de salud incrementados en virtud de la Constitución de 1991 para los municipios y de la Ley 100 para la seguridad social, ascienden notoriamente hasta 1997. Sin embargo, en el año 2000 el gasto per cápita en salud presenta un

descenso significativo, coincidiendo con los efectos de la crisis económica de 1999 y la crisis fiscal consecuente de 2000.

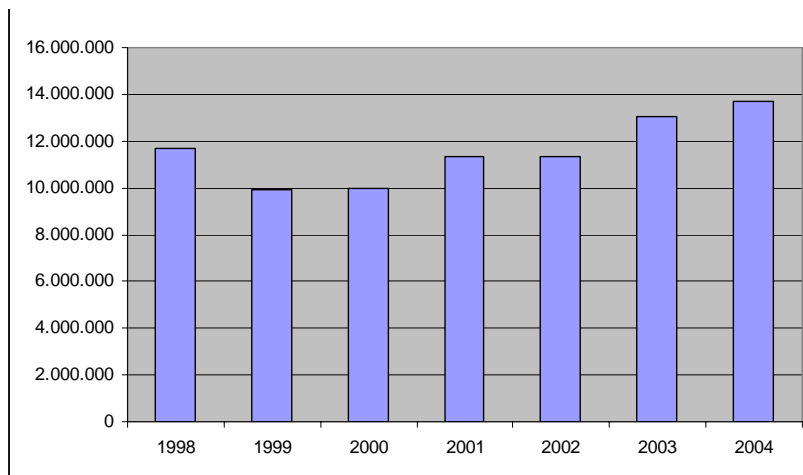
Gráfico No. 38 Gasto total en salud como proporción del PIB (porcentajes)



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social (DDS), Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de la Protección Social (MPS), Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud (PARS), Proyecto cuentas de salud.

Específicamente los recursos para el programa de malaria no disminuyeron en dólares ni en pesos corrientes en virtud de la crisis fiscal.

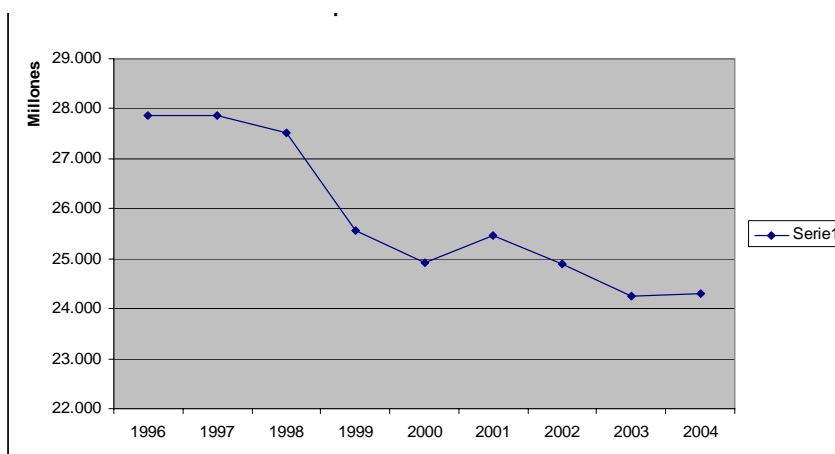
**Gráfico No. 39 Colombia. Presupuesto asignado al programa de malaria 1998 – 2004
US dólares**



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Sin embargo, dada la situación de revaluación de la moneda colombiana en este periodo, al analizar las transferencias del programa en moneda de valor constante (pesos) se encuentra una reducción importante de recursos en el periodo de crisis, aparte de una tendencia general en este sentido.

Gráfico No. 39 Transferencias programa de malaria 1996 – 2004
Millones de pesos a valor constante de 2004



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras pesos corrientes Ministerio de Protección Social

Adicionalmente, se encuentra en la investigación un atraso en la compra nacional de insecticidas por causa de la crisis fiscal, que se tradujo en desabastecimientos temporales. Esto sucede precisamente en 1999, el año inmediato al del mayor número de casos conocido hasta entonces.

También se documenta la falta de Amodiaquina, igualmente por retardo en la compra nacional, medicamento que hacía parte del nuevo esquema de tratamiento con Sulfadixina-pirimetamina para el tratamiento de la malaria no complicada por *Plasmodium falciparum*. De modo que los pacientes siguieron recibiendo el esquema anterior.

Pero 1999 y 2000 son también los años donde se presenta más aguda la crisis hospitalaria en virtud de la profundización de la transformación de recursos de la oferta a la demanda y de la tardanza en los giros del FOSYGA por causa de la crisis Fiscal, lo que suma los efectos de la crisis económica a los de la reforma y la transición.

Finalmente puede señalarse que el incremento de la pobreza en la crisis económica iniciada en el 99 coincide con el incremento de cultivos ilícitos en el Bajo Cauca y en la zona malárica de la Región Pacífica, comportamiento laboral y migraciones que originan un mayor riesgo.

3.3. Ecuador

Ecuador ha experimentado periódicamente crisis económicas. En los últimos veinte y cinco años la economía del país se ha basado en la explotación petrolera de la zona amazónica ecuatoriana, originando en la década de los años 70 un crecimiento económico promedio de 4 %, superior al de la población (promedio de 3 %) (Echeverría 1997).

Sin embargo, la crisis internacional del petróleo de 1977 que hizo bajar sus precios dio lugar a un gran endeudamiento para sostener el ritmo de crecimiento. Pero a comienzos de los 80's (1982) vino la crisis de la deuda con la elevación brusca de sus intereses, lo que marca el inicio de la crisis económica, política y social, obligando a emprender programas de ajuste y estabilización económica con graves consecuencias para el desarrollo social y la precaria estabilidad democrática, afectando duramente a las mayorías más empobrecidas.¹

El producto nacional bruto (PIB) disminuyó de \$US 20 mil millones en 1997 a \$US 1.500 millones en 1999 (7.3 %) y el índice real de crecimiento anual disminuyó del 4.3 % en 1994, al 2.0 % en 1996, y luego se incrementó al 3.4 % en 1997 y de nuevo disminuyó en 1999. Las reducciones del PIB se han debido a la reducción de precios del petróleo en el mercado internacional, la reducción de exportaciones (plátano 10 %, camarón 30 %, atún y pescado 22 % y flores 19 %), la fuga de capitales y la gran crisis bancaria.^{ii, iii}

Durante los años 90 la deuda externa aumentó de \$US 11,532 millones en 1989 a \$US 16,400 en 1998 y la inflación aumentó de una tasa anual del 27.7 % en 1998 al 55 % en mayo de 1999ⁱⁱⁱ. El impacto de la crisis en la salud y la educación se refleja en la reducción del porcentaje del Presupuesto General asignado a estos sectores (Tabla 3).

Tabla No. 2 Porcentaje del Presupuesto General para Salud y Educación. Ecuador 1986-1998^{liv}

SECTOR	% del Presupuesto General			
	1986	1989	1996	1998
Salud y desarrollo comunitario	6.7	7.0	5.1	4.7
Educación	23.5	18.0	19.8	14.4

Fuente: Páez and Villalobos, 2000

El país entra entonces en un proceso de crisis estructural en todas sus dimensiones, que aunada a los fracasos en la conducción política y económica de los gobiernos de turno, unos más que otros, intentando aplicar las recomendaciones del FMI o del Banco Mundial para el ajuste e inserción del país en el mercado internacional, bajo la consigna de la "globalización", hace necesario dar inicio a políticas orientadas a la Reforma del Estado, la Racionalización y eficiencia del gasto público, la descentralización y fortalecimiento institucional, la adecuada focalización de proyectos y programas, la participación de los sectores organizados de la sociedad civil, incluyendo la promoción de la participación del

sector privado.⁸

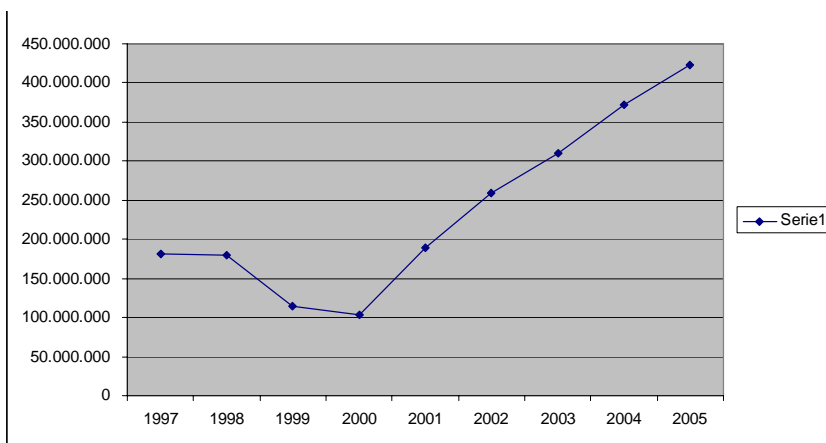
En este contexto entran en crisis también los modelos de financiamiento y de atención de salud donde a partir de 1980 se da una caída de los ingresos de los sistemas de seguridad social y un aumento significativo de los costos como causas del deterioro de cobertura, calidad y eficiencia. Progresivamente hay una reducción del presupuesto fiscal al MSP a niveles insospechados (de 4.6 % en 1996 a 2.8% en 1997), con lo cual la crisis que ya tenían los servicios se profundiza, especialmente en los hospitales, al punto del "autocierre".

Según la opinión de los expertos las crisis económicas y fiscales de la nación afectaron los servicios de salud, los programas de salud pública, el programa de malaria y la misma situación de la malaria por razones sociales.

En los 90s se da una crisis financiera importante que lleva al congelamiento bancario y se produce la dolarización en el año 2000, después de una inflación acumulada del 120%. Los particulares no pudieron seguir pagando sus servicios y disminuyó el presupuesto para salud, aumentando los costos de prestación de servicios.

A partir de 1998 se observa una caída de todos los indicadores, y aumento de la pobreza. Aparecen las epidemias sociales. Se desequilibraron los programas. Las familias disminuyen la asistencia al médico por falta de recursos. Esto aunado a la menor asignación de recursos para salud afecto indicadores de salud.

Gráfico No. 40 Ecuador. Presupuesto nacional de salud 1997 – 2005 en US dólares



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras Ministerio de Economía y Finanzas

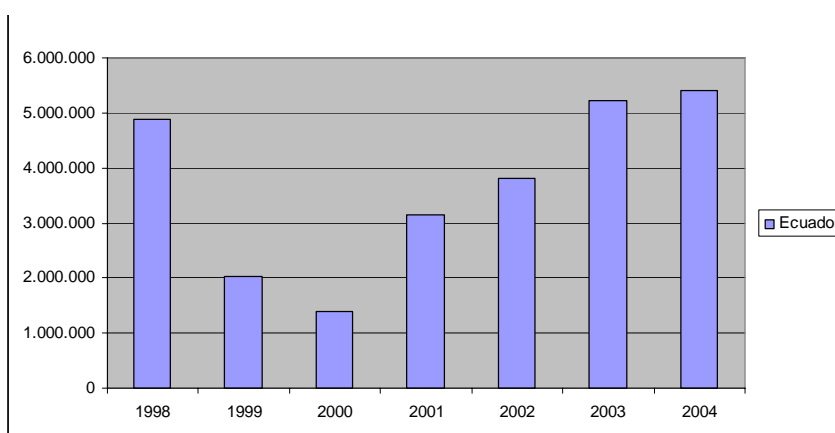
Por otra parte, se presentan mayores desviaciones en los presupuestos de salud a raíz de la caída en los precios del petróleo, la erupción del volcán y el fenómeno del niño, para subsidiar a los agricultores, mientras el sector salud asume una actitud pasiva.

⁸ Fundación JOSE PERALTA. La Reforma del Estado. (Varios Autores). Ed. CDS. Quito, 1993

Del Presupuesto General del Estado en 1995, salud obtiene el 5,5%. Para el año 1996 el Sector Salud recibe el 2,8% de los cuales el 85% se ocupa en salarios. Para el año 2000 cae hasta el nivel mínimo de 1.36%.

Como consecuencia de la profunda crisis económica y la crisis fiscal del Estado se afectan los presupuestos del Ministerio de Salud y dentro de este se afecta el presupuesto correspondiente al programa de malaria.

**Gráfico No. 41 Presupuesto nacional para el control de la malaria
Ecuador 1998 – 2004
US dólares**



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998-2004.

La Organización Panamericana de la Salud apoyó la evaluación de los resultados de la implementación de la estrategia RBM en la región andina, sin embargo se puso poca atención a los principales desafíos políticos asociados con la adopción y puesta en marcha de esta iniciativa en un contexto de crisis política y económica, el inicio de reformas estatales y la política de reforma de sector de salud, así como los efectos devastadores del ENSO en 1997-1998.

La carencia de recursos financieros causada por la crisis económica del país hizo difícil la ejecución de los programas de rociamiento de casas para contener la epidemia de malaria. Esta epidemia llevó a las autoridades particulares (SNEM) a diseñar e impulsar otras estrategias factible, eficiente y rentable, para controlarla.

El SNEM pidió al gobierno la compra de Malatión inodoro, para ser usado en el rociado intradomiciliario aunque fuera solo durante brotes con predominio de *P. Falciparum*, pero esta solicitud fue negada por por la crisis económica y las preocupaciones que se habían generado sobre la corrupción y el mal uso de los insecticidas^{iv}.

