

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE COMUNICACIÓN, LINGÜÍSTICA Y LITERATURA  
ESCUELA MULTILINGÜE DE NEGOCIOS Y RELACIONES INTERNACIONALES

---

**TRABAJO DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA MULTILINGÜE EN NEGOCIOS  
E INTERCAMBIOS INTERNACIONALES**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO DEL PERIODO  
2000-2006 CON EL DE 2007-2012; ENFOCADO EN EL PLAN NACIONAL PARA EL  
BUEN VIVIR, CON EL OBJETIVO 3: EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA GARANTÍA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE  
SALUD POR CICLOS DE VIDA, OPORTUNA Y SIN COSTO PARA LOS USUARIOS,  
CON CALIDAD, CALIDEZ Y EQUIDAD.**

**ÁNGELA GABRIELA LEÓN CÁCERES**

QUITO, 2013

## *Dedicatoria*

*A todas las personas que trabajan día a día por nuestro país, que pese a las dificultades, han dedicado tiempo y esfuerzo para cambiar y mejorar el Ecuador, no solo dentro del Sistema Nacional de Salud sino también en todos los ámbitos que nos encaminan hacia el Desarrollo Humano Sustentable.*

*Especialmente dedico este trabajo a mi familia, que a través de todos sus esfuerzos me han encaminado a la lucha por la justicia social y el valor del trabajo por los ideales.  
En fin, a todos los que creemos que el cambio siempre empieza por uno mismo.*

## *Agradecimiento*

*Agradezco a mis padres: Roberto y Lucía y a mi hermana Michelle por su siempre incondicional apoyo y amor. A mis abuelitos, por su confianza y soporte.*

*A mi Director de Disertación Juan Carlos Valarezo por el tiempo dedicado, por sus enseñanzas y guía.*

*A mis lectores: Ivonne Tellez y Sascha Quint por sus siempre acertados consejos.*

*A mis amigos que han estado a mi lado, compartiendo los mejores momentos de la vida.*

*Gracias a todos por su apoyo y cariño, pero sobre todo por creer en mi y mis sueños.*

## ÍNDICE

1.	TEMA	1
2.	INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I		
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES EN TORNO AL SISTEMA DE SALUD NACIONAL DESDE 2000 A 2006		
		8
1.1.	La pobreza como condicionante al desarrollo humano	8
1.1.1.	Grupos en situación de vulnerabilidad	11
1.1.2.	La calidad de vida de la población	14
1.1.3.	El desarrollo humano y el acceso a los servicios de salud	18
1.2.	El gobierno de Jamil Mahuad	21
1.2.1.	Políticas públicas del gobierno en torno a la salud	22
1.2.2.	Crisis nacional financiera	24
1.2.3.	Consecuencias de la crisis sobre el sistema de salud	26
1.3.	La inestabilidad gubernamental y la salud	28
1.3.1.	Políticas del Gobierno de Gustavo Noboa en torno a la salud	30
1.3.2.	Políticas del Gobierno de Lucio Gutiérrez en torno a la salud	33
1.3.3.	Políticas del Gobierno de Alfredo Palacio en torno a la salud	35
CAPITULO II		
EL NUEVO ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES ENTORNO AL SISTEMA DE SALUD NACIONAL DESDE 2007 A 2012		
		40
2.1.	El Gobierno de Rafael Correa	40
2.1.1.	Influencias internacionales en sus políticas de Gobierno	41
2.1.2.	El enfoque en los sectores marginados de la población	44
2.1.3.	La descentralización de los sistemas	46
2.2.	La Constitución de la República del Ecuador de 2008	49
2.2.1.	Reformas constitucionales en materia de la salud	50
2.2.2.	Reconocimiento de la salud gratuita como un derecho	53
2.2.3.	La población y sus derechos constitucionales sobre la salud	56
2.3.	La implementación del Plan Nacional para el Buen Vivir	58
2.3.1.	La salud y el concepto del Buen Vivir	59
2.3.2.	El Objetivo 3 y la Política 3.3 del PNBV	61
2.3.3.	La inversión pública en la salud	64
CAPITULO III		
EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA SALUD EN UN ESTADO DE DERECHOS		
		69
3.1.	El rol de los ministerios y organismos en la calidad de vida y desarrollo humano	69

3.1.1.	La Organización Panamericana de la Salud en Ecuador	71
3.1.2.	El Ministerio de Salud y su reforma institucional enfocada en la salud gratuita	74
3.1.3	El Ministerio de Inclusión Social y Económico y su visión del Buen Vivir hacia el desarrollo humano	76
3.2.	La gratuidad en los servicios de salud pública como actor del mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano sustentable	79
3.2.1.	La gratuidad y la inclusión social	80
3.2.2.	La gratuidad y el bienestar	83
3.2.3.	La gratuidad y el desarrollo humano	86
3.3.	El desarrollo humano de la población a través de la ampliación de capacidades y oportunidades	89
3.3.1.	La salud y la educación	90
3.3.2.	La salud y el empleo	92
3.3.3.	La salud y el medioambiente	94
3.	ANÁLISIS	98
4.	CONCLUSIONES	105
5.	RECOMENDACIONES	108
	BIBLIOGRAFÍA.	112
	ANEXOS.	

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 INCIDENCIA DE POBREZA EXTREMA DE CONSUMO POR ETNIA 2006	11
TABLA 2 VIOLENCIA EN MUJERES POR CONDICIÓN ÉTNICA 2004	12
TABLA 3 PRECIO DE BIENES Y SERVICIOS EN ECUADOR 2001	14
TABLA 4 TABLA COMPARATIVA 1999-2000 SOBRE EL GASTO PÚBLICO	24
TABLA 5 ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES RECURRENTE AL AÑO 2000	24
TABLA 6 INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD AÑO 2000	25
TABLA 7 INDICADORES HOSPITALARIOS DEL SISTEMA DE SALUD 2000	25
TABLA 8 SERIE DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEMOCRÁTICO	26
TABLA 9 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2001-2003	29
TABLA 10 TASA DE MORTALIDAD MATERNA 2001-2003	29
TABLA 11 MORTALIDAD INFANTIL DESDE 2003-2005	32
TABLA N. 12 MORTALIDAD MATERNA DESDE 2003-2005	32
TABLA 13 COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE SALUD	48
TABLA 14 COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE DERECHOS	50

TABLA 15 COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DE LOS DERECHOS	51
TABLA 16 COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	51
TABLA 17 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y CAMAS HOSPITALARIAS POR REGIONES DEL ECUADOR	63
TABLA 18 PROCESOS SUSTANTIVOS DEL MIES	75
TABLA 19 SERIE CRONOLÓGICA DE LA POBREZA POR INGRESO	78
TABLA 20 SERIE CRONOLÓGICA DE LA POBREZA POR NECESIDADES BÁSICAS	78
TABLA 21 SERIE CRONOLÓGICA DE LA DISTRIBUCIÓN POR INGRESO COEFICIENTE DE GINI	78
TABLA 22 BENEFICIARIOS DEL BONO DE DESARROLLO HUMANO	79
TABLA 23 PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL MSP	84
TABLA 24 CRONOLOGÍA DE INDICADORES HOSPITALARIOS DEL SECTOR SALUD	85
TABLA 25 SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL	86
TABLA 26 SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	86
TABLA 27 SERIE CRONOLOGICA DEL ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS	89
TABLA 28 SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE ANALFABETISMO	91
TABLA 29	

TABLA COMPARATIVA DE ANALFABETISMO POR ETNIAS	92
TABLA 30 SERIE CRONOLÓGICA DEL PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD	92
TABLA 31 CRONOLOGÍA DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	93
TABLA 32 CRONOLOGÍA DE LA TASA DE DESEMPLEO	94
TABLA 33 CRONOLOGÍA DE LA TASA DE SUBEMPLEO BRUTO	94
TABLA 34 PROYECTOS Y RESULTADOS A 2011	96

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD DESDE 2000-2003	31
GRÁFICO 2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y AGUA EN 2002	32
GRÁFICO 3 EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD DE 2003-2005	34
GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD DE 2000-2006	38
GRÁFICO 5 LA ECONOMÍA SOLIDARIA EN LA ECONOMÍA MIXTA	43
GRÁFICO 6 DETERMINANTES DE LA SALUD	65
GRÁFICO 7 TENDENCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MSP FRENTE AL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO EN MILLONES DE DÓLARES	65
GRÁFICO 8 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ATENCIONES A CONSULTAS DE LA POBLACIÓN	66
GRÁFICO 9 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO	67
GRÁFICO 10 EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE TOMOGRAFÍAS REALIZADAS	67
GRÁFICO 11 CRONOLOGÍA DE OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO	87

## 1. TEMA

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO DEL PERIODO 2000-2006 CON EL DE 2007-2012; ENFOCADO EN EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR, CON EL OBJETIVO 3: EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA GARANTÍA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD POR CICLOS DE VIDA, OPORTUNA Y SIN COSTO PARA LOS USUARIOS, CON CALIDAD, CALIDEZ Y EQUIDAD.**

## 2. INTRODUCCIÓN

Ecuador es un país con 15'626.183 millones de habitantes alrededor de sus cuatro regiones; donde no solo la diversidad biológica lo caracteriza, sino también su diversidad étnica y cultural. A pesar de ser un país rico en recursos, la pobreza ha sido una constante a lo largo de su historia; la misma que evidencia que las decisiones políticas no han favorecido a la población que más lo necesita, sino que contrariamente han protegido intereses propios y privados. Históricamente en el Ecuador, los sectores desprotegidos se han visto en situación de mayor riesgo a causa de sus condiciones económicas, sociales, étnico-culturales y geográficas. Estas poblaciones han sufrido las consecuencias de la desigualdad, la inequidad de oportunidades, la falta de servicios básicos y la dificultad de acceso a los servicios de salud. Por tales motivos, sus derechos humanos universales se han visto limitados. Tal fue el caso del sector de la salud pública en el país.

