



# CAROLINE CHANG CAMPOS: “LA SALUD ES UN EJE ESTRATÉGICO DE LA INTEGRACIÓN DE LA REGIÓN”

Fue ministra de Salud de Ecuador entre 2007 y 2010 durante la primera presidencia de Rafael Correa, tras lo cual asumió como secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Tiene una amplia experiencia en procesos de integración, alianzas estratégicas entre países, y atención de las necesidades de salud de la región.

Caroline Judith Chang Campos nació en Quevedo, provincia ecuatoriana de Los Ríos y fue ministra de Salud de Ecuador entre 2007 y 2010, durante la primera etapa de la gestión presidencial de Rafael Correa. Se graduó en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y egresó con una especialización en Gerencia de Servicios de Salud y un Diplomado en Salud, Ambiente y Prevención de Desastres, que le fue clave para su trabajo posterior en la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se experiencia internacional en procesos de integración, alianzas estratégicas entre países, y conocimiento de las necesidades de salud de la región, le valieron méritos y desde 2010 ocupa la secretaria ejecutiva del Organismo Andino de Salud. Para que la salud sea de todos, había que construirla allí donde la gente vive, trabaja,

ama y se divierte...como rezaba el lema de campaña sanitaria del presidente Correa, al comienzo de su mandato. Y ella lo interpretó así desde el primer día de su gestión y no se echó a menos, porque en definitiva, la convocaron por meritocracia y para llevar adelante un proyecto que venía alimentando desde los inicios de su formación académica y profesional. Sus rasgos orientales conviven a diario con una población de predominancia castiza y mestiza, y en un territorio donde sus abuelos chinos afincaron sus raíces.

## –Se crió en una zona del Ecuador con fuertes corrientes migratorias...

–Sí, la sangre migrante talló mucho porque mi abuelo paterno llegó al Perú, la abuela materna al Ecuador, mi madre es ecuatoriana, mi padre chino-peruano, y nosotros nacimos en el Ecuador. Vivimos los primeros años en Lima y luego regresamos, me eduqué en Guayaquil y a la gestión ingresé cuando terminé mi grado de médica. Hice la medicatura en un pueblito pesquero, en el puerto El Morro, donde me tocó conocer la realidad de la población rural y allí aprendí lo que no te enseñan en los claustros académicos desde el punto de vista curativo. Viví esa otra realidad donde el centro de salud



“Todavía persisten factores culturales y geográficos, que tal vez impidan el acceso universal en el momento oportuno porque quizá aún hay mucha gente que vive en lugares muy remotos y ni siquiera se puede movilizar en una canoa. Por eso digo que la cobertura universal es un proceso que siempre está en construcción.”

es una casa comunal que tenía apenas una tablita con un jabón y una esponja, un banquito y un escritorio. Lugares así tuvimos que transformar luego durante la gestión.

#### –El trabajo en la comunidad que luego continuó en la OPS ¿no es así?

–Al terminar la medicatura rural tuve una oportunidad de trabajo como consultora de la OPS y ahí me tocó recorrer mucho más el país a través de los programas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles. En todo ese proceso de erradicación de la poliomielitis, me di cuenta cuanto más se podía trabajar, atender y ejercer, con una mayor externalidad de las acciones. Comencé a trabajar en la búsqueda activa de casos para erradicar la poliomielitis, hasta que me tocó hacer una residencia en salud internacional en la OPS, en Washington, y a mi regreso seguí trabajando en el área de emergencias y desastres, hasta que tuve la posibilidad de ser llamada por el presidente Correa, y ser elegida por meritocracia en 2007. Lo acompañé en la gestión hasta el 2010, y en ella

se duplicó el presupuesto de salud, pero también se celebraron algunos hitos importantes, como por ejemplo la reducción significativa en épocas invernales del dengue, cuando se alcanzó una reducción de la muerte materna del 49% entre 2007 y 2009. Siempre hay brechas que cubrir porque la demanda supera la capacidad de oferta de cualquier país, más aún cuando los procesos son tan rápidos, pero la nueva Constitución nos demandó una acción rápida y esto significó que lo que habíamos planificado en seis años debíamos hacerlo en los dos o tres primeros años.

#### –¿Cuál era el presupuesto promedio destinado a salud y a cuánto llega hoy?

–Cuando yo empecé mi gestión estaba en menos del 1.2%, y al terminar se alcanzó el 2.4%. En la actualidad ya está cerca del 4% del PBI. Además, la Constitución marca que no debe ser menos del 4.5%, así que todavía tenemos que seguir avanzando. Nuestra misión en el Ministerio fue romper las barreras de acceso a los servicios de la salud.