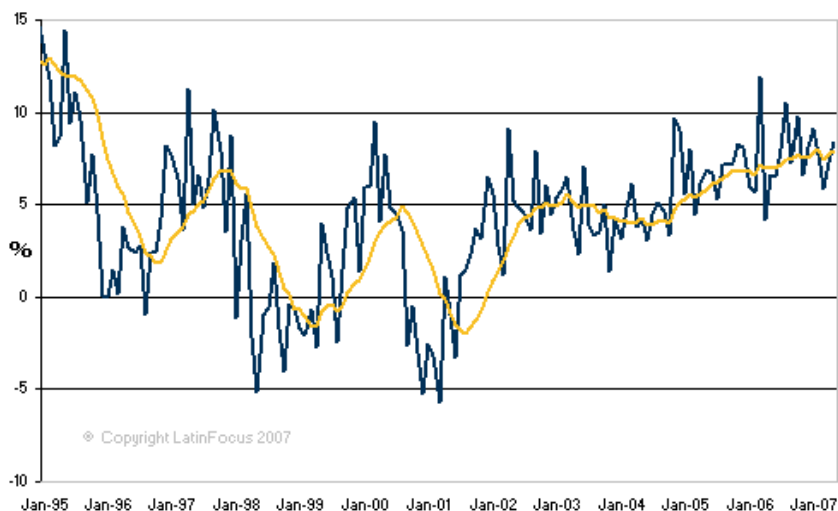
Por lo tanto, se decidió para controlar la epidemia el manejo de caso como la estrategia más eficaz en la reducción de la mortalidad, la impregnación de toldillos y el control de criaderos para frenar la transmisión, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

3.3.1. Perú

A mediados de la década del setenta se inició una prolongada crisis económica que tuvo su pico en los años 1983 y 1989, con disminuciones del producto interno bruto (PIB) del orden de 12,6% y 11,7%, respectivamente. A partir de 1988 se generó un severo proceso recesivo acompañado de hiperinflación, desorden social y violencia. La hiperinflación solo pudo ser controlada a partir de agosto de 1990, en que el nuevo gobierno tomó medidas estabilizadoras. A partir del cuarto trimestre de dicho año la inflación ha mantenido una tendencia decreciente, hasta 12,5% en 1994 y 10,4% en 1996.

Desde 1987 hasta 1992 la producción nacional disminuyó 23,5% y la producción per cápita, 28,9%, agudizando los niveles de pobreza. Desde 1993 hasta 1995, el producto nacional bruto (PNB) mostró una tendencia creciente que en 1995 permitió recuperar los niveles reales de producción con que contaba el país en 1987. Esto se enmarcó en la estabilización y reestructuración de la economía, y acciones de pacificación y de reinserción en la comunidad económica internacional.

Gráfico No. 42 Crecimiento del producto interno bruto, Perú, 1995-2006.



Este resultado es coincidente con el de todos los procesos latinoamericanos que siguieron dogmáticamente las recetas que quedaron formalizadas en el llamado “consenso de Washington” (1990):

“(…) Las reformas efectivamente hicieron disminuir los índices de pobreza, pero esta evolución más bien parece haber sido consecuencia de la disminución de las tasas de inflación y de un modesto crecimiento y de las consecuencias redistributivas de la liberación financiera y comercial. En especial, este resurgimiento del crecimiento no estuvo a una fuerte demanda por mano de obra en el sector formal (en muchos países aumentó ya sea el desempleo formal o el empleo informal); el crecimiento de las exportaciones ha estado concentrado en los sectores de uso intensivo de recursos naturales; y la brecha salarial entre la mano de obra calificada y no calificada parece haber aumentado. Por consiguiente, los problemas de distribución de ingresos no han mejorado en muchos países y han empeorado en otros, generando índices de pobreza que se mantienen en niveles inaceptablemente altos”.^{lvi}

En cualquier caso, el ajuste económico en el Perú se ha estancado en un modelo primario exportador minero y de servicios urbanos, fuertemente dependiente de la inversión extranjera, sin estarse orientando a la expansión de la producción y la productividad del trabajo, por lo que continúan los altos índices de desempleo y subempleo, así como de desigualdad y pobreza.

Las crisis económica con la que ha concluido el régimen autoritario no es entonces solamente una crisis coyuntural sino una crisis del modelo mismo. En su base actúan los problemas estructurales y las históricas restricciones de la economía peruana, que han sido exacerbadas por el ajuste: la brecha exterior (déficit en la balanza de cuenta corriente) y la baja productividad de la economía.

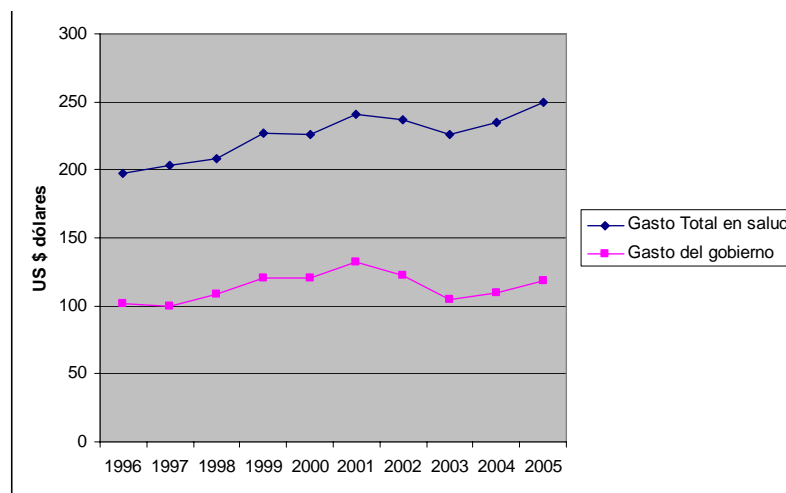
En el Perú el comportamiento del gasto social total en los años 90 es coherente con la tendencia de la región. La diferencia radica en que todos los componentes del gasto social peruano han aumentado ligeramente.

Tabla No. 3 Gasto per cápita en salud

INDICADOR	UNIDAD MEDIDA	PERIODO	VALOR
GASTO PERCAPITA EN SALUD	US Dólares	1995	102
		1996	102
		1997	107
		1998	107
		1999	100
		2000	99

Según la CEPAL, en los últimos años, aproximadamente 1 de cada 2 nuevos soles del gasto público se destina al gasto social. A lo largo del período 2000-2005 esta participación se ha mantenido más o menos invariable. En los últimos años la evolución del gasto social respecto al PBI en el Perú muestra una dirección gradualmente creciente. Mientras en el año 2000 el gasto social respecto al PBI representaba el 7.9%, para el año 2005 ascendía a 9.2%. Al desagregar el gasto social en relación al PBI por componentes, se observa que el gasto en previsión social (pago de pensiones) es el que más se ha incrementado con 0.9 puntos porcentuales, seguido del aumento en educación (0.3 puntos porcentuales) y salud (0.2 puntos porcentuales). Sólo en el caso del gasto en asistencia social se evidencia un decrecimiento de 0.2 puntos porcentuales a lo largo del quinquenio

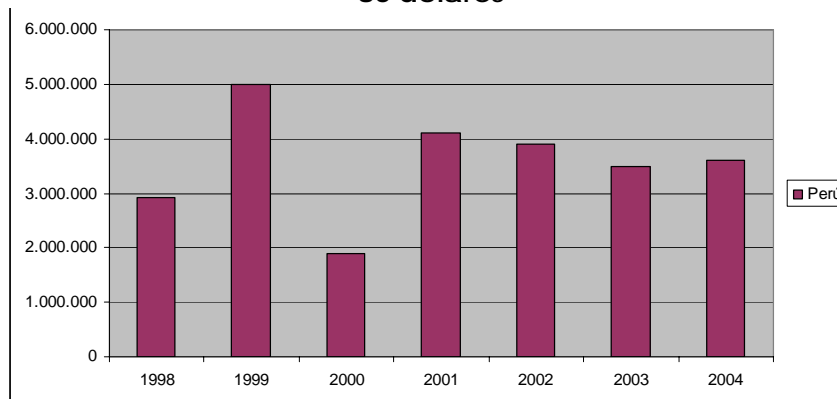
Gráfico No. 43 Perú: Gasto per cápita en salud 2000 – 2005



Fuente: Cálculos del estudio. Cifras Cuentas Nacionales de Salud

El presupuesto asignado a malaria, según datos de la OPS parece afectarse en los años de las crisis económicas y fiscales, aunque el gasto per cápita en salud no se afecte.

Gráfico No. 44 Presupuesto nacional para el control de la malaria Perú 1998 – 2004
US dólares



4. EL IMPACTO COYUNTURAL DE LAS REFORMAS SOBRE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE CONTROL DE LA MALARIA.

4.1. Venezuela

Las crisis económicas en 1990 obligaron a formular políticas de ajuste que agravaron la problemática en salud. Con las reformas emprendidas en 1999 y 2000, se consideró la descentralización como un error general, pese a que no tuvo plena expresión regional, concepto que ha hecho curso político, desencadenando acciones denominadas de recentralización y que pretende corregir la situación.

Las crisis económicas y políticas de Venezuela están directamente relacionadas con el proceso de descentralización y de reforma del sector, como puede colegirse de los comentarios anteriores. En particular, los que podrían estar afectando al programa hoy, radican en el cambio de gobierno que se produjo en 1998 y que se ha venido moviendo entre directrices aparentemente antagónicas: descentralización para legitimar el poder a nivel local, participación para dar soporte a ese poder en la ciudadanía, y recentralización para evitar o reducir los comportamientos ineficientes e ineficaces de la burocracia estatal.

Algunas de las medidas que se enmarcan en lo dicho en el párrafo anterior, como la modificación de los planes y programas de formación de personal específicamente para laborar en el programa de malaria o ser su aliado desde otros programas complementarios o responsables de modificar los condicionantes y determinantes del Estado de Salud, han producido desmejora del programa. La integración vertical hecha a la anterior Dirección de Malariología, por su parte, repercutió produciendo desintegración de varios aspectos del programa a nivel regional y local, según es manifestado por funcionarios comprometidos con la formación de personal en éste campo. "Poco a poco, la malaria se ha ido quedando sin doliente", es su queja. " Son quince años de estructura-desestructura, sin evaluar resultados de los cambios introducidos".

En 1999 desaparece la Dirección de Malariología, como producto de las reformas iniciadas con el actual gobierno. Las actividades de corto plazo se ven afectadas significativamente, y por razones políticas, no se generan cuadro de relevo generacional, causando debilidades en los equipos locales. Los sistemas de información y de control se ven igualmente afectados.

Los procesos de descentralización no han tenido efecto significativo en las regiones. La casuística de enfermedades epidémicas, como la malaria, la fiebre amarilla y el dengue han obrado como factor dinamizador, más que la misma organización de los servicios.

Pero por otro lado, existe entre el personal operativo y los mandos medios de los programas y del sistema de prestación de servicios de salud, la idea de que los procesos de descentralización y reforma en salud sí han generado mayor acceso

de la población a esos servicios, resultando también una mayor cobertura y oportunidad en la atención, con aumento de la infraestructura, más integralidad en las actividades de los funcionarios, mejor sistema de información y más control de la comunidad sobre las acciones del sector, aunque menos agilidad en el manejo de los recursos financieros.

4.2. Colombia

En la investigación se confirma que el proceso de descentralización afectó las acciones del programa dirigidas al control de la malaria, en tres momentos claves, primero, la entrega de las competencias a los departamentos en 1997, donde la última fase del proceso, que cubría precisamente a las regiones más críticas no fue igual de ordenado y programado que el hecho previamente para las regiones de mediano y bajo riesgo, debido a dificultades globales del sistema en plena implementación de la seguridad social. El traumatismo es importante en la medida que se afecta la calidad y experiencia del recurso humano que manejaba el programa.

El proceso de descentralización de los servicios de salud se inicia en la década de los años 90. En 1992 se desmantela el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) y se transfieren responsabilidades a los departamentos y municipios para organizar y supervisar los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores que incluyen la malaria, el dengue, la fiebre amarilla y la leishmaniasis. Con la desaparición del SEM en 1996, se genera una crisis en los servicios seccionales de salud departamental por pérdida de infraestructura y desconocimiento del programa para el control de la malaria. Los resultados de las nuevas medidas en el programa de control de la malaria bajo el sistema descentralizado son discretos (Rojas W, et al, 2001).

Adicionalmente se rompe la distribución de las regiones maláricas, para adaptarse únicamente a la división político administrativa, lo que dificulta el abordaje de la problemática que antes correspondía a un estudio juicioso del ecosistema y de la endemividad, por lo que igualmente se entorpecen las acciones coordinadas frente a los brotes.

Un segundo momento clave se presenta en 1999-2000 relacionado con la pérdida de información de malaria que se sucede en razón de la descentralización y la desaparición del Sistema de Información en Salud que alimentaba todo el Sistema desde 1975.

Un tercer momento se presenta como consecuencia de la Ley 715 de 2001, donde se retiran las competencias de ETV a los municipios de categoría 4, 5 y 6, que habían sido asignadas desde 1994, en razón de la falta de capacidad técnica y de gestión en salud pública y saneamiento ambiental de los municipios pequeños, de características rurales. Nuevamente se replantean las competencias en recursos financieros y recurso humano.

Como resultado de este proceso descentralizador acelerado y poco técnico, casi irresponsable, aunque inevitable, las coberturas de vacunación, uno de los mayores logros del Sistema Nacional de Salud, comienzan a caer hasta niveles críticos como todos los programas de prevención y control de patologías.(Ministerio de Salud 1999)^{lvii}

Un ejemplo claro y documentado de esta situación crítica originada en la descentralización, fue la epidemia de la Guajira ocurrida en 1999, en la cual la complejidad del sistema de salud, donde no es clara la responsabilidad de los agentes, conduce al deterioro de las acciones preventivas encaminadas a la atención de enfermedades de interés en salud pública, como la malaria (González A, 2000).

Por otra parte, la reforma que da origen al SGSSS pudo afectar los programas de salud pública y específicamente el programa de malaria por dos razones.