Si bien la pobreza es una condición difícil de definir exactamente debido a que no existe una cantidad básica que pueda ser medible para toda condición, los resultados son perceptibles a simple vista. La pobreza se manifiesta como resultado de una deficiente condición de salud y viceversa; es decir que el grado de calidad de la condición de salud da como resultado la pobreza. Por lo tanto, se considera que la salud está relacionada directamente con la calidad de vida de las personas, la misma que se encuentra a su vez condicionada de acuerdo a los parámetros geográficos, culturales, educativos y económicos, los mismos que son factores primordiales en el desarrollo humano.

La salud es un pilar fundamental dentro del desarrollo humano y la calidad de vida de la población. En el Ecuador, las políticas públicas sociales y

económicas anteriormente se enfocaron al beneficio de los sectores privados, limitando el desarrollo humano y desfavoreciendo a los sectores más vulnerables. Al ser sectores desfavorecidos económica y socialmente, la pobreza ha sido la característica que ha limitado el acceso a los servicios de salud, condicionando así su vía para la educación, la seguridad, el trabajo y en sí al bienestar.

El desarrollo humano es un concepto amplio que implica en sí varios conceptos, teorías y enfoques. En el Ecuador, durante el periodo 2006-2007, las políticas públicas tuvieron un enfoque que se centró en concebir al desarrollo a través del puro crecimiento económico; el mismo que llevó al país a una de las peores crisis financieras de toda su historia; comprometiendo la calidad de vida y el bienestar de la población ecuatoriana. Con la implementación del Plan Nacional del Buen Vivir en 2007, se manifiesta que el mejoramiento de la calidad de vida depende de factores sociales, económicos y ambientales; y que el rol del Estado es asegurar a la población sus derechos humanos universales.

Para el desarrollo de esta investigación, se ha tomado las influencias teóricas de Amartya Sen en lo que refiere al Desarrollo Humano Sustentable. Esta teoría ha sido escogida para este análisis debido a que sustenta la interrelación existente entre los pilares fundamentales del ámbito social, económico y ambiental; tomando en cuenta que el eje de la teoría está centrado en el ser humano no sólo como individuo sino como colectivo. (SEN, 2000:3) Bajo la teoría del Desarrollo Humano Sustentable, se realiza un análisis íntegro de los diferentes actores que intervienen en el desarrollo, considerando y criticando las teorías economicistas y desarrollistas que han supuesto un fallo a la hora de implementar medidas para el beneficio común. Por lo tanto, presenta la necesidad de unir varios conceptos para unificar y correlacionar los elementos necesarios que supondrán un desarrollo íntegro de la sociedad, enfocado primordialmente en el mejoramiento de la calidad de vida de todo ser humano a través de los esfuerzos del Estado y la sociedad. (SEN, 2000:3)

Dentro de los conceptos de la propuesta de Amartya Sen, como pensador fundamental de esta teoría, se plantea la importancia que tiene el reconocimiento de las libertades fundamentales del hombre dentro del desarrollo social; definidas

éstas como la capacidad de satisfacer las necesidades básicas, el desarrollo integral del individuo y el derecho de cada persona de vivir sanamente, en una sociedad en donde pueda expresarse abiertamente, con una participación activa en las decisiones que afecten su desarrollo y la importancia del mejoramiento físico, emocional e intelectual de los individuos. Además de la obligación del Estado de pensar en estas necesidades dentro de los planes de desarrollo de cada país. (SEN, 2000:4)

Dentro del Desarrollo Humano Sustentable se encuentran como pilares fundamentales al bienestar, el progreso social y el desarrollo económico. De esta manera el desarrollo podrá ser logrado a través de la eliminación de las fuentes de privación de la libertad como la pobreza, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales sistemáticas, el mal estado de los servicios públicos, etc. Es por esto que se explica la importancia del aumento de las libertades como indicador fundamental para medir el desarrollo, debido a la interdependencia entre las libertades individuales y el desarrollo social. De esta forma las oportunidades económicas, políticas, sociales y las posibilidades que brinda la salud y la educación; influyen positivamente en lo que los individuos pueden conseguir. (SEN, 2000: 3, 4,5)

Para esto, Amartya Sen ha propuesto la definición de las libertades constitutivas y las instrumentales; que efectivamente están relacionadas entre sí. Las primeras son las que permitirán a cada individuo alcanzar una vida plena con calidad, en las cuales se incluyen las capacidades elementales humanas que evitarían una privación o limitación de la vida; siendo estas la desnutrición, el hambre, las enfermedades, el acceso a servicios básicos y las muertes evitables. Las cuales se conjugan con la adquisición de capacidades sociales, culturales y académicas. (SEN & NUSSBAUM, 1993:116)

Por otra parte se encuentran las libertades instrumentales que son representadas por los derechos y oportunidades que contribuyen a la libertad de los seres humanos y que son ofrecidas a través de los sistemas económicos, sociales y políticos. Por mencionar, entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las oportunidades sociales como el acceso a la salud, las

instituciones gubernamentales, las libertades políticas, la protección social, jurídica y las garantías de transparencia en todo proceso. (SEN & NUSSBAUM, 1993:118)

Además, la teoría alcanza un análisis del desarrollo que incluye la importancia de las instituciones, un sistema democrático y las libertades de la población sobre sus decisiones y oportunidades en la vida. La teoría conceptualiza a los problemas del subdesarrollo como la pobreza, la inequidad, la posibilidad de acceso a los servicios básicos, la distribución de la riqueza y la preocupación de sus pensadores de que cada ser humano sea libre y capaz de vivir el tipo de vida que deseen, teniendo la capacidad de superar obstáculos que impidan el despliegue de sus libertades, es decir superar las barreras que limiten al acceso a un sistema de salud de calidad, a la educación y a un ambiente seguro ( PICAZZO, 2011: 264).

Esta teoría abarca una interdependencia en la cual muestra que el desarrollo sin respeto a los derechos humanos no será en definitiva sustentable, al mismo tiempo en que el gozo pleno de los derechos humanos presupone un desarrollo. Por lo tanto este es un modelo teórico que potencia las oportunidades y capacidades hacia un desarrollo que prioriza la integración social, la equidad, la justicia social, el cuidado medioambiental y el rol del Estado (PICAZZO, 2011: 265). Por lo tanto, se ha planteado la hipótesis en esta investigación que hace referencia a que históricamente la pobreza y las políticas sanitarias estatales restringidas han condicionado a la población a la falta de acceso a servicios de salud de calidad, intensificando la desigualdad social en el país. Este escenario se habría visto mejorado desde la implementación del Plan Nacional del Buen Vivir en lo que respecta al aspecto de salud pública del país y su ascenso en el desarrollo humano, el cual evidenciaría un impacto positivo en la calidad de vida de la población.

El objetivo general de esta investigación se ha centrado en contribuir al entendimiento y comprensión global del Plan del Buen Vivir en lo que respecta al aspecto de salud pública del país, a través de un análisis comparativo que evidencie el impacto en la calidad de vida de los ecuatorianos y los logros alcanzados desde el inicio del Gobierno de Rafael Correa.

Dentro de la investigación es fundamental analizar el rol del factor de la pobreza como condicionante de acceso a los servicios de salud y agravante de las condiciones de vida de la población ecuatoriana. De igual manera, se confronta el nivel de inversión pública en salud en el Ecuador a través del direccionamiento de las políticas públicas económicas y sociales; y sus efectos en el sistema nacional de salud y el desarrollo humano. Por otra parte, se examinan los cambios del direccionamiento de los servicios públicos de salud implementados desde el Plan Nacional para el Buen Vivir en 2007 en contrastación a los existentes en el periodo 2000-2007.

De suma importancia se manifiesta la implementación del Plan Nacional para el Buen Vivir en 2007, específicamente con el objetivo 3 y la política 3.3, en relación a tres puntos principales que van de acuerdo al desarrollo humano de la población a través de la ampliación de sus capacidades y oportunidades con respecto a la salud y la educación, el empleo y el medioambiente. Estos parámetros serán analizados a través de la reforma estructural del Ministerio de Salud Pública principalmente en lo referente a la gratuidad en los servicios de salud pública como actor del mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano sustentable en el Ecuador.