Una de ellas era la económica, entonces se estableció la gratuidad; otra fue la cuestión geográfica, y comenzamos a movilizar a nuestros Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) hacia los lugares más alejados. Con ese modelo de trabajo hacíamos eje en la promoción, prevención y curación con un enfoque familiar, comunitario e intercultural. La tercer premisa fue la de romper las barreras de acceso cultural y se implementó la interculturalidad a nivel de redes de servicios integrados de salud, y establecer así que si la salud es un derecho ciudadano tú puedas elegir o recibir la medicina académica o la medicina tradicional, pero siempre bajo la vigilancia de nuestros servicios. Por eso se promovieron las casas de atención materna, intercultural, y se institucionalizó el parto vertical, que se empezó a practicar tanto en los servicios de salud rurales como en algunos centros urbanos, pero siempre dentro de la red de servicios de un hospital o de un centro de salud, todo ello para que ante cualquier situación de emergencia la paciente pueda ser atendida sin complicaciones.

**“En Ecuador hay todo un proceso de transformación en marcha, que sin esa prioridad apuntalada por el propio Presidente, habría afectado los recursos y la sostenibilidad, por eso uno de los logros más importantes de este proceso es que quedó plasmada por ley en la Constitución.”**

### **–¿Por qué disminuye la pobreza y mejora el empleo en la región pero la desigualdad se mantiene?**

–Yo creo que una de las condiciones fundamentales para lograr la equidad es que exista la voluntad política, y en el caso del Gobierno de Rafael Correa existe esa prioridad en la agenda pública. En Ecuador hay todo un proceso de transformación en marcha, que sin esa prioridad apuntalada por el propio Presidente, habría afectado los recursos y la sostenibilidad, por eso uno de los logros más importantes de este proceso es que quedó plasmada por ley en la Constitución Nacional, así que no podrá venir otro Gobierno a reemplazarla, a menos que cambie la Constitución, donde quedó establecido el acceso universal gratuito, el financiamiento por parte del Estado y sobre todo, las condiciones de los modelos de gestión y atención. Si la quieren cambiar, pues tendrán que cambiar la Constitución.

### **–¿Cuál sería, además, el mecanismo para garantizar la sostenibilidad?**

–Tiene que haber un *empoderamiento* ciudadano, mientras no haya una participación social con *empoderamiento*, que alguien diga “*nosotros vamos a defender este derecho*”, ni siquiera con prioridad política se puede lograr una mejor defensa porque vendrán otros gobiernos que tengan su propia prioridad política en salud pero con otros modelos. El *empoderamiento* tiene que ver con un proceso de educación, continuo y permanente al usuario, avanzar en una comunidad con enfoque de derechos, pero también haciendo hincapié en la participación y en la toma de decisiones. A veces, se inicia un proceso con una fuerte participación y luego se discontinúa, y se permite eso a veces para mantener el poder del Estado, y eso es un error que hay que corregir, en los casos que se da, porque *sin la participación social no podemos garantizar que haya continuidad en*



LA  
**CONFIANZA**  
SE TRANSMITE  
*de persona a persona*



EL MUNDO DE LA TECNOLOGÍA HUMANA HA SIDO RETOCADA Y/O MODIFICADA DIGITALMENTE.

PARA MÁS INFORMACIONES OBLIGATORIAS DE COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL, INFORMESE DE LOS TÉRMINOS Y ALCANCES DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN DE INTERNET [WWW.BUENOSAIRES.GOV.AR](http://WWW.BUENOSAIRES.GOV.AR), LA SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA DE SALUD TIENE IMPLEMENTADO UN SERVICIO TELEFÓNICO GRATUITO PARA RECIBIR DESDE CUALQUIER PUNTO DEL PAÍS CONSULTAS, RECLAMOS O DENUNCIAS SOBRE IRREGULARIDADES DE LA OPERATORIA DE TRASPAOS. EL MISMO SE ENCUENTRA HABILITADO DE LUNES A FINES DE SEMANA Y HS. LLAMANDO AL 1-800-222-SALUD (72583) - [WWW.SSALUD.GOV.AR](http://WWW.SSALUD.GOV.AR) - R.N.C.S. 4-0080-0 (R.N.E.M.P. (PROV.) 1408.



*el futuro.* Ningún Gobierno es permanente, siempre se van a producir cambios y habrá nuevas propuestas, pero solo la ciudadanía es la que podrá decir me quedo con el modelo que me ha dado estos beneficios, o no me sirve ya y lo cambio por otro.

### –¿Cuál es el rol del sector privado en materia de salud?

–Se ha convertido en una red complementaria, porque ante la progresividad en la instalación de las capacidades públicas y la insuficiencia actual para atender a los pacientes que hoy tienen acceso con lo que se tenía, al hablar de acceso universal tenemos que ser suficiente para atender a toda la población. Pero como eso no se da en cuatro o cinco años, y los hospitales no se construyen en seis meses entonces tienes que hacer uso de la capacidad instalada y hacer lo que noso-

tros iniciamos en nuestra gestión y que ahora se continua y que es la articulación con la red complementaria, mediante tarifarios que sean justos y representativos pero que no afecten al presupuesto del Estado, donde la atención pueda ser controlada y regularizada por la autoridad sanitaria y se de atención sanitaria en la red privada con tarifarios y con cobros a los servicios públicos.