La primera, la crisis general del Sistema por causa del proceso de transformación de recursos de la oferta a la demanda, crisis más notoria entre 1997 y el año 2001. Esta crisis dificultó por ejemplo la entrega del programa a los departamentos de alto riesgo, que no había sido hecha antes de 1997.

La segunda, la aparición de múltiples actores responsables de la atención de los pacientes y de las acciones de prevención, lo que significó una pérdida de gobernabilidad en los programas de salud pública en general, por la desarticulación de esfuerzos, la dispersión de recursos y las pérdidas de información. Al igual que otros programas de salud, las acciones antimaláricas se afectaron negativamente en la etapa de implementación del Sistema.

4.3. Ecuador

Ecuador es uno de los países que adoptó la Estrategia Global de Control de Malaria (GMCS) en 1994 y aceptó la iniciativa OPS/OMS de "Hacer Retroceder la Malaria" (Roll Back- RBM) en 1999. Para aplicar las recomendaciones, se formularon algunas políticas para transformar el programa de control de malaria, en dos períodos: GMCS puesta en práctica de 1994-1998 y RBM puesta en práctica a partir de 1999 hasta el momento^{lviii}.

El contexto para implementar estas estrategias se enmarca en las crisis políticas y económicas, que originaron un proceso de ajuste estructural, cambios frecuentes de personal en la administración regional de salud pública. Igualmente, coincidieron los fenómenos naturales que ocasionaron catástrofes, la reducción del número de trabajadores gubernamentales con compra de renuncias, y la reducción del presupuesto gubernamental, etc.

Al mismo tiempo, se inicio en Ecuador un proceso de Reforma política del Sector Salud, y se han dado cambios en el modelo de asistencia médica, relacionados con: la descentralización del poder central administrativo hacia las provincias, la

participación de las poblaciones en financiación del costo de la Seguridad Social, la reducción de personal, y los intentos de mejorar la coordinación intersectorial.

A pesar del hecho que el GMCS Y RBM fueron adoptados, la malaria dejó de ser una prioridad de salud pública y durante los años 1997 a 2000 se presentó una gran epidemia, desencadenada por el Fenómeno del Niño (ENSO 1997), con un aumento de la incidencia, sobre todo en áreas urbanas y un aumento de casos de Plasmodium Falciparum con una rápida propagación a todas las áreas tropicales. La pérdida económica debida a la malaria, aunque no se ha evidenciado fue y probablemente todavía es muy alta, tal y como lo mencionaran Ruiz y Kroeger, 1994 y el Banco mundial, 2000.

Debido a la crisis y el aumento de la incidencia de la enfermedad en este período el control de la enfermedad tenía más importancia que la reforma institucional. No obstante la crisis económica favoreció la adopción de estrategias de control alternativas y se abandonó el uso de insecticidas para el rociado de las casas. Así mismo, durante el período de GMCS, cuando aún la incidencia estaba controlada, hubo carencia de interés de las autoridades por fortalecer las acciones y la política de ajuste estructural avanzó con la reducción de personal operativo del SNEM.

4.4. Perú

A lo largo de las últimas décadas el programa de control de malaria ha sufrido varios cambios en relación a los mismos cambios que el sector salud ha tenido, con cambios político administrativos que fueron dándole desde un carácter de programa vertical en los 80 con financiamiento de cooperación, pasando a un programa vertical con financiamiento público, para a finales de los 90 y principios del 2000 constituirse en una estrategia nacional con integración horizontal y vertical. Cambios que se acompañan de las consecuentes modificaciones presupuestales y estructurales.

Hacia los 90 estos cambios afectaron las funciones principales de control y registro de casos, para finales de los 90 inicios del 2000 se incorporan nuevos indicadores y herramientas epidemiológicas que permitieron mejorar el análisis regional y nacional de la situación de malaria.

Para el primer quinquenio del 2000 con la incorporación de la variable de descentralización el programa es incorporado a la política sanitaria regional constituyéndose en prioridad de atención, considerando recursos y financiamiento locales y nacionales para alcanzar las metas propuestas.

El impacto de la crisis económica repercute directamente sobre el programa de malaria pues los presupuestos se reducen y las decisiones de asignación o reasignación de recursos debilita al programa y a la estrategia, se generan cambios en la disponibilidad del recurso humano, al desvincularse del programa

se dispersa y cambia de actividad dirigiéndose al nivel asistencial recuperativo, sobre todo en actividad hospitalaria, el nuevo personal que llega a los establecimientos no cuenta con la experticia y el conocimiento que los anteriores trabajadores tenían, lo cual genera un problema, la administración ahora en manos de la autoridad regional también está supeditada a la voluntad política y a la capacidad del equipo técnico de sustentar las necesidades de recursos.

Se coincide en el valor de estos cambios en la capacidad local de decidir. También se coincide en la debilidad reflejada en la necesidad de generar y fortalecer nuevas competencias de gestión y liderazgo.

5. EL IMPACTO DE LARGO PLAZO DE LAS REFORMAS SOBRE LOS PROGRAMAS Y ACCIONES DE CONTROL DE LA MALARIA.

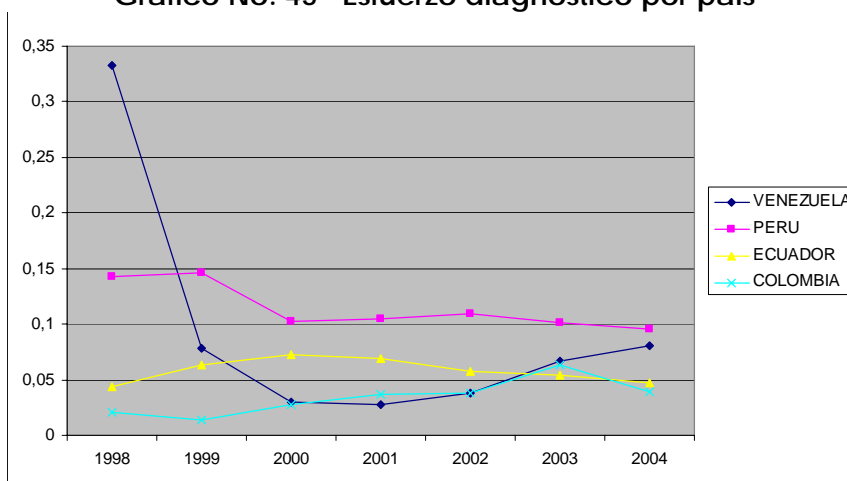
Para estimar el impacto a largo plazo de las reformas sobre los programas y acciones de control de la malaria, podemos observar dos comportamientos país básicos, el esfuerzo diagnóstico y el esfuerzo presupuestal para financiar el programa o las acciones de control de la malaria.

5.1. Esfuerzo diagnóstico

Para evaluar el primero, el esfuerzo diagnóstico, se tiene en cuenta la proporción de muestras tomadas, bien sea respecto a la población en riesgo o al número total de casos.

En el siguiente gráfico se observa la proporción de las muestras tomadas en relación con la población en riesgo. Puede apreciarse que Perú hace un mayor esfuerzo de búsqueda de casos en los años analizados, tomando muestras a más del 10% de la población en riesgo, mientras al otro extremo Colombia nunca alcanza el 5% salvo en los últimos años que disminuye el denominador de población en riesgo a la mitad. Es notoria la cifra de Venezuela en 1998 pero obedece a que registraba muy poca población en riesgo hasta el fenómeno epidémico de 1998. Al aumentar la población en riesgo disminuye el esfuerzo diagnóstico los años siguientes. Ecuador presenta una situación intermedia.

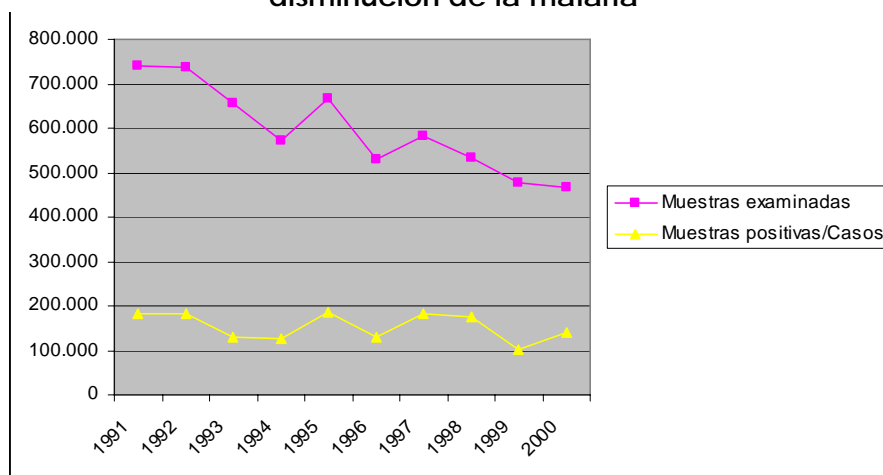
Gráfico No. 45 Esfuerzo diagnóstico por país



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

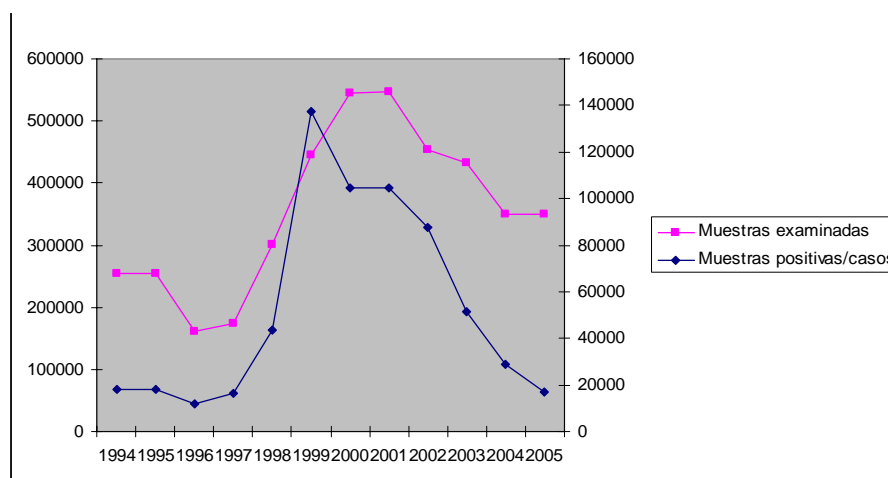
En las siguientes gráficas pueden apreciarse periodos de Colombia y Ecuador en los que se presenta una sensible disminución del esfuerzo diagnóstico, pero en el caso de Colombia frente a un número de casos estable y en el caso de Ecuador correspondiente a una disminución de la incidencia.

Gráfico No. 46 Colombia: Caída del esfuerzo diagnóstico no relacionada con la disminución de la malaria



Fuente: Cálculos del Estudio

Gráfico No. 47 Ecuador: Caída del esfuerzo diagnóstico relacionada con la disminución de la malaria



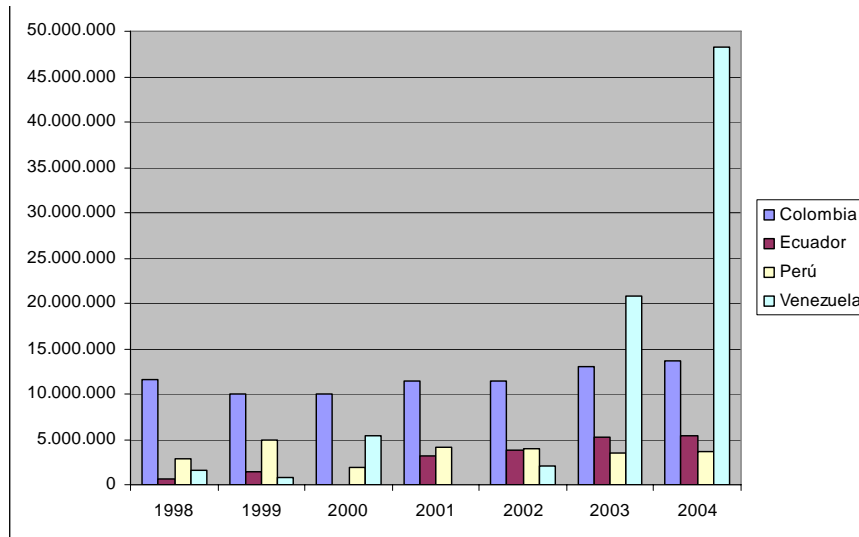
Fuente: Cálculos del Estudio

5.2. Presupuesto asignado al programa

La segunda forma de evaluar el esfuerzo país se relacionada con el presupuesto asignado al programa, mirado de dos formas, relación con el número de casos y relación con el presupuesto nacional o el PIB.

La siguiente gráfica muestra el presupuesto asignado al control de la malaria en los cuatro países para el periodo 1998-2004, según la OPS.

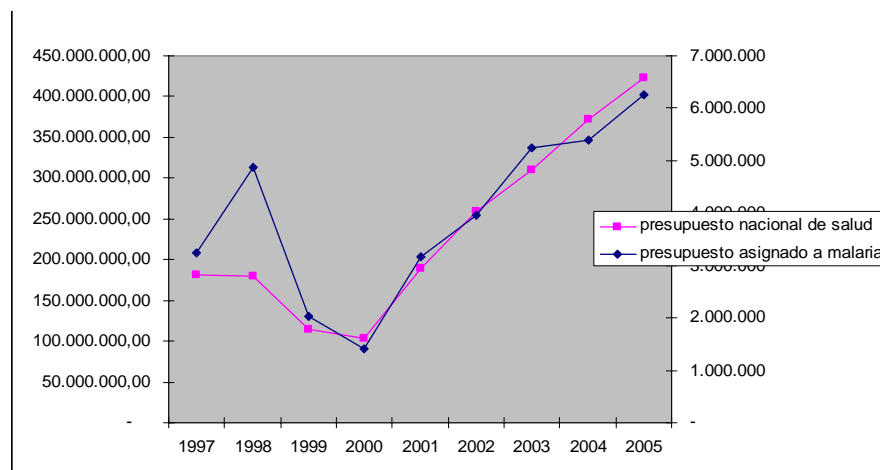
Gráfico No. 48 Presupuesto nacional para el control de la malaria 1998 – 2004 en dólares americanos



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

En primer lugar puede observarse si el presupuesto de malaria presenta incrementos correspondientes, superiores o inferiores al crecimiento del presupuesto nacional de salud. Ecuador, por ejemplo, muestra que el presupuesto del programa crece proporcionalmente con el presupuesto nacional de salud.