La investigación, en su primer capítulo, se ha delimitado al periodo de tiempo de 2000 a 2006. De manera explicativa, se manifiesta la relación existente del factor pobreza como condicionante de acceso a los servicios de salud y agravante de las condiciones de vida de la población ecuatoriana en los gobiernos de Jamil Mahuad, Gustavo Noboa, Lucio Gutiérrez y Alfredo Palacio, período en el cual la crisis económica, el endeudamiento internacional, las malas decisiones políticas y la corrupción fueron elementos constantes. De esta manera, no sólo se vieron afectados los sectores financieros o económicos del país, sino que el desarrollo social de la población se vio comprometido, tomando en cuenta la reducción de la inversión presupuestaria en sectores estratégicos para el desarrollo humano, como es el sector de la salud. Esto trajo como consecuencia una inconformidad nacional hacia el Estado, el empeoramiento de la calidad de vida de la población, la recurrencia de la pobreza y en sí los bajos niveles de desarrollo humano.

Además, se hace referencia a los grupos en situación de vulnerabilidad que a través del tiempo no recibieron la atención prioritaria por parte del Estado dentro de sus lineamientos políticos y reglamentaciones estatales. Aparte, de las carencias y debilidades de las leyes nacionales que no posicionaron a la salud como un pilar fundamental hacia el desarrollo.

Después, el segundo capítulo se orienta de manera descriptiva a lo que se refiere al nuevo enfoque de las políticas económicas y sociales en torno al sistema de salud nacional desde 2007 a 2012 bajo el Gobierno de Rafael Correa. Sobre todo en la reforma de la Constitución de la República de 1998 y el desarrollo del Plan Nacional para el Buen Vivir como construcción de un modelo de desarrollo dirigido hacia el cumplimiento de los derechos humanos con el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través del sistema de salud.

Este plan de desarrollo está caracterizado por ser un proceso transformador a largo plazo, que tiene como objetivo garantizar los derechos de la nación, en el cual las acciones y objetivos están planificados para cumplirse mediante la inversión pública. Sobre todo, este plan en su construcción se manifiesta como un cambio en contra del prototipo del sistema desarrollista mundial, en donde el crecimiento económico significa desarrollo.

De esta manera, se confronta el nivel de inversión pública en salud en el Ecuador a través del direccionamiento de las políticas públicas económicas y sociales, y sus efectos en el sistema nacional de salud y el desarrollo humano. Se hace énfasis en las reformas constitucionales dedicadas al sistema de salud pública, en lo que respecta al reconocimiento de la salud gratuita como un derecho. A continuación, una reseña de la inversión pública en los sectores estratégicos hacia el desarrollo humano sustentable y los parámetros del Buen Vivir.

Posteriormente, el tercer capítulo se ha basado en el análisis del mejoramiento de la calidad de vida de la población en un Estado de derechos; en donde se enfatiza en el rol de los ministerios y organismos internacionales para la

mejora de la calidad de vida. Además, del especial énfasis entre la relación de la gratuidad de los servicios de salud y su influencia en inclusión social, el bienestar y por lo tanto el desarrollo humano. Estos factores que dentro de los lineamientos gubernamentales se han encargado de ampliar las capacidades y oportunidades de la población ecuatoriana hacia la educación, el empleo y una buena relación con el medioambiente. Finalmente, a lo largo de la investigación, este análisis comparativo podrá proveer a la sociedad la capacidad de emitir juicios de valor fundamentados en datos, estadísticas y argumentos, dando a los lectores una perspectiva sobre el desarrollo en torno a la importancia del sistema de salud pública.

A su vez, académicamente tiene el interés de mostrar investigaciones en torno a diferentes campos, tanto a nivel de la Escuela Multilingüe en Negocios y Relaciones Internacionales como a estudios relacionados con la salud, el medio ambiente, la economía, el derecho y el desarrollo humano. Esta investigación se concentra en los conocimientos en torno a los diferentes temas que abarca; ya que al ser un tema de desarrollo humano lleva en sí muchos aspectos que están íntimamente correlacionados. Una visión integral del sistema de salud ecuatoriano conlleva a un análisis profundo en torno a la población, el Estado, la comunidad internacional, la geografía, el desarrollo humano, la política, la economía, las nuevas visiones de modelos de desarrollo, los sistemas de planificación, estructura y organización. Todos estos elementos forman parte del desarrollo personal y profesional, concerniendo a la realidad del Ecuador de manera práctica y teórica, con un enfoque social, político y económico.

# CAPITULO I

## LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES EN TORNO AL SISTEMA DE SALUD NACIONAL DESDE 2000 A 2006

### 1.1 La pobreza como condicionante al desarrollo humano

La pobreza como concepto ha sido analizada por innumerables autores, ciertamente no se ha llegado a un consenso en torno a una sola definición. Sin embargo, generalmente la pobreza puede ser entendida como la falta de un nivel de bienestar que puede ser alcanzado por un individuo; concepto que evidentemente va conducido por las propias perspectivas humanas. Pero, este paradigma de la pobreza es limitado y no engloba en sí varios enfoques y parámetros que amplían el entendimiento de la pobreza.

Globalmente, la pobreza puede ser vista de tres maneras principales: la pobreza por ingresos, necesidades básicas insatisfechas y la pobreza humana o de capacidades. Ciertamente, en lo referente a la medición de la pobreza se puede asumir que las cifras y datos relucientes de las investigaciones por medición fuesen absolutas y de gran exactitud. Sin embargo, estos datos y cifras pueden esconder otras realidades. Principalmente, el conflicto presentado por el debate conceptual que hace referencia a ¿qué es ser pobre?

La pobreza por ingresos considera pobres a todos aquellos cuyos *“ingresos o consumo valorizados monetariamente no superen un determinado umbral o línea de pobreza”* (FRANCKE,2007:4). A pesar de ser un concepto mundialmente utilizado, este tipo de pobreza presenta críticas que sustentan que su medición está limitada al capital y no engloba ni considera aspectos de la privación humana, es decir que no toma en cuenta las condiciones inadecuadas de la vida humana y los hechos que hacen que esos ingresos sean limitados.

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), es el método más utilizado en América Latina y define a los pobres como *“aquellas personas que tienen carencias y privaciones, sobre todo en materia de servicios públicos y considera que la pobreza es producto de la desigualdad en el consumo”* (EUMED, 2013:1). La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe),

presenta cuatro dimensiones sobre las cuales se debería medir las necesidades básicas insatisfechas: Acceso a la vivienda, a servicios sanitarios, a la educación y la capacidad económica. Sin embargo, se puede considerar que esta medición de la pobreza no es sino una manera distinta de medir el ingreso de las familias e individuos ya que las necesidades básicas propuestas están medidas de acuerdo a la capacidad que tiene cada individuo de satisfacerlas a través de sus propios ingresos y bienes transados en el mercado.

A raíz de los diferentes conceptos de pobreza y los diferentes métodos para medirla, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha manifestado su concepto multidimensional sobre la pobreza, en el cual se adopta una posición amplia y sistémica acerca de las carencias o privaciones humanas (PNUD, 1997:22).

*La pobreza de capacidades: Más allá de la nutrición, las necesidades básicas y el ingreso, la pobreza humana abarca toda la gama de capacidades y funcionamientos del ser humano. La falta de libertad política o de auto estima, el tener que respirar un aire insano, constituyen formas de pobreza tanto como la desnutrición o la escasez de ingreso. Lo cual no niega la importancia de la pobreza económica ni el papel del ingreso como un medio esencial para eliminar la privación (PNUD, 1997:24).*

Por lo tanto, el Índice de Pobreza de Capacidad (IPC) es un índice simple que muestra las deficiencias de las capacidades de la población en *“tres aspectos básicos del desarrollo humano: tener una vida saludable con buena alimentación, tener capacidad de procreación en condiciones de seguridad y saludables, y estar alfabetizado y poseer conocimientos”* (PNUD, 1996:4).

A diferencia del Índice de Desarrollo Humano (IDH), el IPC se centra en la falta de capacidad que tiene la población en contrastación a la medición del nivel medio de los aspectos relativos a la capacidad de un país. Adicionalmente, en la medida del IPC no se utiliza la variable del ingreso como en el IDH (PNUD 1996:4).

Y así, tanto la pobreza como la desigualdad entendidas desde un enfoque multidimensional exponen los problemas sociales y económicos que han limitado la expansión de las capacidades humanas. Tomando como referencia las capacidades humanas descritas en la teoría de Amartya Sen, ciertamente estas

son un pilar fundamental dentro de la expansión de las libertades de las personas que directamente las conducen al desarrollo humano; logrando la consecución y goce de metas que sean valiosas para la sociedad junto a los principios de equidad y sustentabilidad. De esta manera las personas tanto a nivel individual como colectivo, son beneficiarias y agentes motivadores del desarrollo humano (PNUD, 1997:24).