### –¿Cómo es hoy la relación médico-paciente y hacia dónde va?

–Lo ideal es que la calidad no se mida solo por el acceso tecnológico sino también por la calidez en la atención y eso es un proceso que ya no solo depende de la autoridad de la rectoría, también debe incluir la formación académica. Por eso es muy importante la interrelación entre las universidades formadoras de recursos para *humanizar la atención de*

La calidad no debe medirse sólo por el acceso tecnológico sino también por la calidez en la atención y eso es un proceso que ya no sólo depende de las autoridades sino también de la formación académica.

## La salud en Ecuador 2007-2010

El sector salud en Ecuador tenía en 2007 una alta fragmentación y segmentación que duplicaba esfuerzos y recursos. El 35% de la población no tenía acceso a los servicios de salud o era limitado. El acceso a los servicios tenía barreras geográficas, económicas, culturales y de infraestructura del sistema. El 80% del presupuesto en salud era destinado a gastos corrientes, y el recurso humano era contratado por autogestión de las unidades de salud. La gestión del presidente Rafael Correa y la ministra Caroline Chang Campos se propuso construir un Sistema Nacional de Salud sobre la base de los principios constitucionales de universalidad y gratuidad, y de concepción de la salud como un derecho público.

La extensión de la cobertura de protección social se dio con los trabajos de los equipos

básicos de salud (EBAS), conformados por médicos, odontólogo, auxiliar de salud y, según el caso, con promotor de salud. Eran destinados a zonas rurales y barrio urbanos emergentes.

En 2008, 4000 profesionales de la salud fueron incorporados a los EBAS, con el objetivo de humanizar la atención primaria de la salud. La atención de salud se elevó en un 82% comparado a 2006 y el programa de inmunizaciones pasó de un presupuesto en 2007 de 9 millones a 40 millones en 2010, incrementando 8 nuevas vacunas al calendario.

En 2008, se redujo en el 70% la morbilidad del dengue clásico, y el 90% del dengue grave o con letalidad. La malaria se redujo en un 70% en dos años.

En 2006 la inversión en salud era del 1,2% del PIB. Hacia el 2010, llegó al 2.8% del PIB.

*la salud.* Aunque es un proceso más complejo porque depende mucho de la persona, del individuo, que de la formación misma o la rectoría. Pero es importante humanizar desde la formación la atención médica y poner a consideración que más allá de los procesos tecnológicos el que está delante de uno no es un simple caso sino un ser humano al que se debe respeto y que en un momento dado puedes llegar a ser tú o algún familiar. En ese sentido hay una lucha constante en todos los países de humanizar la atención médica.

### —¿Están los profesionales suficientes para brindar la cobertura universal?

—El tema de los recursos humanos es un problema que es global. Lo que sucede es que se tiende más a la atención y a la curación, que a convertir a la salud en un proceso de prevención y promoción de la atención primaria. Se buscan cada vez más especialistas y, obvio, todos quieren llegar a los más altos niveles y pierden el horizonte de las áreas rurales y se van quedando en los centros de especialización, es más ni siquiera en los servicios públicos. Además, los servicios privados son mucho más rentados, entonces sigue habiendo esa carencia permanente de especialistas en los servicios públicos, y nosotros como organismo andino de salud hemos ya trabajado en una política de recursos humanos para que en los seis países que integran la región andina se tenga muy claro cuáles son las necesidades propias de cada país, en dar las garantías remunerativas y sobre todo de estabilidad. Porque a veces hay sobre ofertas de ciertas especialidades mientras en otras hay una escasez grave, como en el caso de los anestelistas en el Ecuador, donde son los de mayor necesidad y no han podido ser cubiertos.

### —¿Cuál es el desafío que aún está pendiente?

—Todavía persisten factores culturales y geográficos, que tal vez impidan el acceso



En América latina todavía persisten factores culturales y geográficos que impiden el acceso universal en el momento oportuno porque aún hay mucha gente que vive en lugares remotos e inaccesibles.

universal en el momento oportuno porque quizá aún hay mucha gente que vive en lugares muy remotos y ni siquiera se puede movilizar en una canoa. Por eso digo que la cobertura universal es un proceso que siempre está en construcción. Lo que todavía está en proceso y tiene que definirse más claramente es la articulación total integral de la República, la propuesta inicial fue la integración y aún se está en un proceso de articulación. Hay que redefinir ese concepto y tener una superintendencia o agencia controladora, sobre todo para asegurar que se cumpla la calidad de la atención, eso estaba cuando duró mi gestión pero no se avanzó y creo ya es tiempo de una agencia que regule y le quite el peso al Ministerio de ser rectoría y control regulador al mismo tiempo, porque muchas veces no se logra el objetivo al ser juez y parte. Por otro lado, el desafío regional es la construcción de los sistemas universales de salud, que la región apunte a tenerlos, con prestaciones de calidad y que no represente un gasto al usuario. ▮