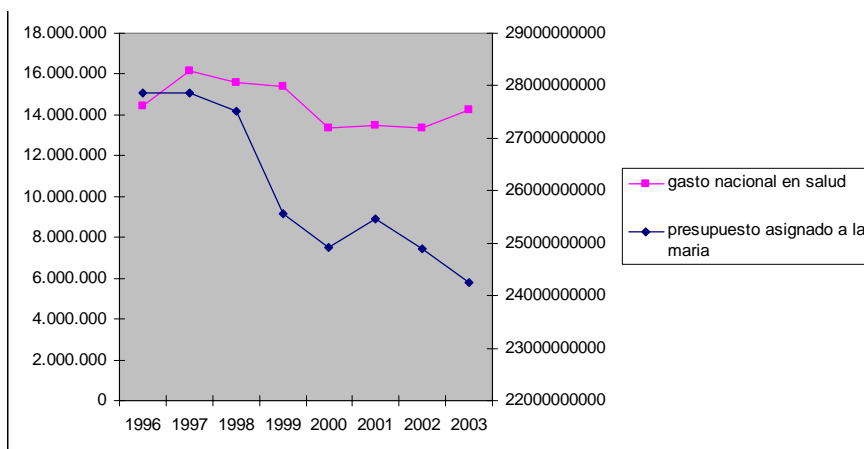
Gráfico No. 49 Ecuador: Presupuesto nacional de salud y presupuesto de malaria 1997 - 2005



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras Ministerio de Salud y Ministerio de Economía y Finanzas

Igualmente puede ser comparado el crecimiento o decremento del presupuesto destinado a malaria con el Gasto Nacional en Salud. En Colombia el presupuesto asignado a malaria se reduce en proporción mayor que el Gasto Nacional en Salud, lo que indicaría una pérdida de prioridad dentro del conjunto del gasto sectorial.

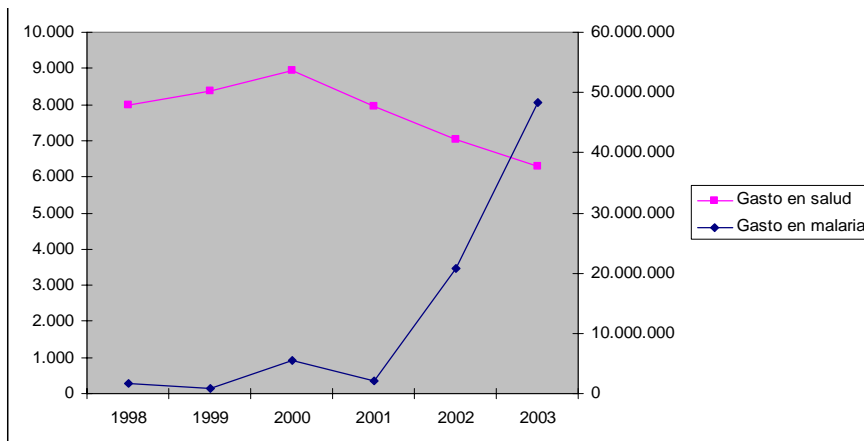
Gráfico No. 50 Colombia: Gasto nacional de salud vs presupuesto asignado a la malaria 1996 – 2003



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras Cuentas Nacionales de Salud y Ministerio de Protección Social

Exactamente lo contrario sucede en Venezuela, donde el presupuesto de malaria se incrementa sensiblemente de 1998 a 2003, en contra de una reducción general del gasto en salud en el mismo periodo.

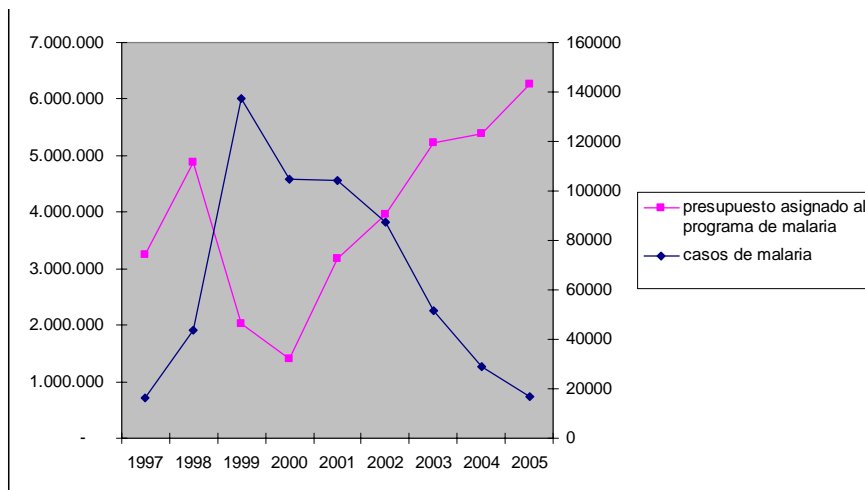
Gráfico No. 51 Venezuela: Gasto total en salud vs presupuesto asignado a malaria 1998 – 2004 (US miles de dólares)



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras Cuentas Nacionales de Salud y OPS

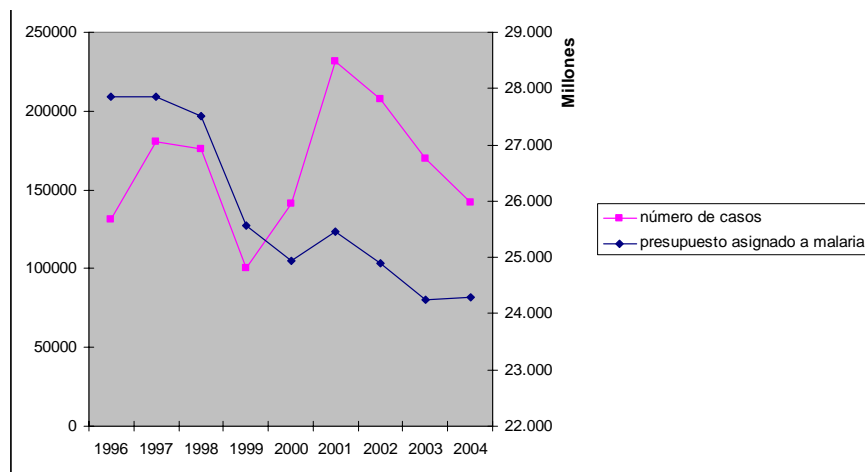
El presupuesto asignado al control de la malaria puede evaluarse igualmente frente al comportamiento de la enfermedad. En los siguientes gráficos puede observarse como, en Ecuador y Colombia, el presupuesto asignado al programa o las actividades de control de la malaria no responde a los picos de mayor incidencia de la enfermedad. Sin embargo en Ecuador se sigue incrementando después del periodo epidémico, mientras en Colombia continúa reduciéndose.

Gráfico No. 52 Ecuador: Presupuesto asignado a malaria vs número casos de malaria



Fuente: Cálculos del Estudio

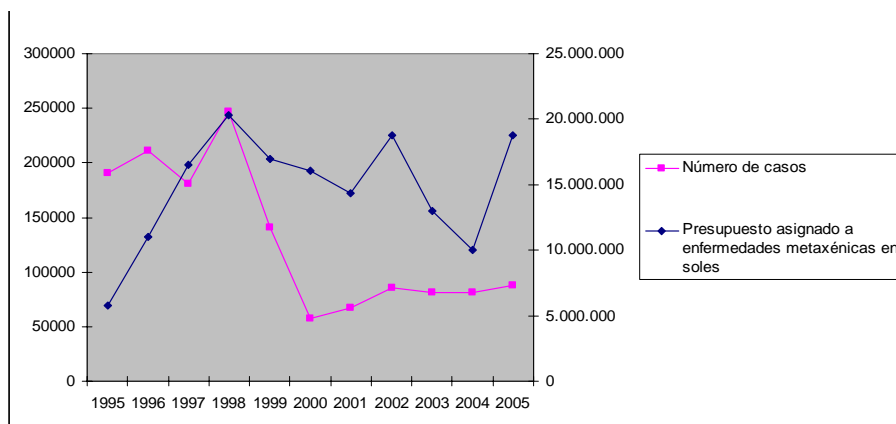
Gráfico No. 53 Colombia: Presupuesto asignado a malaria vs número de casos de malaria



Fuente: Cálculos del Estudio

El caso de Perú resulta algo más complejo de analizar, pero parece mostrar que el aumento o las reducciones presupuestales se relacionan con la incidencia de la enfermedad. De hecho la forma de asignar el presupuesto en salud pública contempla dicha posibilidad, lo que explicaría la correspondencia en el incremento y decremento.

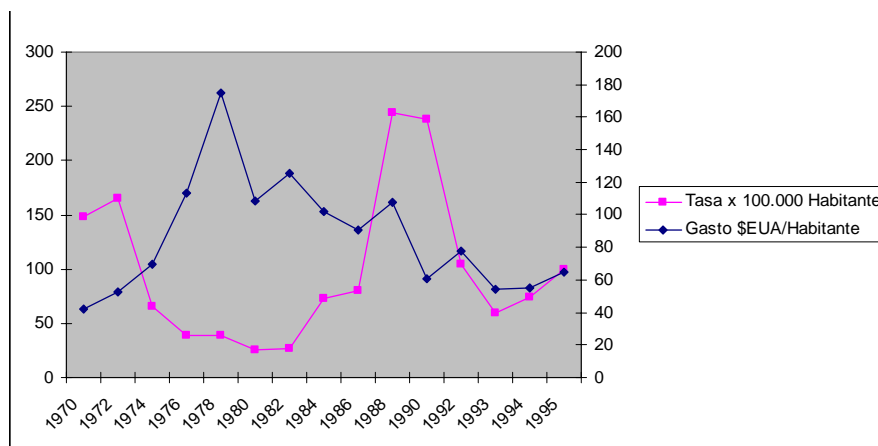
Gráfico No. 54 Perú: Presupuesto asignado a enfermedades metaxénicas vs número de casos anuales de malaria 1995 - 2005 (Soles)



Fuente: Cálculos del Estudio

Finalmente, es posible evaluar el gasto en malaria en dólares americanos por habitante en riesgo, frente a la tasa de malaria. Por ejemplo en una serie larga para Venezuela de 1970 a 2005, puede observarse que no existe la correspondencia esperada en la mayoría de los años.

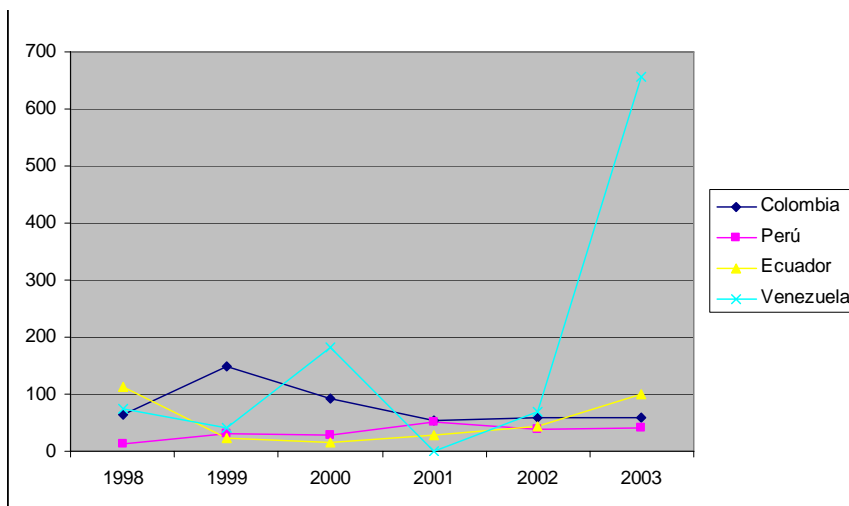
Gráfico No. 55 Venezuela: Tasa de malaria x 100.000 habitantes y gasto programa de malaria en US dólares por habitante 1970 - 1995



Fuente: Cálculos del Estudio

La OPS presenta una serie corta de estas cifras tanto para Venezuela como para los cuatro países evaluados en las dos cifras y del gasto en US dólares por caso de malaria, que se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico No. 56 Gasto en US dólares por caso de malaria en los cuatro países andinos 1998 - 2003

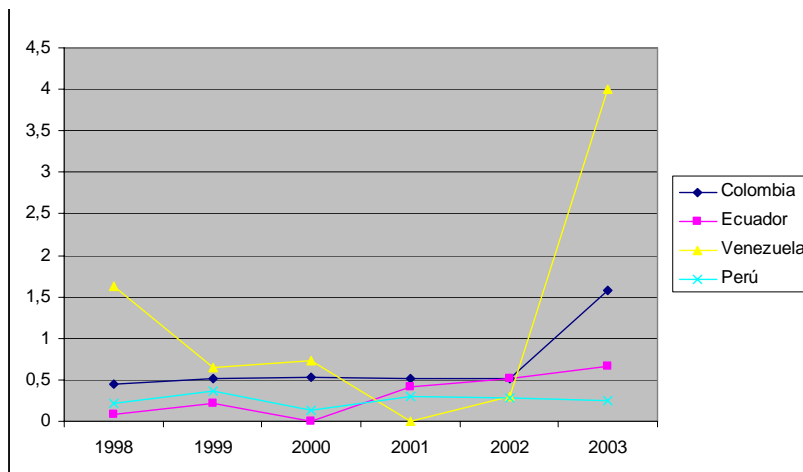


Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

En este último gráfico no se incluye el año 2004, por cuanto el gasto de Venezuela para dicho año, de US \$ 1.034 dólares, no permitiría observar las variaciones en las cifras de los demás países, la mayoría por debajo de los US \$ 100.