*“Lo que se necesita es una medición de la pobreza más centrada en el ser humano, en la que se reconozcan las privaciones humanas en varias esferas críticas. La falta de ingresos es tan sólo una de esas esferas y se refiere a los medios más que a los fines. El índice de pobreza de capacidad (IPC) es un índice multidimensional de la pobreza, centrado en la capacidad” (PNUD 1996:4)*

A nivel latinoamericano, de acuerdo a las mediciones correspondientes a 2002 la indigencia alcanzó un nivel del 19,4% mientras que la pobreza llegó al 44,0%. En la región se evidenció que las dos carencias más frecuentes tuvieron relación con el déficit habitacional, que va a su vez correspondido con el porcentaje de la población que habita en hogares hacinados y que no poseen un sistema de alcantarillado. Además, de un total de 14 países 9 de estos se caracterizaron por tener el 30% de la población viviendo con un número excesivo de personas por vivienda (CEPAL, 2005:8).

Entre 1990 y 2001, la pobreza en el Ecuador medida según el consumo aumentó de 40% a 45%, mientras que el número de pobres se incrementó de 3,5 millones de personas a 5,2 millones. Si bien los sectores pobres ecuatorianos son las áreas rurales, hasta 2001 la pobreza aumentó en un 80% en las zonas urbanas especialmente de la Sierra y la Costa. La causa fundamental de este suceso es la migración acelerada del campo a la ciudad; aumentado el número de pobres residentes en las zonas urbanas de 1,1 millones de personas a 3,5 millones (BANCO MUNDIAL, 2005:10).

La población ecuatoriana que se encuentra en un estado de pobreza es más vulnerable a no obtener los servicios de salud necesarios para una vida plena. Estos grupos poblacionales se encuentran sumergidos en un problema de acuerdo a su situación alimenticia, ambiental, sanitaria, habitacional, educacional y hasta cierto punto cultural. La desigualdad social referente al condicionamiento

económico dificulta e imposibilita a la población el acceso a los sistemas de salud públicos y privados; más si estos sistemas son limitados.

En Ecuador, hasta el año 2005 la cifra de la población rural que se encontraba en la pobreza de acuerdo a las necesidades básicas insatisfechas era del 79%, mientras que la urbana representaba el 39%. Igualmente, cabe resaltar que de acuerdo al acceso de servicios y consumo, el 20% de la población más rica accedía a éstos en un 46,5% mientras que el 20% de la población más pobre accedía en un 7,7% (OPS, 2006:19).

En consecuencia, pobreza humana, desigualdad, inequidad y falta de acceso a servicios son conceptos contrapuestos al desarrollo humano. La pobreza humana supone la privación de las capacidades que condicionan a la población al desarrollo personal y colectivo, contribuyendo a la inestabilidad social y política, en sí caracterizadas por la desigualdad y la inequidad.

### **1.1.1 Grupos en situación de vulnerabilidad**

La existencia de grupos en situación de vulnerabilidad se ha desarrollado bajo distintos enfoques conceptuales sobre la noción de vulnerabilidad. Es así que esta identificación está guiada por distintos criterios que hacen que los grupos sociales sean más propensos a experimentar y vivir en circunstancias adversas para su propia inserción social y desarrollo personal. Además de ciertas conductas que incluyan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de características y atributos compartidos como la edad, sexo, condición o etnia (CEPAL, 2002:5). Esta acumulación de desventajas sociales y la mayor posibilidad de presentar daños y riesgos personales y colectivos, han identificado y considerado a grupos poblacionales como grupos en situación de vulnerabilidad.

De esta manera, se puede identificar aspectos fundamentales dentro del enfoque conceptual de vulnerabilidad, siendo estos la exposición a riesgos, la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente. La complejidad frente a esto reside a causa de la gran variabilidad de factores existentes y a sus distintos componentes. Sin embargo, la inequidad socioeconómica y la fragilidad institucional frente a estos grupos son considerados

riesgos mayores que afectan y obstaculizan el desarrollo social. Ciertamente, las personas son vulnerables no solo a un riesgo, sino a varios (CEPAL, 2002:6).

Históricamente, en América Latina se ha generalizado la percepción de vulnerabilidad y por lo tanto también la identificación de los grupos en situación de vulnerabilidad. Todo esto ligado al enfoque de pensamiento sobre el desarrollo y la calidad de vida de la población. Tradicionalmente, las limitaciones se han visto puestas en práctica a través de las políticas públicas gubernamentales que han tenido un carácter generalizador y poco específico; convirtiéndose en políticas públicas transectoriales. Por consiguiente, se ha limitado el carácter integral de las mismas (CEPAL, 2001:1).

Se sostuvo que la noción de vulnerabilidad, en sentido amplio, aludía a que los individuos, hogares o comunidades pudieran ser lesionados o dañados tanto por modificaciones de su entorno como a raíz de las limitaciones de los atributos que les eran propios. Esta noción de vulnerabilidad es multidimensional y multicausal, puesto que se refiere a la convergencia de una constelación de factores externos e internos que se manifiestan a escala de individuos, hogares o comunidades en tiempos y espacios determinados (CEPAL, 2001:4).

Dentro de los riesgos existentes para la población se identifican: la distribución del ingreso, las desigualdades según origen social y étnico, la segmentación de la oferta de servicios sociales, la segregación urbana, la ruptura de las formas de solidaridad y, en general, la pérdida de lazos sociales. Rasgos y características comunes dentro del Ecuador y en sí en Latinoamérica. Es de igual importancia mencionar los asuntos socio-demográficos ya que están estrechamente vinculados con la dinámica demográfica de la pobreza (CEPAL, 2001:10). El grado de vulnerabilidad de un grupo requiere ser atendido de manera holística, entre estos se encuentran los aspectos sociales como el género, la etnia, las preferencias sexuales; los factores biológicos como el sexo y la edad; y las condiciones estructurales del contexto social como la política, la cultura y la economía (ACEVEDO & TRUJILLO, 2005:11). Dentro de estos grupos en situación de vulnerabilidad se encuentran los siguientes:

- a) *Las mujeres pobres jefas de hogar, con niños a su cargo y responsables del sostenimiento familiar.*
- b) *Los menores y adolescentes en situación de riesgo social (como el caso de los niños en riesgo de salir del hogar, los menores infractores y los menores víctimas de violencia física, sexual o psicológica en el seno familiar, así como los menores con padecimientos adictivos).*
- c) *Los menores que viven en la calle o los menores que, no obstante al tener un hogar, a causa de la desintegración familiar o de problemas de cualquier otra índole pasan todo el día en la calle.*
- d) *Los menores trabajadores.*
- e) *Las personas de la tercera edad.*
- f) *Las personas con capacidades especiales.*
- g) *La población rural e indígena que se encuentra afectada en forma alarmante por la pobreza.*
- h) *Las mujeres pobres, embarazadas y en estado de lactancia.*
- i) *Los jóvenes y las mujeres pobres afectadas por el desempleo.*
- j) *Los trabajadores pobres del sector informal.*
- k) *Los excluidos de la seguridad social.*
- l) *Las mujeres que sufren discriminación política y social.*
- m) *Los pueblos indígenas (ACEVEDO & TRUJILLO, 2005:16).*

Sin embargo, en la constitución de la República del Ecuador del año 1998 se reconocen las siguientes:

*Art. 47.- En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, 1998:5).*

Generalmente, los grupos vulnerables se encuentran en zonas con poco acceso a servicios de agua potable y saneamiento, limitado acceso a la salud, tienen bajo nivel educativo y son ancestralmente pobres. En el Ecuador, por mencionar un ejemplo, la población indígena y afroecuatoriana registra la tasa de mortalidad infantil más alta del país. Hasta 2001, la tasa por mil en relación a la mortalidad infantil en la población indígena llegó al 59,3% y al 32,6% en la población afroecuatoriana. Paralelamente, en lo referente a la educación, Ecuador en 2001 registró un 9% de analfabetismo nacional, mientras que el 28,1% era representada por la población indígena y el 10,3% por la afroecuatoriana (CEPAL, 2001:3).

La población indígena para el año 2006 representó una tasa de matriculación básica del 86% e instrucción básica completa del 20%. El grupo afroamericano ciertamente se ve en mejores condiciones ya que el nivel de culminación llega al 38%. En el ámbito de la pobreza hasta 2001, la población

indígena alcanzaba un índice de pobreza por NBI<sup>1</sup> del 87,8% y la población afroecuatoriana al 82,9% (CEPAL, 2001:88).

TABLA 1  
INCIDENCIA DE POBREZA EXTREMA DE CONSUMO POR ETNIA 2006

ETNIA	POBREZA	POBREZA EXTREMA
Indígena	67,79%	39,32%
Afroecuatoriana	43,28%	11,64%
Mestiza	30,78%	8,28%
Blanca	27,41%	7,58%
Otros	26,14%	13,20%

Fuente: INEC 2006

Elaboración: León Cáceres Ángela

En el caso del grupo vulnerable conformado por las mujeres, igualmente existe una mayor incidencia en la violencia por pertenencia a diferentes grupos sociales y étnicos.

TABLA 2  
VIOLENCIA EN MUJERES POR CONDICIÓN ÉTNICA 2004

ETNIA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL
Indígena	44,5%	37,6%	11,6%
Mestiza	40,0%	30,6%	11,7%
Blanca	40,4%	25,5%	9,4%
Otras	47,8%	38,5%	11,4%

Fuente: ENDEMAIN 2004

Elaboración: León Cáceres Ángela

### 1.1.2. La calidad de vida de la población

La calidad de vida es un concepto que ha sido analizado por diferentes instituciones y autores, por lo tanto no se ha identificado una sola definición que abarque los parámetros y enfoques que son aplicados a este concepto. Tradicionalmente el bienestar y el desarrollo humano han venido sujetos al crecimiento económico, es decir fundamentalmente enfocados a los indicadores del PIB<sup>2</sup> y del PNB. Es por eso que la calidad de vida se “*ha asociado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales privados y públicos*” (MORENO, 1996:5). Sin embargo, el error en sí reside en olvidar los aspectos cualitativos del concepto; es decir el considerar

<sup>1</sup> Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.

<sup>2</sup> El Producto Interno Bruto trata de medir la riqueza de un país generada en un período de tiempo determinado, el problema del PIB reside en la medición de sus variables ( consumo, inversión, gasto público, exportaciones, importaciones) como ejes fundamentales para el desarrollo humano, los mismos que en sus cálculos no toman en consideración el bienestar de la población además del agravante del margen de error que tiene a causa del tamaño de la muestra que se toma para el cálculo, lo que margina a ciertos grupos poblacionales.

el bienestar subjetivo, la felicidad y la satisfacción con la vida. Por este motivo, el concepto de calidad de vida tuvo su origen a raíz de la constatación de que el crecimiento económico neto produce consecuencias negativas sobre las distintas dimensiones de las necesidades humanas. Es así que se identifican los fallos en torno a los proyectos y políticas sociales y económicas que se fundamentaban únicamente en el incremento de los bienes materiales o monetarios; sin tomar en cuenta los efectos contraproducentes en el medioambiente o sobre los individuos. (UNC, 2010:1)

De acuerdo al PNUD, se puede esclarecer el concepto de calidad de vida que afirma que en este es “*el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano*” (PNUD, 1997:18). Dentro de este enfoque se identifican tres parámetros esenciales para el nivel de vida que conduce al desarrollo humano. Estos tres parámetros a su vez actúan como agentes de apertura para la consecución y goce de las capacidades y libertades humanas y son las siguientes:

- a) *Disfrutar de una vida prolongada y saludable*
  - b) *Adquirir conocimientos*
  - c) *Tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno*
- (PNUD, 1997:18).

Este enfoque fundamenta sus bases en las aproximaciones teóricas de Amartya Sen sobre los diferentes estudios de la calidad de vida, las capacidades y libertades de los seres humanos; con nuevos alcances que superan los tradicionales estudios sobre el desarrollo humano basado en la teoría materialista y utilitarista. Por tal motivo, se enfatiza al ser humano como fin real de todas las actividades.

*El bienestar de una sociedad depende del uso que se le da al ingreso y no del nivel del ingreso mismo, la expansión de la producción y de la riqueza debe ser sólo un medio, mientras que el fin del desarrollo debe ser el bienestar humano (NUSSBAUM & SEN, 1993: 33).*

Además, de acuerdo al enfoque de las necesidades básicas se encuentran aspectos tanto subjetivos como objetivos dentro de los parámetros para las estrategias de medición de la calidad de vida. Las mediciones objetivas, por mencionar un ejemplo, hacen referencia a la participación política, las oportunidades de trabajo y educación; mientras que las mediciones subjetivas están referidas en sí a los sentimientos humanos (CERDA & VERA, 2008:17).

La calidad de vida es un concepto que debe ser entendido de forma multidimensional a través de las diferentes perspectivas mutuamente complementarias.

*“Cuando se habla de calidad de vida, de la felicidad y de la satisfacción de la población en general el panorama es tan inmenso que no puede cubrirse sin una clara convicción de los límites de la propia disciplina y de que su estudio solo es posible abriendo nuevos frentes comunes: la gerontología<sup>3</sup> social, el estudio del dolor, los estilos de vida, la reacción y el enfrentamiento a la enfermedad y demás” (MORENO, 1996:31).*

Desarrollar una vida de calidad no simplemente significa aumentar los años de vida sino aumentar la calidad de estos años. Para la consecución de una vida de calidad es fundamental considerar la participación de los individuos en el control de sus propias vidas (MORENO, 1996:32). De esta manera, es fundamental analizar tanto el estudio de los factores objetivos como el de los factores subjetivos que dan ciertamente una amplia perspectiva sobre la calidad de vida de los individuos.

*“A nivel social y político el aumento de la calidad de vida ha consistido básicamente en el reconocimiento de los a participar y ejercer su acción de control sobre los poderes públicos. A nivel de la salud, la calidad de vida pasa por la capacidad del sujeto para prevenir y controlar las conductas y los hábitos que generan salud o enfermedad, de forma que no sean sujetos pasivos, ante la posible evolución de su estado de salud, sino que pueda participar activamente en ella. Desde esta perspectiva, salud o enfermedad no aparecen como destino ciego, sino que, en parte es el resultado del estilo de vida, de la propia acción y conducta del sujeto” (MORENO, 1996: 32).*

En el Ecuador, en el año 2000 la población pobre alcanzaba la cifra de 9'965.000, con un total de 5'691.000 considerados como población indigente. En lo referente al empleo, al mismo año el 25,1% eran ocupados plenos mientras que el 9,0% eran desocupados. Dentro del aspecto educativo, el analfabetismo de la población de 15 años o más era del 10,8%, así mismo afectado por una desnutrición global de niños menores de 5 años al 13,5% (PNUD, 2001:23). Además, para el 2001 el acceso de la población a los servicios de agua potable era del 60% y de saneamiento del 40% (PNUD, 2001:14), siendo estas cifras inferiores a las representadas por una sociedad moderna, a lo que se suman precios elevados en algunos bienes y servicios.

---

<sup>3</sup> Gerontología social: Es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población y se ocupa de los aspectos de la promoción de la salud.

**TABLA 3  
PRECIO DE BIENES Y SERVICIOS EN ECUADOR 2001**

Bien/Servicio	Medida	Precio
Agua potable y alcantarillado	0-30m <sup>3</sup>	\$1.14
	Más de 60m <sup>3</sup>	\$1.20
Electricidad	0-50kw	\$0.046
	101-130kw	\$0.045
Valor de línea telefónica	Q	\$67.00
Útiles escolares con libros	Valor promedio	\$30.00

Fuente: Informe de Desarrollo Humano Ecuador 2001

Elaboración: León Cáceres Ángela

Por otra parte, tomando en cuenta la evolución de las preocupaciones ambientales es fundamental mencionar los problemas particulares que afronta el país desde 2001. Entre los principales encontramos a la deforestación, la migración, la ordenación en los recursos hídricos y la aparición de nuevas enfermedades y la recurrencia de otras existentes (PNUD, 2001:169). A su vez, hasta 2004 las emisiones de dióxido de carbono per cápita alcanzaba el 1,54% y en 2005 el porcentaje de suelos erosionados era del 5,3%.

Otros indicadores en el país muestran el estado en el que la población vive y se desarrolla. Es así que al año 2000 el porcentaje de mujeres electas para las prefecturas era del 0,0% mientras que a 2004 fue del 18,2%. Igualmente, para el año 2002 las mujeres electas para el Parlamento Andino representaban el 20%. La tasa de desempleo hasta 2005 mostraba que el 31% de los hombres se encuentran desocupados mientras que el 69% de las mujeres lo estaban. De estas proporciones, el desempleo rural alcanzó el 43%.

El Coeficiente de Gini<sup>4</sup> de consumo en el país desde 1999 a 2006 escaló de 0,45 a 0,46 (PNUD, 2010:27), ciertamente a causa de una fuerte debilidad institucional democrática, que se vio reflejada en las distintas presidencias. Es por eso que la situación del país reflejó una deficiente aplicación de políticas coyunturales. Es así que, la falta de políticas contracíclicas empeoraron las condiciones y la calidad de vida de la población en sí y más aún de los grupos vulnerables de la sociedad. Evidentemente, las brechas de pobreza, desigualdad y exclusión han exhibido tendencias crecientes.

<sup>4</sup> Es un índice que mide la distribución del ingreso dentro de una sociedad. Puede adoptar valores de entre 0 y 1. El primero caso corresponde a una distribución completamente igualitaria o uniforme de los ingresos, en tanto que el valor de 1 se presentaría una distribución totalmente desigual. Sin embargo, es utilizado para medir también otras desigualdades.

### **1.1.3 El desarrollo humano y el acceso a los servicios de salud**

En el año 2000, tras la Cumbre del Milenio propuesta por Naciones Unidas, las autoridades estatales se comprometieron a dar una prioridad mayor al desarrollo humano, considerando que el crecimiento económico es necesario pero no único ni suficiente para garantizar el bienestar de la población. Por tal motivo, el objetivo es ampliar las oportunidades de todas las personas para alcanzar una vida larga y saludable con acceso a la educación y al conocimiento, capaz de generar ingresos para sí mismos y sus familias; disfrutando de las libertades humanas dentro de un ambiente de justicia y equidad (PNUD, 2001:18).