Igualmente estima el gasto del programa de malaria en US dólares por persona en área malárica en los cuatro países.

Gráfico No. 57 Gasto del programa de malaria en US dólares por persona en área malárica Cuatro países andinos 1998 - 2003



Fuente: Cálculos del Estudio. Cifras OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004.

Nuevamente se exponen las cifras hasta 2003, pues la cifra de Venezuela para el 2004, de 9,3 dólares saca la gráfica de proporción. El incremento en el caso de Colombia corresponde a una reducción artificial de la población de riesgo explicada en capítulos anteriores, es decir no corresponde a un incremento real.

5.3. Funcionamiento de los programas.

Otra forma adicional de analizar el impacto a largo plazo de las reformas es la evaluación del funcionamiento de los programas de malaria realizada por la investigación en los cuatro países. (Ver Anexo 1 Matriz de Consolidación – Evaluación de programa de malaria)

Se construyó una matriz con la información recolectada a partir del instrumento de evaluación de programas, que permite el análisis comparativo de la situación de los programas en tres periodos.

Después de analizar la matriz que permitió evaluar algunos aspectos relacionados con la existencia de un marco nacional de estrategia y acción multisectorial y funcionamiento de un programa para la lucha contra la malaria para el control de la malaria estructurado en cada país, durante el período previo y posterior a las reformas y en la época actual, se pudo evidenciar que Colombia y Venezuela cuentan con un plan estratégico a diferencia de los sucedido en Perú y Ecuador en los tres períodos evaluados. No obstante en los cuatro países se aborda la problemática de la malaria a partir de estrategias desde el sector salud.

El sector gubernamental que estaba más frecuentemente involucrado en los cuatro países era salud; educación participaba en los diferentes procesos en Perú y Venezuela, al igual que las fuerzas militares en éste último país y en Colombia, pero en épocas recientes. No hay participación de sectores como trabajo, transporte o de grupos especiales como organización de mujeres o de población juvenil.

En cuanto a las poblaciones objetivo abordadas por la estrategia nacional, solamente en Ecuador y Venezuela se hace énfasis en determinados grupos de población y esto se mantiene en los tres períodos de análisis. En Colombia se considera a toda la población expuesta, sin hacer distinciones especiales. Hay algunas observaciones específicas para el tratamiento y la atención de los niños y la mujer embarazada.

En los cuatro países se cuenta con un programa de atención al paciente febril que incluye toma de muestra para gota gruesa y suministro de tratamientos en los casos positivos en los tres períodos evaluados. En ningún país está realmente estructurado un programa específico de prevención que incluya distribución de toldillos, uso de elementos de protección personal o quimioprofilaxis y el único país que aborda de forma especial a población expuesta y en riesgo producto de migraciones es Venezuela. De igual forma, en Venezuela y Ecuador se atiende de

forma especial a población trabajadora expuesta, como empleados de bananeras y mineros. En Venezuela se ofrece atención especial al adulto mayor. En Colombia hay algunas observaciones específicas para el tratamiento y la atención de los niños y la mujer embarazada con malaria y en este mismo país en los últimos años se viene explorando la posibilidad de integrar la distribución de toldillos como estrategia principal dentro del programa.

El único país que como parte de las estrategias para el abordaje integral de la malaria considera problemas como la pobreza, la infraestructura de vivienda, la infraestructura de servicios públicos y el saneamiento ambiental (aguas estancadas – inundaciones y/o colecciones naturales), durante los tres periodos, es Venezuela.

En Colombia se ha incluido el abordaje de malaria y pobreza en el período inmediato a la reforma, y algunos estudios puntuales sobre aguas estancadas. Vale la pena mencionar que no se observan cambios sustanciales entre los períodos, pero si una marcada diferencia con Perú y Ecuador.

En Ecuador a pesar de no existir un marco nacional de estrategia y acción multisectorial para el control de la malaria si se han desarrollado algunas áreas del programa desde el sector salud y solo hasta los 80s también participó educación. La presencia del Dengue ha fortalecido al Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, aunque los recursos son independientes por enfermedad. No obstante existe dificultad para el control de vectores por cuanto considerando la vigilancia del *Aedes aegypti*, se práctica rociamiento antivectorial indiscriminadamente.

El programa como tal en los cuatro países, en los tres períodos evaluados, cuenta con unos objetivos formales y un presupuesto detallado. En los cuatro países existían financiadores externos principalmente en la época previa a las reformas y en ninguno de ellos, excepto en Venezuela, participa la sociedad civil en la fase de planificación. El programa de malaria se encuentra integrado al Plan Nacional de Desarrollo en Colombia y Venezuela.

Como complemento a lo expuesto anteriormente, el programa de malaria en los cuatro países incluye, en los últimos años, además de la atención al paciente, otros aspectos como la reducción del impacto de la malaria y en general de las enfermedades transmitidas por vectores en Colombia y Venezuela en los últimos años. La calificación dada a los esfuerzos de planificación de las estrategias del programa en los tres periodos en los cuatros países es en general menor de 7 ubicándola en un término medio.

Se observa que en la medida que trascurren los períodos se contemplan más aspectos y se incluyen más acciones como parte de la estrategia de abordaje, esto es especialmente notoria para Ecuador, donde a partir de la reforma se incluyen formalmente la prevención de la malaria, atención y apoyo y reducción de las enfermedades trasmitidas por vectores.

Llama la atención que en ninguno de los países se considera una estrategia de lucha contra la malaria entre las fuerzas armadas, en ninguno de los períodos, aunque en se realicen en forma aislada algunas acciones.

En relación con la valoración de los esfuerzos de planificación de estrategias en los programas de malaria, se observa diferencia positiva para el caso de Perú, Ecuador y Colombia, pero negativa en el caso de Venezuela que pierde puntos a medida que transcurren los períodos.

El apoyo político al programa en los cuatro países durante los tres períodos es muy irregular o es ausente y en general no existe un organismo diferente al ministerio, que coordine la gestión multisectorial o la interacción entre el sector privado y el público de las acciones dirigidas al control de la malaria en cada país. A pesar de esto, la calificación del apoyo político al programa en los cuatro países durante los tres períodos es superior a 6, excepto en Perú donde se da una calificación de 3.

Para el caso de Ecuador ha existido un órgano nacional de malaria que promueve la interacción entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil desde 1957, igual que en Venezuela antes de la reforma. En Perú solo recientemente se ha creado este ente. En general el apoyo político ha sido importante en Ecuador y en Venezuela en los tres períodos, aunque alrededor de los años 90s este decayó en Ecuador, recuperándose recientemente. En el caso de Perú este ha sido bajo y en Colombia también ha venido decayendo especialmente en el período reciente y solamente hay alguna movilización cuando se presentan brotes.

Principalmente en los últimos años, en Colombia, Perú y Venezuela se viene aplicando estrategias para la información, educación y comunicación (IEC) sobre la malaria en la población general, pero esta no hace parte del plan de estudios de las escuelas de educación formal en ningún país, excepto en Venezuela que lo hace de forma irregular.

Con respecto a las políticas o estrategias para atender a las poblaciones más expuestas a malaria solamente Ecuador y Venezuela incluían en principio a Trabajadores de las bananeras, mineros o cultivos ilícitos, pero sin que exista continuidad y recientemente Venezuela a definido políticas para emigrantes transfronterizos y poblaciones móviles.

Los cuatro países cuentan con programas de capacitación a los microscopistas y técnicos encargados del diagnóstico y solo en Venezuela y Perú se realiza de forma irregular la búsqueda activa de infección por alguna especie de *Plasmodium* en población expuesta sana. En los últimos años, con la oficialización de RAVREDA en la subregión, se viene realizando vigilancia de la respuesta a los antimaláricos. En general todos los países califican con menos de 6 los esfuerzos en las políticas de apoyo y prevención de la malaria.

En los cuatro países se vienen desarrollando estudios entomológicos dentro de las actividades del programa, principalmente después de la década de los años 90 y de igual forma, en cada país se cuenta con una red de puestos encargados del diagnóstico y tratamiento de los casos de malaria en las zonas endémicas. En la

mayoría de los casos se da un valor superior a 7 para calificar los esfuerzos del programa en lo que a medidas de prevención se refiere.

En cuanto a las actividades de prevención que se han puesto en marcha después de la reforma de los 90s, puede señalarse que en Perú, se han implementado estudios entomológicos para caracterización de criaderos, un programa de distribución de toldillos impregnados, se realizó un intento por incluir educación acerca de la malaria en las escuelas, información para el cambio de hábitos de higiene ambiental, eliminación de reservorios, control de aguas estancadas, etc; e instalación y dotación de puestos dentro de una red de laboratorios para el diagnóstico y tratamiento de la malaria. En Colombia, se han iniciado estudios entomológicos que permitan la caracterización de los criaderos para control vectorial, instalación y dotación de puestos dentro de una red de laboratorios para el diagnóstico y tratamiento de la malaria, y busca garantizar el acceso a los servicios de salud. Para el caso de Ecuador, aunque se implementaron después de los 90s, el programa para promover la información precisa sobre la transmisión vectorial por los medios de comunicación, estudios entomológicos, el programa de distribución de toldillos impregnados y el suministro de información para el cambio de hábitos de higiene ambiental, eliminación de reservorios, control de aguas estancadas, etc; recientemente por ejemplo, el Ministerio ha entregado toldillos recibidos en donación directamente, sin que la entrega haga parte del programa y se ha debilitado el tema de suministro de información sobre hábitos, lo cuál se considera un retroceso. En Venezuela, a pesar de considerar actividades de prevención, su puesta en práctica en los últimos años ha sido irregular en la mayoría de los casos.

Para concluir, a partir del análisis de esta información relacionada con la estructura y desempeño de los programas de malaria, no es posible determinar el impacto real de los procesos de cambio en los sistemas de salud sobre las estrategias para abordar la situación de la malaria. Las diferencias encontradas entre los países y por períodos no permiten encontrar una relación directa.

5.4. Impacto de las reformas en cada país

Como síntesis de lo expuesto se presenta una relación de acontecimientos específicos importantes (hitos) que presuntamente afectan el comportamiento de la malaria o las actividades y programas de control de la malaria en cuatro aspectos y un análisis final de estos hechos por cada país.

- Relacionados con la tecnología: Uso de toldillos, identificación de resistencia a los medicamentos, cambio de esquemas de tratamiento, cambio de químico utilizado como medida de control (fumigación), implementación o deterioro de sistemas de vigilancia, migraciones poblacionales, cambios en la economía, vigilancia sobre el clima, etc...

- Reformas: Cambios operativos relacionados con la descentralización o las reformas del sector salud, que impactaron en el programa de malaria.
- Momentos críticos: Déficit económico por crisis económicas o políticas que afectaron las acciones contra la malaria o los programas; vgr. desabastecimiento de medicamentos o insumos
- Otros factores externos que afectaron el programa de malaria: fenómenos climáticos, migraciones, crisis sociales, etc. etc...

5.4.1. Venezuela

Relación de acontecimientos específicos importantes (hitos) que presuntamente afectan el comportamiento de la malaria.

Tabla No. 4 Hitos que afectan el comportamiento de la Malaria en Venezuela

Año	Acontecimiento
1980	-Recesión económica generalizada.
1980 (a 1982)	-Otro período de muy baja IAM x 100.000, apenas superior a 25.
1981	-Año de coordinación interinstitucional sanitario en zona fronteriza.
1982	-Nueva estructura orgánica del MSAS.
1983 (a 1984)	-Reinfección por malaria de los Estados de Sucre y Bolívar. Mejoran indicadores de salud como la mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer.
1987	
1989	-Promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
1990	-Crisis de medicamentos por devaluación del bolívar.
1991	-Reglamentan la Descentralización de Servicios de Salud. Inician proyecto de vacuna antimalárica sintética en Bolívar (Las Majadas).
1992	-Nuevos esquemas: Amodiaquina.
1993	-Se eleva al estatus de Estado en territorio de Amazonas.
1994	-Otros brotes aislados: El Dorado. Se hace efectiva la descentralización.
1998	-Estrategia de Municipios Saludables: Municipios hacia la salud.
1999	-Llega Hugo Chávez al poder. Reforma al Subsistema de Salud de la Seguridad Social. Ante OMS se definen prioridades en lucha contra la malaria, por parte del gobierno venezolano.
2000	-Nueva Constitución Bolivariana con énfasis en Descentralización Política
2001	La Dirección de Malariología se descompone en Dirección General de Epidemiología y Dirección General de Salud Ambiental. Se adopta ROLLBACK en el Estado de Sucre. Se formula el Plan Estratégico Social.
2003	-Integración del programa de malaria al de enfermedades

	<p>transmisibles.</p> <p>-El Ministerio de Salud y Desarrollo Social inicia Modelo Atención Integral. Hay una caída significativa de los recursos para Malaria por dos años.</p> <p>-Establecimiento de Programa Misión Barrio Adentro. Se incrementan sustancialmente los dineros para el programa de malaria en el país. Se Desarrolla la descentralización. La IAM x 100.000 aumenta por encima de 100, y continúa aumentando hasta la fecha. No hay mortalidad.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En éste cuadro de hitos puede apreciarse algo muy particular: Las épocas de crisis económicas coinciden con los períodos más bajos de incidencia anual de malaria. Podría pensarse en que las dificultades económicas pudieron a su vez reducir la capacidad de gestión del sistema de información, en particular en los estados con mayor número de casos, que no fueron siquiera registrados. De otra parte, se aprecian diferentes momentos de reorganización del Ministerio y acciones de magnitud y trascendencia del programa de malaria. Si se los visualiza frente a la IAM x 100.000, pareciera que, conjuntamente con acciones técnicas como el rociamiento con DDT, mantienen a raya los IAM x 100000 durante casi cincuenta años, con excepción de dos períodos de brotes de paludismo, cada uno de 4-5 años, a mediados de los años 70 y 90. A partir del 2000, etapa de profundos cambios políticos y administrativos, con impulso a la descentralización, pero también con grandes oscilaciones en el manejo de recursos destinados al programa de malaria, los IAM x 100.000 comienzan a ascender de manera progresiva, aunque lenta hasta casi duplicar las cifras, entre 1997 y el 2007.

Existen algunas discrepancias en lo señalado por los funcionarios entrevistados, la literatura y la realidad, en particular cuando se trata de evaluar la gestión del actual gobierno. Se tiende a señalar incrementos de cobertura de los servicios, mayor accesibilidad a éstos, incrementos de infraestructura, mayor oportunidad en el inicio de tratamientos, mejoramiento de la notificación, mayor eficiencia en el uso de los recursos, más integración entre programas y, por supuesto, más participación y control por parte de la comunidad, sin que se puedan siempre encontrar evidencia de ello.

Se dice que antes de 1999 el manejo de los recursos financieros era más ágil, aunque ahora hay mayores inversiones económicas en el sector. Se considera que el personal operativo es insuficiente, aunque se ha incrementado con participación comunitaria. Suele presentarse desabastecimiento de medicamentos de manera recurrente, casi semanal.

Algunos funcionarios divergen también al señalar que la participación comunitaria es precaria antes y ahora, y que realmente no existen acciones de educación para ella.

Igualmente, se ha recibido información en la que se señala que los funcionarios de malaria de Venezuela consideran que:

- En Venezuela el Ministerio de Salud está tomando medidas para la puesta en práctica de la iniciativa RBM. Sin embargo, es aún demasiado temprano para evaluar su repercusión.
- En 1998, el Ministro de Salud concurrió a la OMS en Ginebra para presentar información acerca del problema de la malaria en el país, y como una decisión política el gobierno actual ha asignado prioridad a la malaria y el Chagas.
- En abril de 2000, se celebró una reunión de coordinación en Maracay con la participación de los Representantes de la OPS/OMS y después el Ministro se reunió con los Directores de Salud y promulgó un decreto que instaba a todas las personas a unirse en la lucha contra la malaria.
- En Venezuela, el Programa contra la Malaria siempre ha sido vertical pero en 2000 se integró con el Programa contra Enfermedades Transmisibles. En abril de 2000, se celebró la primera reunión entre malariólogos y epidemiólogos.
- Los directores regionales de salud organizaron un comité de malariólogos y epidemiólogos. Estas acciones expandieron el alcance de las responsabilidades que antes se limitaban a la unidad técnica responsable de la malaria. Actualmente se celebran talleres sobre estratificación y coordinación.
- Los estados Sucre y Bolívar han recibido prioridad debido a la gran incidencia de la malaria. El Estado Bolívar ocupa la tercera parte del país y está habitado principalmente por indígenas.

5.4.2. Colombia

Relación de acontecimientos específicos importantes (hitos) que presuntamente afectan el comportamiento de la malaria.

Tabla No. 5 Hitos que afectan el comportamiento de la Malaria en Colombia

Año	Acontecimiento
1959	El Difícil, Magdalena. Primer caso en el mundo de resistencia a la cloroquina.
1990	Documentan resistencia del vector al DDT (Quibdo, Chocó)
1994	Los municipios reciben las funciones de control de la malaria y recursos, del PAB sin instrucción alguna.
1997	Crisis general del Sistema por la transición de los recursos de oferta a demanda (Ley 344 de 1997) por la implementación del SGSSS
1997	Entrega del programa de malaria por parte del Ministerio a los departamentos, despidos del personal del programa. Crisis operativa del programa
1998	El brote en la Costa Pacífica hace replantear aspectos epidemiológicos y de vigilancia y se interroga sobre cuales son los

	verdaderos ponderadores del riesgo.
1998	Comienzan los cultivos ilícitos en la zona de la Costa Pacífica nariñense. Con desplazamientos humanos que incrementaron el riesgo en esta zona tradicionalmente malárica
1999	Cambio esquema manejo de la malaria no complicada por <i>Plasmodium falciparum</i> : amodiaquina mas sulfadoxina-pirimetamina. Dificultades en la disponibilidad de amodiaquina obliga a continuar usando de cloroquina mas sulfadoxina-pirimetamina hasta 2004.
1999	Lanzamiento de la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo en los países amazónicos de la OMS
1999 - 2000	Pérdida de información del Programa de Malaria reportado a la investigación por los funcionarios de la oficina de ETV de Minprotección Social.
1999	Caída en las coberturas de fumigación por escasez de químicos. El Ministerio no pudo comprar a tiempo este año por causa de la crisis económica y fiscal
2000	Se replantea el sistema y la normatividad de la vigilancia y se diseña un sistema de información para el programa.
2001	RAVREDA-AMI. Red Nacional de Vigilancia Centinela de la Resistencia a los Medicamentos Antimaláricos.
2001-2002	Se retiran las competencias de control de vectores a los municipios pequeños y se regresan a los departamentos. Nueva crisis operativa del programa
2006/2007	Evaluación de esquemas con derivados de la artemisinina en zonas de alta transmisión en el país (Costa Pacífica y Bajo Cauca).

El comportamiento de la malaria en los últimos 30 años tiene una tendencia creciente en el número de casos, con la identificación de un pico importante en el año de 1998, el cual corresponde a la epidemia de malaria registrada en la Costa Pacífica, la cual está asociada con un fenómeno climático que favoreció el desarrollo de criaderos del vector y el mantenimiento de la transmisión (OPS, 2000)^{lix}.

Aunque el programa de malaria se ha visto afectado por diferentes sucesos político- administrativos en salud a lo largo de los últimos 30 años, los cuales han deteriorado las actividades de control y han generado incremento de los casos de malaria (Kroeger A et al, 2002), paradójicamente se han registrado importantes adelantos técnicos en aspectos concernientes al estudio entomológico, la implementación de la red diagnóstica y la vigilancia, entre otros. Uno de los graves problemas sigue siendo el subregistro que afronta el sistema y que impide una adecuada programación de actividades y previsión de epidemias (WHO, 2005; Rojas W, et al, 2001)^{lx}.

En el comportamiento de la malaria interviene un conjunto de factores de riesgos, muchos de los cuales son de muy difícil abordaje y medición, relacionados con determinantes biológicos, sociales, climáticos, etc..., que hacen que se convierta

en un problema con muy pocas opciones de solución, pero que en definitiva se ve directamente afectado por las políticas en salud, acompañado de una clara desarticulación del programa a un sistema que no tiene una responsabilidad clara frente a las enfermedades de interés en salud pública (Carmona-Fonseca J, 2003)^{lxi}.

Descentralización

En la investigación se confirma que el proceso de descentralización afectó las acciones del programa dirigidas al control de la malaria, en tres momentos claves, primero, la entrega de las competencias a los departamentos en 1997, donde la última fase del proceso, que cubría precisamente a las regiones más críticas no fue igual de ordenado y programado que el hecho previamente para las regiones de mediano y bajo riesgo, debido a dificultades globales del sistema en plena implementación de la seguridad social. El traumatismo es importante en la medida que se afecta la calidad y experiencia del recurso humano que manejaba el programa. Adicionalmente se rompe la distribución de las regiones maláricas, para adaptarse únicamente a la división político administrativa, lo que dificulta el abordaje de la problemática que antes correspondía a un estudio juicioso del ecosistema y de la endemividad, por lo que igualmente se entorpecen las acciones coordinadas frente a los brotes.

Un segundo momento clave se presenta en 1999-2000 relacionado con la pérdida de información de malaria que se sucede en razón de la descentralización y la desaparición del Sistema de Información en Salud que alimentaba todo el Sistema desde 1975.

Un tercer momento se presenta como consecuencia de la Ley 715 de 2001, donde se retiran las competencias de ETV a los municipios de categoría 4, 5 y 6, que habían sido asignadas desde 1994, en razón de la falta de capacidad técnica y de gestión en salud pública y saneamiento ambiental de los municipios pequeños, de características rurales. Nuevamente se replantean las competencias en recursos financieros y recurso humano.

Un ejemplo claro y documentado de esta situación crítica originada en la descentralización, fue la epidemia de la Guajira ocurrida en 1999, en la cual la complejidad del sistema de salud, donde no es clara la responsabilidad de los agentes, conduce al deterioro de las acciones preventivas encaminadas a la atención de enfermedades de interés en salud pública, como la malaria (González A, 2000).

Reforma hacia el SGSSS

La reforma pudo afectar los programas de salud pública y específicamente el programa de malaria por dos razones.

La primera, la crisis general del Sistema por causa del proceso de transformación de recursos de la oferta a la demanda, crisis más notoria entre 1997 y el año 2001. Esta crisis dificultó por ejemplo la entrega del programa a los departamentos de alto riesgo, que no había sido hecha antes de 1997.

La segunda, la aparición de múltiples actores responsables de la atención de los pacientes y de las acciones de prevención, lo que significó una pérdida de gobernabilidad en los programas de salud pública en general, por la desarticulación de esfuerzos, la dispersión de recursos y las pérdidas de información. Al igual que otros programas de salud, las acciones antimaláricas se afectaron negativamente.

Crisis económica

La crisis económica iniciada en 1999 ocasiona un incremento general de la pobreza en el país, que coincide con el incremento de cultivos de coca en la zona caucana y la región malárica de la Costa Pacífica, hecho que se traduce en un incremento de riesgo.

Igualmente se traduce en una reducción de los recursos de la salud que afecta a todo el sistema, pero especialmente a los prestadores de servicios.

Respecto al programa de ETV y malaria, específicamente, se encuentra un atraso en la compra nacional de insecticidas por causa de la crisis fiscal de 1999, que se tradujo en desabastecimientos temporales. Esto en el año inmediato al de mayor número de casos.

Igualmente la falta de Amodiaquina, igualmente por retardo en la compra nacional, medicamento que hacía parte del nuevo esquema de tratamiento con Sulfadixina-pirimetamina para el tratamiento de la malaria no complicada por *Plasmodium falciparum* . De modo que los pacientes siguieron recibiendo el esquema anterior.

Finalmente puede señalarse que el incremento de la pobreza en la crisis económica iniciada en el 99 coincide con el incremento de cultivos ilícitos en el Bajo Cauca y en la zona malárica de la Región Pacífica, comportamiento laboral y migraciones que originan un mayor riesgo.

5.4.3. Ecuador

A continuación se relacionan acontecimientos relacionados con Reformas, Cambios Tecnológicos y otros momentos críticos.

Tabla No. 6 Hitos que afectan el comportamiento de la Malaria en Ecuador

Año	Acontecimiento
1977-1982	Crisis económica, a partir de lo cual la fuerza positiva de la inversión social disminuye con un deterioro de las condiciones de vida y de salud que se va evidenciando los años subsiguientes. Se estancan las coberturas dadas las restricciones fiscales y los programas de ajuste que priorizan los equilibrios macroeconómicos en perjuicio del desarrollo social.
1982-1983	Fenómeno del Niño
1992 y ss	Invasión y desplazamiento de campesinos y asentamientos populares. Cinturones de pobreza
1993	Se inicia el proceso de modernización-privatización del Estado y de los Servicios de Salud; Los servicios públicos y en particular los hospitales deberán buscar alternativas de financiamiento bajo esquemas de administración con participación privada que permitan implantar mecanismos de recuperación parcial de costos, intentando compensar las reducciones presupuestarias. Los servicios primarios, empiezan a sentir las carencias de recursos para sostener las coberturas y un deterioro manifiesto de la atención por falta de insumos básicos y desmotivación de un personal mal remunerado.
1994-1995	Intento de eliminar el SNEM y descentralizar las acciones y responsabilidades de los programas verticales. Se termina el apoyo y se compran renuncias a los trabajadores. Escasez de formularios para recolección de información. Disminuye el recurso humano en el campo, y se retrasa la entrega de insumos. Por exceso de burocracia, se plantea aplanar estructura. El sindicato se opuso.
1995-1996	La crisis fiscal y los programas de ajuste que redujeron enormemente las asignaciones al sector social (de 7,8% del PIB en 1992 a 5,2% en 1996). En el Ministerio de Salud Pública, el gasto como porcentaje del PIB cayó a 0,75% en 1995.
	Después de la eliminación de funcionarios operativos, el sindicato presionó por la vinculación de cualquier trabajador, y a pesar de la capacitación no dieron resultado.
	Faltan recursos para desplazamiento y supervisión Los microscopistas no iban a las localidades
1996-1997	Prohibición del DDT para el Rociado intradomiciliario, con la erradicación como objetivo. Se abandona estrategia de erradicación y se pasa a la estrategia de "Control de la Malaria". Rociado con Malation
	Se inicia registro del formulario del Ministerio SIVE – ALERTA desde los hospitales. Reportan los microscopistas que están en los hospitales.
1997-1998	Fenómeno del Niño

1999	Vigilancia del <i>Aedes aegypti</i> . Rociamiento antivectorial. La presencia del Dengue ha fortalecido al SNEM, aunque los recursos son independientes por enfermedad. Dificultad por el control de vectores.
	La estrategia de "Control de la Epidemia de Malaria" tuvo que ser modificada considerablemente excluyendo el empleo de insecticidas el 16 de julio de 1999 (D18).
2000	En los 90s se da una crisis financiera importante que lleva al congelamiento bancario y se produce la dolarización en el año 2000, después de una inflación acumulada del 120%.
	Capacitación a microscopistas. Adopción de recomendaciones y estrategia Roll Back Malaria.
2001	Ley de Descentralización y Participación
	Se incorporan los laboratorios de diagnóstico a las unidades de salud provinciales y municipales. Articulación entre microscopista y médico.
2002	Se recuperan partidas presupuestales para el SNEM y se recupera el apoyo
	Se dieron cambios en los esquemas terapéuticos a partir de RAVREDA. Unificación de tratamientos en el área andina. Fortalecimiento capacidad de detección de resistencia a antimalaricos.