Ecuador tradicionalmente ha estado enfocado a un modelo de desarrollo con bases muy ligadas solamente al crecimiento económico. Además, se ha caracterizado por medidas disfuncionales en torno a las políticas públicas de sus presidentes que enfocaron el bienestar a los grupos de poder privados. El acceso a un sistema de salud de calidad es una libertad constitutiva e instrumental de cada individuo y sociedad. La salud constituye un pilar dentro de las bases de los derechos humanos universales y está estrechamente relacionada con la equidad y la justicia social, por lo que la falta de recursos económicos y la pobreza, que además de ser considerados factores excluyentes, violentan el cumplimiento de los derechos humanos universales e indivisibles. Es por eso que la pobreza no debe constituir un limitante de acceso para ningún servicio básico, mucho menos al servicio de salud; que garantiza la calidad de vida y el desarrollo humano.

Dentro del desarrollo humano y el acceso a los servicios de salud es fundamental el análisis alimentario de la población. La desnutrición nacional crónica para el año 2004 se encontraba en 23,1%, teniendo efectos negativos sobre la capacidad de aprendizaje de las personas y sobre la capacidad de estas para matricularse en sistemas escolares. Por eso, hasta el año 2006 tan solo el 47,4% de la población contó con educación básica completa (NACIONES UNIDAS, 2007:1).

Con lo que respecta a los menores de 5 años, se identificó que la tasa cruda de mortalidad infantil<sup>5</sup> en este rango en el año 2000 alcanzó el 25,5%, disminuyendo a 21,8% en 2004. A su vez, es fundamental mencionar que la prevalencia de IRA<sup>6</sup> en menores de 5 años desde el año 2005 al 2006 llegó al 56,0%. Pero, además de la tasa de mortalidad infantil se debe considerar la tasa de mortalidad materna<sup>7</sup> y los cuidados prenatales y postparto. De esta manera, el año 2000 tuvo una tasa de mortalidad materna del 78,3%, reduciéndose hasta 2004 al 50,7%. De igual manera, el 16% de la población no tuvo ningún tipo de control ni atención prenatal en 2004. Además, un dato importante reside en el 63,5% del total de las mujeres que pagaron por la atención a su embarazo. (OPS, 2006:163, 166,168)

Desde 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ha publicado el Índice de Desarrollo Humano (IDH), siendo esta una alternativa a las mediciones tradicionales de desarrollo humano. Las tres dimensiones básicas de este indicador son la salud, la educación y el ingreso. Sin embargo, la desigualdad como factor no ha sido tomada en cuenta. Es fundamental considerar que tanto a nivel mundial como en el Ecuador, la desigualdad persiste de una generación a otra y se ha visto presentada en un contexto de baja movilidad socioeconómica (PNUD, 2010:17).

*Pese al impacto que el ingreso tenía sobre el IDH en condiciones de bajos ingresos, la medición de la pobreza basada exclusivamente en este último, de alguna manera representaba una contradicción frente a la medición multidimensional y el enfoque de capacidades que representaba el desarrollo humano. El propósito de estudiar la pobreza debía ser llegar a las raíces del problema y atenderlo. Era necesario ampliar las dimensiones de la medición de la pobreza (PNUD:1990:4).*

La medición del IDH enfrenta una serie de complejidades que tienen que ver principalmente con la falta de consenso en torno a la definición del mismo objeto de medición y en la definición de algunos indicadores. A su vez, se presenta la dificultad en torno a las diferencias en los métodos de recolección de datos, diversidad en las fuentes y calidad de los datos en los diferentes países. (PNUD, 2013:1). Además, la medición del IDH “omite muchas opciones que pueden ser de gran valor, como libertad económica, social y política, además de protección contra

---

<sup>5</sup> La tasa cruda de mortalidad se mide por cada 1000 habitantes.

<sup>6</sup> Infección Respiratoria Aguda

<sup>7</sup> La tasa de mortalidad materna se mide por cada 100000 nacidos vivos

*cualquier tipo de violencia, inseguridad y discriminación” (CASTRO, 2011: 1).* Por lo tanto, se puede considerar que el desarrollo humano no se puede medir en su totalidad sino parcialmente.

Para el año 2000, el Ecuador tuvo un IDH de 0.659, el mismo que logró avanzar hasta 2005 a 0.682. Cabe de igual manera mencionar que la media que presentaron los países con un desarrollo humano alto en el año 2000 tuvo un IDH de 0.695 llegando al 2005 al 0.725. (NAVEDA, 2013:1) Contrariamente, Ecuador para el año 2000 tan sólo destinó el 1,3% del PIB al gasto público enfocado a los servicios de salud, llegando al 1,6% en 2006, mientras que países de la región como Cuba en el año 2000 destinaron el 6% y Colombia el 5,5% al mismo año (UNDP, 2012:1).

Adicionalmente, en los indicadores de la salud integrados se encuentra el Índice de Salud que en Ecuador llegó en el año 2000 al 0.677 y 0.824 en 2006. Igualmente siendo superada por Cuba que presentó un 0.844 y Colombia con un 0.717 al año 2000. Por otro lado, la esperanza de vida de los ecuatorianos al 2000 era de 73,4 años incrementada tan solo a 73,9 en 6 años (UNDP, 2012:1).

Mundialmente, el 90% de la investigación sobre la atención en salud de la población se enfoca tan solo en el 10% de las enfermedades más recurrentes, (PNUD, 2001:62), mostrando así las tendencias mundiales de los sectores privados a responder específicamente a los intereses y necesidades de los consumidores de altos ingresos; tendencia que Ecuador ha experimentado de igual manera. De esta forma, el sistema de salud ecuatoriano se enfocó en lo curativo, lo cual evidenció la falta de un servicio integral de salud. Además de esto, el país presentó un sistema de salud segmentado en el cual existieron múltiples financiadores y proveedores. Las brechas en la cobertura y el acceso eran caracterizadas por la escasez o ausencia de personal, una deficiente atención y muy baja calidad de las prestaciones de servicios, sumando a todo esto barreras de acceso geográficas, culturales, de congestión y de desabastecimiento. (MSP, 2010:6)

Consecutivamente, el número de consultas en 2006 fue de 14'372,251, el número de recetas entregadas fue de 11'542,460, el número de tomografías fue de 4.331 y el número de cirugías alcanzó a 134.731 (MSP, 2010:42,43,44). Hasta 2005 el porcentaje de atención hospitalaria fue de 70,3% (CHANG, 2005:10).

El acceso a la salud constituye un pilar fundamental dentro del bienestar de la persona como individuo y colectivo. Y este bienestar es la satisfacción de las necesidades básicas de salud, vivienda, alimentos, seguridad; del cumplimiento de los derechos humanos bajo los principios de igualdad, respeto y libertad, asegurando un crecimiento económico con la creación de empleos estables, de inversión social, de ahorro, de tecnología y ciencia que puedan garantizar la calidad de vida de todo ser humano. Todo esto enmarcado bajo un desarrollo sustentable que responda al futuro de las próximas generaciones.

*La estabilidad política y la gobernabilidad, los equilibrios macroeconómicos y el crecimiento, el cumplimiento de la ley y la derrota a la corrupción, la expansión de la infraestructura básica, como el agua potable y la energía eléctrica, los servicios de salud pública y la seguridad social, la alfabetización universal y el mejoramiento de la calidad de la educación, la superación de la pobreza y la consecución de una sociedad más equitativa, son todos factores y tareas que deben ser acometidos mediante políticas públicas específicas (PNUD, 2001:207).*

## **1.2 El gobierno de Jamil Mahuad**

En 1998, Jamil Mahuad tomó la presidencia del Ecuador tras vencer al candidato Álvaro Noboa con un margen del 2,33%, que vendrían a resultar un poco más de 100.000 votos. Mahuad fue elegido el 12 de julio pero comenzó a gobernar a partir del 14 de septiembre. En ese momento, Ecuador tenía un panorama complejo; la problemática territorial con Perú y la recesión económica. Además, no se puede olvidar la situación económica del país que tenía una deuda externa de 13.000 millones de dólares del cual 50% del presupuesto estatal estaba destinado para el pago. El 80% de la población ecuatoriana estaba en la pobreza y la balanza comercial presentaba cifras deficitarias. La presidencia se rigió bajo la reconstrucción del país a causa de los efectos del fenómeno del Niño, un sistema de políticas públicas debilitadas y una crisis financiera del Estado (CORNEJO, 1998:1,2).

## 1.2.1 Políticas públicas del gobierno en torno a la salud

Bajo el mandato de Jamil Mahuad, la constitución de la República de 1998 estableció en sí los parámetros mediante los cuales se debía regir la salud en el Ecuador.

**Art. 42.-** *El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, 1998:15).

Además existieron reformas a la constitución de 1998 que plantearon lo siguiente:

- A) La garantía del Estado del derecho a la salud, su promoción y protección
- B) El acceso a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad.
- C) Los programas y acciones de salud universales y gratuitas
- D) La rectoría del Estado en materia de salud, vigilancia de la aplicación de las políticas y del funcionamiento de las entidades del sector
- E) La organización de un Sistema Nacional de Salud con funcionamiento desconcentrado, descentralizado y participativo
- F) El financiamiento de las entidades públicas proveniente de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del presupuesto del Estado, de los usuarios según su capacidad económica y de otras fuentes que sean definidas
- G) En incremento anual de la asignación fiscal para la salud pública (OPS, 2001:21)

Hasta el año 2000, los principales problemas políticos y sociales que debió enfrentar el gobierno de Mahuad tuvieron relación con los niveles de pobreza de la población y el incremento de la indigencia, además de un sistema de salud afectado por los problemas económicos y el direccionamiento de las políticas públicas sanitarias. Por tales motivos, los lineamientos presentados anteriormente tuvieron un nivel muy bajo de cumplimiento o casi nulo. Un indicador ciertamente fue la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme a lo establecido en la Constitución del Estado. (OPS, 2001:2)

**Art. 44.-** *El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos* (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, 1998:15).

**Art. 46.-** *El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes*

*totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, 1998:15).*

Así, también se implementaron elementos para el proceso de reforma del sector salud, en los cuales se encontraron:

- a) Definición del rol del Estado en la salud;*
- b) Formulación de un marco de políticas nacionales de salud;*
- c) Reforma constitucional en salud;*
- d) Inicio de la modernización del Ministerio de Salud Pública (MSP);*
- e) Experiencias demostrativas de descentralización en salud;*
- f) Propuesta del Sistema Nacional de Salud;*
- g) Propuesta de Reforma a la Ley de Seguridad Social (OPS, 2006:94)*

Además, en la Constitución de 1998 fue propuesta la creación del Fondo de Solidaridad, que recogió y administró un fondo de recursos provenientes de la privatización de las empresas eléctricas y telefónicas del país tales como Pacifictel, Andinatel, Empresa Eléctrica Quito, Hidropaute, etc.

**Art. 250.-** *El Fondo de Solidaridad será un organismo autónomo destinado a combatir la pobreza y a eliminar la indigencia. Su capital se empleará en inversiones seguras y rentables y no podrá gastarse ni servir para la adquisición de títulos emitidos por el gobierno central u organismos públicos. Sólo sus utilidades se emplearán para financiar, en forma exclusiva, programas de educación, salud y saneamiento ambiental, y para atender los efectos sociales causados por desastres naturales (CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR, 1998:76).*

De esta manera este mandato continuó con las propuestas de privatización de las empresas públicas, las reformas de seguridad social, la descentralización de los sistemas de salud y la reducción del tamaño del Estado. Sin embargo, debido a la resistencia de diversos actores a la Ley especial de Descentralización y Participación social, que incluía en sus lineamientos la transferencia de competencias y recursos en materia de salud a los Municipios, no fue cumplida ni aplicada. Paralelamente, lo mismo sucedió con la Ley de Maternidad Gratuita que suponía reformas a los elementos financieros para la cobertura de salud a las mujeres y a los niños y niñas menores de cinco años en lo referente al proceso de descentralización y participación social; esta no fue cumplida a cabalidad.

La población para el año 2000 era de 12.920.090 habitantes, de los cuales el 60,6% se encontraba en áreas urbanas y el 39,4% en zonas rurales. La administración de las políticas públicas en este gobierno, afectó a los grupos

humanos más vulnerables y desprotegidos. El PBI per cápita alcanzó los \$1.100 hasta el año 2000, siendo considerado un país de ingresos medios bajos. Además, toda la situación nacional se vio agravada por la inflación que llegó al 96%, lo cual no sólo afectó a la población en general sino que hizo que las reformas al gasto público fuera del 28,8% del PIB, afectando así al gasto público destinado a la salud en rangos de 0,8%-1,3%. Todo esto evidenció el deterioro de la calidad de vida de los ecuatorianos que se vieron en la pobreza aumentando su porcentaje de 46% en 1998 a 69% en 2000 y con un indicador de desempleo y subempleo del 9,6% y 50% respectivamente (OPS, 2001:2,3).

### **1.2.2 Crisis nacional financiera**

Ciertamente existieron varios factores que fueron agravantes a la condición económica y social del Ecuador, el fenómeno del Niño, la caída de los precios del petróleo y la crisis financiera internacional desencadenaron en conjunto una profunda crisis política, social y económica en el país (LARREA, 2004:6).

La inflación subió hasta el 60%, la emisión fue del 150% y la depreciación de la moneda aumentó hasta el 190%. Adicionalmente, se presenta la tasa de estancamiento del PIB más alta de toda la historia ecuatoriana, ubicándose en -7,3%. La demanda interna disminuyó a más del 10%, lo que trajo a la luz un 75% de la población que no tenía pleno empleo. Otro aspecto fundamental fue la caída del salario mínimo vital que se ubicó en \$53 mensuales. En el ámbito macro económico del país, el déficit fiscal aumentó al -5,8% (ESPINOZA, 2000:4).

Sin embargo, no hubo ningún cese en el pago de los intereses de la deuda pública interna y externa, contrariamente estos se incrementaron al 7% del PIB, sumando la amortización de la deuda pública, y el financiamiento aproximado llegó al 11% en 1999. La intervención del Fondo Monetario Internacional y el Tesoro Norteamericano, incentivaron al Ecuador a no pagar los bonos Brady; que tiempo después se extendieron a la carga de la deuda privada y los eurobonos (ESPINOZA, 2000:4,5).

Cuando el aparato productivo del país se vio paralizado, las obligaciones vencidas del sistema financiero se vieron acumuladas, trayendo como

consecuencia el incremento de 9,3% de la cartera vencida de los bancos en 1998 y del 48,5% a finales de 1999. Como respuesta a tales problemas, los bancos aumentaron las tasas de interés al público e incrementaron las captaciones en las sociedades financieras y en las sociedades de intermediación financiera (ESPINOZA, 2000:7).

A finales de 1999, el país fue testigo del cierre o transferencia al Estado de más de la mitad de los principales bancos. La banca operativa del Ecuador estaba integrada por 38 instituciones, contaba para sus operaciones con \$9.024 millones en activos que se financiaron con \$7,846 millones en pasivos y \$1.177 millones en patrimonio. La Superintendente de Bancos declaró el feriado bancario, el mismo que se prolongó por una semana. Consecutivamente, 17 bancos quebraron y congelaron sus cuentas (URRUTIA, 2001:13).

En ese entonces, uno de los principales bancos del país que era Filanbanco tuvo problemas tanto de liquidez como de solvencia. El gobierno de Mahuad en un intento de solucionar el problema, inició el salvataje bancario ensayando evitar la quiebra sistémica. Esta medida, le costó al Estado ecuatoriano 800 millones de dólares, sumados a otros 40 millones en créditos para otros bancos e instituciones (ESPINOZA, 2000:10,11). En muchos casos fue una inversión ineficiente y sin una respuesta satisfactoria.

A esta medida se incluye que los pagos a los bancos fueron financiados por el Banco Central del Ecuador y las políticas fiscales que en su mayoría provenían de los impuestos de los ecuatorianos. A esto se suma que los bancos pagaron mínimas cantidades para saldar los daños causados por sus gestiones (URRUTIA, 2001:13).

Ante la amenaza de la hiperinflación, la gran desconfianza, la especulación y la inestabilidad; las medidas desesperadas del Estado por salvar al país de una de sus peores crisis en la historia, llevó al gobierno de Mahuad a decretar la dolarización de la economía ecuatoriana; convirtiéndose así en el primer país latinoamericano en tomar medidas de eliminación de su moneda nacional. El tipo de cambio que se adoptó fue de 25.000 sucres por dólar. En consecuencia, la

caída de Mahuad fue inevitable y el golpe de Estado a manos de Lucio Gutiérrez y la comunidad indígena fue efectivo el 21 de Enero (LARREA, 2004:38).

A causa de esto, existió una ampliación del desempleo abierto, la pobreza y el subempleo. Además, hubo una masiva migración ecuatoriana a Estados Unidos, España e Italia principalmente, alrededor de 700.000 personas dejaron el país (LARREA, 2004:46,47).

Esto fue la muestra clave en el que se evidenció que el sistema bancario ecuatoriano estaba apoyado abiertamente por el Estado. Las influencias a nivel estatal se constataba en el hecho de que las autoridades económicas ubicadas en el Ministerio de Finanzas, la Superintendencia de Bancos, la Superintendencia de Compañías, la Junta Monetaria y el Directorio del Banco Central, eran grandes accionistas o propietarios de los bancos. Ciertamente las políticas de Estado fueron enfocadas en función de intereses privados ya que los efectos y costos de la crisis fueron trasladados a la clase media y a la clase más empobrecida del país (ESPINOZA, 2000:23).

### **1.2.3 Consecuencias de la crisis sobre el sistema de salud**

Como consecuencia de la crisis económica y política del Ecuador, los efectos de la misma sobre la sociedad tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar de la población, limitando el desarrollo humano. El debilitamiento del Estado impidió el desarrollo institucional y por lo tanto el país se vio sumergido en las secuelas de la corrupción, que trajeron como consecuencia el incorrecto direccionamiento de las políticas sanitarias y por consiguiente el sistema nacional de salud. Los intereses particulares se vieron evidenciados ya que las medidas políticas tenían un carácter de corto plazo que limitaron en sí al desarrollo de un proyecto nacional integrador.