Se pueden observar cambios importantes en la situación epidemiológica de la malaria en el Ecuador con períodos de éxito (situación endémica) y períodos de fracaso (situación epidémica).

El período de erradicación fue un período de éxito debido al empleo de DDT para el rociado intradomiciliario con buenos resultados.

Una vez se toma la decisión de abandonar esta estrategia no hubo desarrollo de otras estrategias o alternativas similares para sustituir el rociado para controlar el vector y poder afrontar los efectos de los cambios de clima recurrentes debidos al Fenómeno del Niño. Los insecticidas a utilizar eran mucho más costosos y de difícil almacenamiento, lo que posteriormente se iba a convertir en un problema para las comunidades.

El éxito en el control de malaria durante los años de 1993 a 1996, (reducción de IPA y % de *P. falciparum*) fue atribuido por Roberts lxi(2000) al empleo del DDT, al igual que lo mencionan los expertos entrevistados, pero parece también que las bajas precipitaciones explicaron la alta eficacia de esta intervención.

Con el advenimiento de la reforma del Estado y la reducción de personal operativo en el SNEM (1995), así como los efectos de esta sobre los recursos por los recortes presupuestales, dieron origen a serias dificultades para el control de malaria, y prepararon desfavorablemente para afrontar el incremento de la

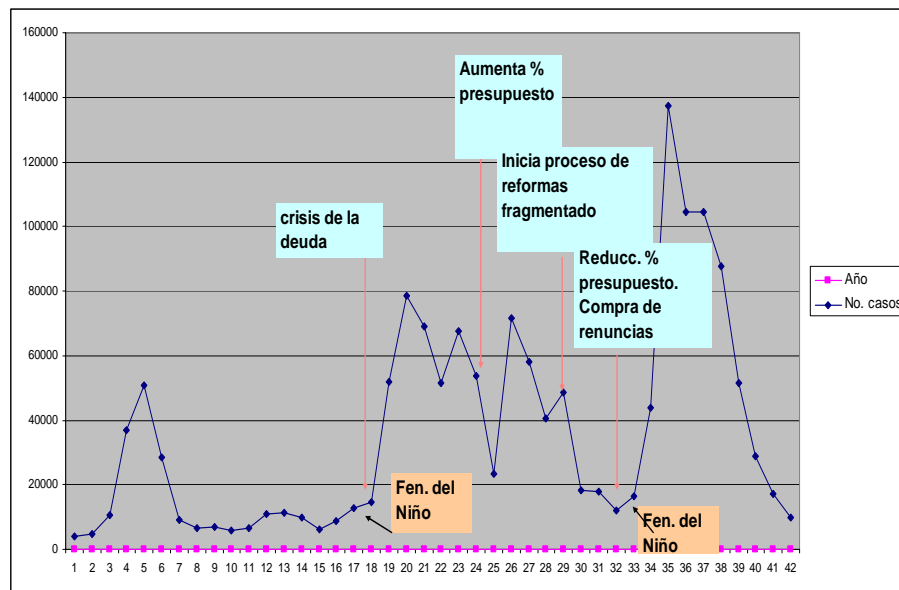
incidencia debido a los cambios climáticos. Se redujo la cobertura de rociado intradomiciliario, el registro y reporte de casos, la toma de muestras para diagnóstico, y no fue posible enfrentar la grave epidemia desencadenada a partir de 1997.

Adicionalmente, en estas condiciones la ayuda internacional cuyos objetivos estaban relacionados con aumento de rociado, capacitación de funcionarios, y fortalecimiento de la gestión de la enfermedad, no encontró terreno para alcanzar el éxito y su rentabilidad fue muy baja.

La capacidad técnica del SNEM estaba muy disminuida por los intentos de eliminación del Servicio, y era muy difícil implementar las recomendaciones internacionales incluidas en la Estrategia de Control de la malaria y Roll Back Malaria.

A continuación, se presenta un gráfico que resume de alguna manera los fenómenos que han incidido en los cambios del comportamiento de la malaria.

Gráfico No. 58 Fenómenos asociados con cambios en el comportamiento de la malaria



Fuente: Cálculos del Estudio

La descentralización se considera beneficiosa desde el punto de vista que las unidades de salud provinciales y municipales se involucren en las acciones de planificación, prevención, educación y atención de casos, en forma articulada, y apoyadas técnicamente por el SNEM, para garantizar la transferencia tecnológica

y de conocimiento. Pero esta descentralización debe darse con la asignación de recursos y apoyo político necesarios.

La atención puede ser centralizada o descentralizada, pero bajo parámetros estandarizados y garantizado el derecho al acceso en las mismas condiciones a toda la población. Modernización y ajuste de procesos documentados para su revisión continua.

5.5. Perú

Relación de acontecimientos específicos importantes (hitos) que presuntamente afectan el comportamiento de la malaria.

Tabla No. 8 Hitos que afectan el comportamiento de la Malaria en Perú

Año	Acontecimiento
1968	Se inicia el gobierno militar con el régimen de Juan Velasco Alvarado, tiempo de austeridad económica, los servicios médicos eran asumidos por la Beneficencia Pública, el Ministerio de Salud y las Beneficencias Privadas. La Seguridad Social brinda atención asistencial recuperativa así como la sanidad de las Fuerzas Armadas.
1980	Se reinicia régimen democrático con gobierno de Fernando Belaunde Terry, Coyuntura de crisis,
1975 - 1980	La evolución de la malaria se presenta relativamente estable con aproximadamente 14.000 casos por año.
1979	Constitución política del Perú, sienta las bases de la reforma del estado fundamentalmente en salud.
1985	Primer periodo Régimen democrático de Alan García Pérez, inicia con problemas de violencia interna, sistema sanitario fraccionado
1985 - 1990	Las cifras de malaria se duplican llegando a 32026 casos manteniéndose así hasta 1990
1988	Se detectan los primeros casos en el Perú de Plasmodium falciparum en el departamento de Loreto, presentando incrementos paulatinos en la región.
1990	Constitución política del Perú, establece nuevo marco jurídico para el proceso de reforma, propiciando estancamiento y retroceso, suspendiendo muchos de los elementos ya aprobados e instalados con la constitución de 1979
1990 - 1996	Se evidencia notable incremento en el número de casos pasando de 33705 a 162000 (1995) y 208543 (1996)

1992 – 1995	Gasto total en Salud representa el 3.6% del PBI. Mientras que el gasto
1992	La asistencia externa al Perú asciende a US \$ 875.871.000 de lo cual el 20.5% provino de fuentes multilaterales, 77.9% de fuentes bilaterales y el 1.6% de ONG'S
1993	La oficina de Financiamiento, inversiones y Cooperación Externa del Ministerio de Salud formulo el Programa Nacional de Cooperación Técnica Internacional del Sector Salud en el que se destacan tres áreas prioritarias: desarrollo y fortalecimiento de programas y servicios, desarrollo de recursos humanos y cooperación andina en salud (OPS, 1988)
1994	Se detecta en la macro región Amazónica resistencia del P falciparum a cloroquina y primaquina.
1993 - 2000	El gasto social per cápita creció de \$91.3 (3.9% del PBI) a \$180.2 (7.9%) y la pobreza extrema bajo de 26.8%(1991) a 14.8%(2000)
1992 – 1997 2002	Momentos críticos: Déficit económico que implicó desabastecimiento de medicamentos o insumos, fenómenos climáticos, etc...
1994 – 1995 2002 - 2004	Reformas: Cambios operativos relacionados con alguna reforma y que impactaron en el programa de malaria.
1996	Loreto reporta el 51% del total de casos de malaria.
1995 – 1997	Relacionados con la tecnología: Uso de toldillos, identificación de resistencia a los medicamentos, cambio de esquemas de tratamiento, cambio de químico utilizado como medida de control (fumigación), implementación o deterioro de sistemas de vigilancia, migraciones poblacionales, cambios en la economía, vigilancia sobre el clima, etc....
1998 - 1999	Se detecta resistencia de P falciparum a cloroquina y primaquina en la Región Costa Norte.
1998	Postergación de la reforma de la gestión pública y Modernización del Estado, Fenómeno del Niño, Salida de capital asociada a crisis financiera.
1999	Cambio en la política de medicamentos antimalaricos en el Peru.
2000	Gasto real per capita es de \$2180 el 10.2% de la PEA esta desempleada y el 50.8% subempleada. Se inician los estudios de terapia combinada para malaria por P. falciparum: sulfadoxina/pirimetamina y mefloquina.
2000 - 2001	Remoción del presidente elegido en el año 2000 y la instalación de Gobierno de Transición

La malaria en los últimos 30 años ha presentado un comportamiento cíclico de acuerdo a las características de las zonas geográficas endémicas sin embargo hacia el decenio de los 90 se evidencia un incremento progresivo y sostenido que logra su pico más alta en el año 1998, para luego descender rápidamente retomando su característica cíclica epidemia que se presentó en la zona nor oriental hacia la región fronteriza con Colombia y en la costa norte del pacífico (MINSA, 2003)

A lo largo de estos años el programa de control de malaria ha sufrido varios cambios en relación a los mismos cambios que el sector salud ha tenido, con cambios político administrativos que fueron dándole desde un carácter de programa vertical en los 80 con financiamiento de cooperación, pasando a un programa vertical con financiamiento público, para a finales de los 90 y principios del 2000 constituirse en una estrategia nacional con integración horizontal y vertical. Cambios que se acompañan de las consecuentes modificaciones presupuestales y estructurales.

Hacia los 90 estos cambios afectaron las funciones principales de control y registro de casos, para finales de los 90 inicios del 2000 se incorporan nuevos indicadores y herramientas epidemiológicas que permitieron mejorar el análisis regional y nacional de la situación de malaria.

En el análisis nacional de la malaria intervienen un conjunto de factores de riesgo relacionados a las características climatológicas y geográficas de la zona, las características del vector, resistencia medicamentosa, pero sobre todo resalta el factor socio económico que marca claramente las zonas en riesgo y endémicas. Esto agrega en el análisis de la situación de malaria en el Perú que el problema no solo responde a temas epidemiológicos sino que también se incorpora la variable de exclusión social.

Para el primer quinquenio del 2000 con la incorporación de la variable de descentralización el programa es incorporado a la política sanitaria regional constituyéndose en prioridad de atención, considerando recursos y financiamiento locales y nacionales para alcanzar las metas propuestas.

Descentralización

En la investigación se pone en evidencia que en el Perú el proceso de descentralización ha tenido un curso irregular y que de manera concreta la influencia sobre el programa ha sido posterior al año 2000, esta marcado por las siguientes etapas:

Con la constitución de 1979 se da el marco legal para iniciar el proceso de descentralización de los 80, el cual queda inconcluso, sin embargo esta etapa es importante pues se sentaron las bases y herramientas para procesos posteriores.

La constitución de 1990, propone un nuevo marco legal suspendiendo el proceso anterior y dando nuevas pautas que general la suspensión de los cambios iniciados.

Para el año 2000 con el gobierno de transición y posteriormente en el 2002 durante el régimen de Toledo se retoma la propuesta de descentralización, sustentándose

en la transferencia y generación de competencias locales, regionales así como la reasignación de funciones.

Durante los años 80 y 90 los cambios en el componente político y el marco legal pudieron afectar el desarrollo del programa de malaria por:

1. Se genera un primer intento de transformación el cual es seguido por un periodo de silencio político, en el que la prioridad sanitaria era la atención recuperativa, dejando la atención preventiva en un segundo lugar, esto se refleja en el periodo 1992 al 1998 años en los que la coyuntura política y económica inciden en los programas verticales, siendo uno de ellos el programa de control de la malaria.
2. En segundo lugar, la región se constituyo en actor importante desde la década de los 80 pero un agente sin presupuesto propio, dependiente del nivel central para lo concerniente a la financiación de acciones preventivas y de control. Queda así un ente a nivel nacional coordinador y responsable del programa, pero también se cuenta con la involucración de la autoridad regional y local.
3. El descontrol del programa evidenciado a partir del año 1992 responde a la coyuntura político-económica iniciada en el 90 y que genera un periodo de confusión a nivel de los entes operativos regionales, además de los cambios en factores condicionantes que se reflejan en cifras no vistas antes en el país.

Durante todo este tiempo, el programa de control y erradicación de malaria sufre también cambios en su característica constitucional, esto significa, que hacia inicios de los 80 el programa se componía de los llamados "malariólogos" expertos que daban el soporte técnico y operativo a nivel regional, sin embargo hacia los 90 se recompone el programa y se trabajan con equipos multidisciplinarios y que no solo abordaban el problema de malaria.

Crisis económica

Las características relacionadas al financiamiento del programa varían según el origen del mismo:

Para los años 80 la fuente principal de financiamiento era procedente de la cooperación internacional, y se dirigía a financiar las actividades que el programa proponía.

Para los 90 el financiamiento es redireccionado priorizando las acciones recuperativas y generando cambio en las actividades priorizadas a nivel regional y local.

Se ve reflejado estos cambios en la reducción del financiamiento para las actividades de prevención y control, y el consecuente incremento de casos de malaria en las regiones endémicas. Así mismo el personal es reasignado lo cual también dificulta el seguimiento de información.

Para los años 2000 en adelante, el cambio de modelo de atención, con un enfoque integral ocasiona nuevos cambios en el financiamiento, no dirigido a la medición de daños sino a la medición de coberturas.

Finalmente cabe destacar que uno de los factores a analizar es el de la pobreza y la coincidente ubicación de zonas endémicas y zonas de extrema pobreza en el país.

6. CONCLUSIONES

De la investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Los procesos de descentralización y su implementación afectaron los programas de malaria coyunturalmente, en función de las modificaciones en los flujos financieros, los cambios de personal responsable y operativo, así como los sistemas de información y vigilancia, pero la mayoría de estos problemas, aunque graves como sucedió en Colombia, se resolvieron en periodos breves.
- No hay consenso en los efectos a largo plazo de la descentralización. Los procesos de descentralización hacia las provincias, estados, regiones o municipios son considerados a veces benéficos a largo plazo en los países que avanzan en el proceso descentralizador, especialmente en Venezuela y en parte Colombia, pues los programas se siguen fortaleciendo ya descentralizados. Para otros expertos sigue siendo perjudicial la descentralización y la pérdida de gobernabilidad en los programas de salud pública, entre ellos los correspondientes a ETV.
- Los programas de malaria, a pesar de haber sido descentralizados en algunos países, siguen comportándose como programas centralizados, financiados desde el nivel nacional (el peso de la tradición), pues no se integran a los planes locales de salud y por tanto no se benefician de la ventaja fundamental de la descentralización: la participación y el empoderamiento de la comunidad y de las autoridades locales en la solución del problema de salud. La falta de asistencia técnica en el proceso descentralizador es factor fundamental, así como la falta de compromiso político con el proceso descentralizador.
- De acuerdo con los expertos la reforma más profunda del sistema de salud y seguridad social es la de Colombia, tanto en el sentido del aseguramiento universal como en el peso de la privatización e incorporación de nuevos actores. Es precisamente Colombia el país que presenta el peor comportamiento a largo plazo en la lucha antimalárica, en términos de financiamiento, esfuerzo diagnóstico, respuesta al incremento de la malaria, etc. Los expertos y las publicaciones lo explican por el énfasis demasiado economicista de la misma, (centrado en la facturación y los costos), así como el predominio privatizador y de la mirada individual de la salud frente a la salud como fenómeno colectivo. También citan la desarticulación y fragmentación de las responsabilidades y acciones en el campo de la prevención de la salud.
- En el otro extremo, Venezuela es el país que toma en los últimos años una fuerte decisión por lo público e incrementa el financiamiento de los servicios de salud, así como el esfuerzo en la lucha antimalárica, en términos de

financiamiento, esfuerzo diagnóstico y compromiso gubernamental como respuesta al incremento de la malaria.

- Las crisis económicas y políticas sufridas por los países afectan seriamente los programas de malaria, en función de la reducción de presupuestos, el retraso de los mismos y de la compra de insumos y las crisis generales de financiamiento de las instituciones de salud. 1999 parece ser el año en que confluyen crisis económicas y políticas con el incremento de la malaria en los países estudiados, afectando seriamente la capacidad de respuesta. Adicionalmente estas crisis originan migraciones y condiciones de vida y trabajo empobrecidas que propician el incremento de la malaria.

Anexo 1 Matriz de Consolidación – Evaluación de Programa de Malaria

Anexo 2 Impacto en los NUTE estudiados

Anexo 3 Instrumentos de recolección de información

BIBLIOGRAFIA

- i. Carrión Fernando “Ecuador es la suma de sus partes” en “Historias de Descentralización. Transformación del Régimen Político y cambio en el modelo de desarrollo América Latina, Europa y EUA” Dario Restrepo, Editor, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Economía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2006.
- ii. Restrepo Darío “Economía Política de las Estructuras Espaciales del Estado en Colombia”, en “Historias de Descentralización. Transformación del Régimen Político y cambio en el modelo de desarrollo América Latina, Europa y EUA” Dario Restrepo, Editor, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Economía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2006.
- iii. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud: indicadores del desarrollo mundial World Development Report 1993. Washington. Estados Unidos. Banco Mundial. 1993.
- iv. José Ramírez Medina. Cambios Institucionales: La Descentralización en Venezuela. En Rev. Convergencia, año 9 No. 28, mayo – agosto 2002. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. Universidad del Zulia, Venezuela)
- v. Zaira Revaron. Visión de los alcaldes venezolanos sobre el proceso de descentralización y participación ciudadana en el país. Iberoamericana. Nordic Journal of Latin American and Caribbean studies. Institute of Latin American Studies, Stockholm University. Vol. XXXIII: 1 2003.
- vi. Maritza Ávila Urdaneta, Niria Quinero y Sandra Ramírez Pinzón. ¿Descentralización y Desarrollo Regional Sustentable? Interrogante de una política de Estado. En Rev. Tendencias, Vol. IV, No. 2, diciembre de 2003.
- vii. Restrepo Dario, 2006. Editor “Historias de Descentralización”, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos Bogotá, 2006.
- viii. Carrasquilla Gabriel 2006. “Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria en Colombia”, en “Descentralización y Gestión del Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina”. Buenos Aires, Argentina: OPS, © 2006.
- ix. Monroe Javier Condiciones Históricas y sentidos de la cuestión territorial en Perú” en “Historias de Descentralización. Transformación del Régimen Político y cambio en el modelo de desarrollo América Latina, Europa y EUA” Dario Restrepo, Editor, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Economía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2006.
- x. Gonzales de Olarte. Efrain, 2000 “Neocentralismo y Neoliberalismo en Perú” IEP Consorcio de Investigación Económica. Lima.
- xi. “Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión Andina” Organismo Andino de Salud; Lima, 2004. ISBN 9972-9948-0-5. Artaza Osvaldo, Martínez Félix y otros.
- xii. Klein, R. (1993) Health Care Reform: the Global Search for Utopia. BMJ, Vol. 307(6907) 752.
- xiii. Berman, P. (1995) Health Care Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. Harvard School of Public Health.
- xiv. Infante A, Mata I, López-Acuña D, “Reforma de los sistemas de salud en América latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000 19

-
- xv. Walt, G (1994) Reforming the Health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, Vol. 9(4): 353-370.
- xvi. Walt, G. (1994) *Health Policy: an Introduction to Process and Power*. Zeta Books.
- xvii. Plsek, P et. al. (2001) The challenge of complexity in health care. *BMJ*, Vol. 323: 625-28.
- xviii. CEPAL (1994) *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Organización Panamericana de la Salud.
- xix. OPS (2000) Número especial sobre reforma del sector de la salud *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8 (1/2)
- xx. Teruel JR. Reforma del sector de la salud en las Américas. Informe presentado en el Seminario Internacional de Reforma del Sector de la Salud, 19 a 21 de febrero de 1996, en Lima, Perú.
- xxi. Restrepo, H. et. al. (2002) Implementation of a new health system in Colombia: is this favourable for health determinants. *JECH*, Vol. 56: 742-43
- xxii. Plaza, B. et. al. (2001) Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health policy and Planning*, 16 (Suppl. 2):44-51
- xxiii. Titelman, D. (2000) Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes. CEPAL.
- xxiv. The World Bank (1993) *The World Development Report: Investing for Health*. Oxford University Press.
- xxv. IDB. Latin America after a Decade of Reforms. Economic and Social Progress 1997 Report. Washington, DC
- xxvi. Banco Interamericano de Desarrollo. Informe de progreso económico y social. Washington, D.C.: BID; 1998.
- xxvii. Verrier R. Declaraciones del presidente de la Asociación de Economistas de América Latina y el Caribe. VII Congreso de Economistas de América Latina y el Caribe. Río de Janeiro, 10 de septiembre, 1999.
- xxviii. Székely M, y Hilgert M. The 1990s in Latin America: Another Decade of Persistent Inequality Mimeo, IDB, Washington, US, December 1999
- xxix. Burki SJ. Opening statement, en "Poverty & Inequality". Annual World Bank Conference on Development in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: The World Bank; 1996.
- xxx. Banco Mundial. Conferencia sobre desarrollo en América Latina y el Caribe. Valdivia, Chile: 1999.
- xxxi. CEPAL. Preliminary overview of the economies of Latin America and the Caribbean 2000. Santiago de Chile.
- xxxii. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La brecha de la equidad. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
- xxxiii. Aylwin P, et al. Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el desarrollo social. BID-CEPAL-PNUD; 1995.

-
- xxxiv. Rodríguez Oscar, Arévalo Decsi. *Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
- xxxv. Martínez Félix; Robayo Gabriel y Valencia Oscar *¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* FEDESALUD, Bogota, 2002.
- xxxvi. María Urbaneja Durant, Exministra de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. Hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Venezuela. Convenio Hipólito Unanue. Organismo Andino de Salud. Seminario Internacional sobre reformas del Sector Salud. Lima, marzo 2004.)
- xxxvii. www.saludcolombia.com “la Reforma”, análisis de la Revista Salud Colombia. 1997
- xxxviii. Rodríguez Oscar, Arévalo Decsi. *Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992*. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. 1993.
- xxxix. Martínez Félix; Robayo Gabriel y Valencia Oscar *¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* FEDESALUD, Bogota, 2002.
- xl. Giraldo Cesar, 2005 “*Sistema de Protección Social Colombiano*”. Ponencia en el Congreso Internacional sobre Protección Social, Grupo de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional. Bogotá. Septiembre 2005.
- xli. Martínez Félix 2006 “Subsidios o Seguridad Social. El no pago de la porción social del salario”, en “Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un Nuevo Sistema de Protección Social”. Colección Estudios sobre protección social. Yves Lebonniec y Oscar Rodríguez Editores. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Servigraphic Ltda. Bogotá, Agosto de 2006. ISBN 958-701-727-7
- xlii. Estrella, E. and Herrera, D. (1997) Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador (1967-1995)CEPAR, Quito Ecuador.
- xliii. Moreira, J. (2000) Informe de Evaluación de Roll Back Malaria en Ecuador y Perú. Análisis del Proceso. OPS-Ecuador: Esmeraldas
- xliv. El Proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador: Aportes para el debate, Dr. Ramiro Echeverría T. – Médico Salubrista, Julio de 1997, Quito- Ecuador /Proyecto: “Análisis y Promoción de Políticas de Salud”
- xlv. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública, volumen 18, N° 4. Río de Janeiro. Julio/Agosto 2002.
- xlvi. Schmunis GA, Pinto JC. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Cadernos Saúde Pública, Río de Janeiro, 16(Sup.2):117-123, 2000.
- xlvii. OPS: Malaria in the Countries and Region of the Americas: Time Series Epidemiological Data, 1998–2004
- xlviii. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría Vol. 64 N° 1, Enero - Marzo 2001. Malaria congénita. Estudio retrospectivo 1992-1999. Hospital “Menca de Lleoni”. Revisión de la literatura Ciudad Guayana Estado Bolívar
- xlix. Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio N°7 Objetivo de Desarrollo del Milenio 6. Combatir el Vih/Sida, la Malaria y otras enfermedades . Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú. OPS/OMS

-
- I. Ojeda, L. El descrédito de lo social. Centro para el Desarrollo Social. Quito, 1993
 - li. Mantilla, K. (2000) La dolarización en el Ecuador. *Correo Poblacional*, 8 (1): 6-15.
 - lii. PNUD. (1999) Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Quito, Ecuador.
 - liii. Páez, R., Villalobos, M. and Lozada, P. (1999) Políticas de Salud y Reforma Sectorial: la opinión de los actores de la salud en el país. CEPAR: Quito-Ecuador
 - liv. Páez, R. and Villalobos, M. (2000) El costo y la Efectividad de las intervenciones en Salud: estrategia metodológica para mejorar la definición, asignación, distribución y el uso de los recursos en salud. CEPAR: Quito.
 - lv. Answer of Minister of Public Health to Congress and MCP Union Workers, Memorandum - December 1999.
 - lvi. Javed, Shahid y Guillermo Perry (1999), *Más allá del consenso de Washington: la hora de la reforma institucional*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
 - lvii. Ministerio de Salud - OPS, "Informe Colombia" en la Reunión Andina de Santa Cruz, Bolivia, los días 11 y 12 de Octubre de 1999. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional* del 15 de Octubre de 1999. Bogotá. Instituto Nacional de Salud.
 - lviii. Narvaez Olaya Juan Alberto. *Implementation of the Global Malaria Control Strategy and Roll Back Malaria in Ecuador. A Case Study of the Policy Process, Thesis submitted in accordance with the requirements of The University of Liverpool for the degree of Doctor in Philosophy*- September 2001.
 - lix. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria en la región de la selva tropical de América del Sur (Cartagena, Colombia, agosto de 2000). OPS/HCP/HCT/190/01. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/cartagena.htm>.
 - lx. World Health Organization, Roll Back Malaria. UNICEF. World Malaria Report 2005. WHO/HTM/MAL/2005.1102. <http://rbm.who.int/wmr2005/>.
 - lxi. Carmona-Fonseca J. La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 1. *IATREIA* 2003;16(4):299-318.
 - lxii. Roberts, D., Laughlin, L., Hsueh, P. and Legters, L. (1997) DDT, Global Strategy, and Malaria Control Crisis in South America. *Emerging Infectious Diseases*, 3 (3): 295-302.