De esta manera, la calidad y la cobertura de los servicios básicos especialmente en la salud y la educación se vieron comprometidos. Además, a causa de la crisis de la banca y de divisa, se dio la paralización y suspensión de los servicios públicos en torno a la salud. También se aumentaron los conflictos

políticos con los sindicatos; extendiendo el nivel de desconfianza e inseguridad en este sector.

Ciertamente, los problemas de gestión, financiamiento y organización afectaron al sector, impidiendo la garantía de sus derechos equitativos a los servicios de salud. Por eso, un 30% de la población careció de acceso regular a estos servicios y casi dos terceras partes no tenían un plan de aseguramiento. A esto se le debe añadir el insuficiente presupuesto, la falta de coordinación entre las instituciones y la centralización de la toma de decisiones sobre la asignación de recursos (OPS, 2001).

Este financiamiento se vio afectado en el gasto público del gobierno, la crisis nacional hasta 2000 mostró los siguientes datos.

TABLA 4  
TABLA COMPARATIVA 1999-2000 SOBRE EL GASTO PÚBLICO

INDICADOR	1999	2000
Gasto público total como % del PIB	31,3%	31,9%
Gasto público social como % del PIB	5,1%	4,3%
Gasto social como% del Gasto Público	19,5%	17,1%
Gasto público en Salud del Gobierno central como % del PIB	0,5%	0,6%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2001

Elaboración: León Cáceres Ángela

En el contexto epidemiológico, las enfermedades recurrentes en la población son las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, la tuberculosis pulmonar, enfermedades inmunoprevenibles, la malaria, la desnutrición crónica y la anemia. Además de la incidencia continua de enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades hipertensivas, diabetes, tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, VIH/SIDA, problemas de salud mental y accidentes de tránsito (OPS, 2006:138).

Esta situación se ve agravada en cuanto a la calidad del agua, ya que solo el 60% del área urbana cuentan con un sistema de desinfección y que en la zona rural la gran mayoría de habitantes recibió agua sin desinfección (OPS, 2006:21).

**TABLA 5**  
**ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES RECURRENTES AL AÑO 2000**

DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Incidencia de Tuberculosis total y Baciloscopía Positiva	41%
Casos de Plasmodium Vivax	55623
Casos de SIDA	315
Casos de VIH	348
Tasa cruda de leptospirosis	0,50%
Casos de Malaria	104.597

Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2006

Elaboración: León Cáceres Ángela

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentra alcanzar la salud materna y reducir la mortalidad infantil. Sin embargo, es fundamental resaltar que en 2000 la tasa de mortalidad infantil aumentó, siendo así consecuencia social de la crisis económica, evidenciada por la disminución del acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud. Por consiguiente, las causas de muertes neonatales correspondieron a más de la mitad de las muertes infantiles sucedidas dentro del primer año de vida, teniendo al año 2000 el 50% de muertes infantiles en el periodo natal (OPS, 2006:29). A todo esto se le suman los siguientes datos que muestran también la influencia de la crisis económica en el país.

**TABLA 6**  
**INDICADORES DE SERVICIOS DE SALUD AÑO 2000**

DESCRIPCIÓN	INDICADOR
Establecimientos de salud con internación públicos	583
Establecimientos de salud con internación privados	405
Establecimientos de salud sin internación público	2849
Establecimientos de salud sin internación privados	150
Médicos por cada 10.000 habitantes	14.5
Número de camas hospitalarias disponibles	19564

Fuente: CEPAR 2000

Elaboración: León Cáceres Ángela

**TABLA 7**  
**INDICADORES HOSPITALARIOS DEL SISTEMA DE SALUD 2000**

Año	Sectores	N. de egresos hospitalarios	Promedio días de estadía	Camas por mil habitantes	% Ocupación de camas disponibles	Defunciones hospitalarias
2000	TOTAL	671.909	4,9%	1,6%	46,3%	10.454
2000	Privado	187.365	2,4%	0,4%	23,2%	861
2000	Público	484.544	5,9%	1,2%	55,1%	10.454

Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2007

Elaboración: León Cáceres Ángela

### 1.3 La inestabilidad gubernamental y la salud

Desde el fin del mandato de Sixto Duran Ballén en 1996 hasta 2006, ningún presidente logró terminar su mandato, la inestabilidad gubernamental no solo era

evidente en el poder ejecutivo, sino que desde 2000 a 2006 Ecuador tuvo 14 Ministros de Finanzas que estuvieron aproximadamente seis meses en el cargo (BID, 2008). Por tales motivos, el país pasó por periodos de inestabilidad política los cuales debilitaron y comprometieron las capacidades institucionales del gobierno central y en sí de todo el sector público del Ecuador.

*La sucesión de cuatro presidentes entre el 2000 y 2007 y la inestabilidad relacionada afectó la gobernabilidad democrática. El Índice de Desarrollo Democrático Nacional le dio la peor calificación a Ecuador entre otros 18 países de la región, con bajos puntajes en las categorías de Calidad Institucional y Eficiencia Política, y Ejercicio del Poder Efectivo para Gobernar (PNUD, 2008:5).*

**TABLA 8**  
**SERIE DE PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍNDICE DE DESARROLLO**  
**DEMOCRÁTICO<sup>8</sup>**

PAÍS	2002	2005
Argentina	5,247	4,337
Bolivia	4,150	3,528
Brasil	3,932	3,820
Chile	8,757	<b>10,000</b>
Colombia	5,254	2,993
Costa Rica	8,575	8,510
Ecuador	<b>1,694</b>	3,658
El Salvador	5,544	5,053
Guatemala	3,992	<b>1,648</b>
Honduras	3,107	4,332
México	6,340	5,522
Nicaragua	2,963	4,032
Panamá	8,309	6,918
Paraguay	2,255	4,493
Perú	4,352	3,126
R. Dominicana	-	3,823
Uruguay	<b>10,000</b>	8,355
Venezuela	2,243	2,581

Fuente: Datos de IDD-Lat 2002-2012

Elaboración: León Cáceres Ángela

Estas calificaciones pusieron al Ecuador dentro de la categoría de Desarrollo Democrático Mínimo, junto con Bolivia, Guatemala, República Dominicana, Nicaragua y Venezuela. Mientras que solamente tres países de la región estuvieron dentro del grupo de Desarrollo Democrático Alto, siendo éstos Costa Rica, Chile y Uruguay. Pese que los niveles de gasto público en el país subieron de un 14% en 1994 a 18% en 2004, el gasto corriente fue totalmente superior mostrando cifras del 24,6% al mismo año (BID, 2008:122), teniendo consecuencias negativas sobre el sistema de salud, el cual carecía de recursos necesarios y siendo considerado como tradicional; en el cual los esquemas de provisión de servicios sociales en el Ecuador se caracterizaron por ser

<sup>8</sup> Se resaltan el valor más alto y el más bajo en cada año

centralizados, enfocándose en la atención primaria, el control epidemiológico, el control sanitario y una mayor atención curativa que preventiva.

A esto debe añadirse los continuos recortes presupuestarios derivados de la crisis nacional, que a más de debilitar el sistema de salud paralizaron sus actividades. El Ministerio de Salud Pública (MSP) tuvo grandes impactos sobre ineficientes regulaciones e inexplicables abandonos sobre sus funciones regulares.

### **1.3.1 Políticas del Gobierno de Gustavo Noboa en torno a la salud**

Gustavo Noboa, asumió la presidencia del Ecuador luego de la caída de Jamil Mahuad, por lo que el 22 de Enero del 2000 ocupó el poder con la aprobación de 87 diputados, su mandato terminó el 15 de enero de 2003. Su presidencia se caracterizó por la consecución de políticas económicas de corte neoliberal tradicional, continuando con el proceso de la dolarización, la renegociación de la deuda externa y completando el primer acuerdo Stand By con el Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>9</sup>. También, incentivo las privatizaciones y fortaleció el mercado de capitales para favorecer a los sectores financiero y bancario (DELGADO, 2010:1).

En su presidencia se implementó el Plan de Gobierno para 2000-2003; denominado ODEPLAN: Por un Nuevo País. En este se establecieron siete objetivos nacionales permanentes en el cual se mencionó el siguiente referente a la salud.

*Justicia Social: Construir un orden social más humano y solidario para conformar una sociedad integrada y equitativa en lo económico, político y social. Mejorar la calidad de vida de la población, promover la reafirmación de la cultura nacional y satisfacer las necesidades, especialmente de salud y educación, de las grandes mayorías ecuatorianas. Fundamentar este objetivo nacional con un sistema jurídico que brinde a la población las mejores posibilidades para disfrutar de una existencia digna. (ODEPLAN, 2000:11)*

Su régimen se caracterizó por un discurso en el cual manifestó la labor del gobierno como asignador de recursos disponibles del presupuesto y generador de ingresos adicionales que potencien los fondos públicos para distribuir los recursos

---

<sup>9</sup> El Acuerdo Stand-by con el FMI fue firmado por un monto equivalente a US\$ 300 millones y las medidas incluidas en el programa de ajuste fiscal apoyadas por el Fondo.

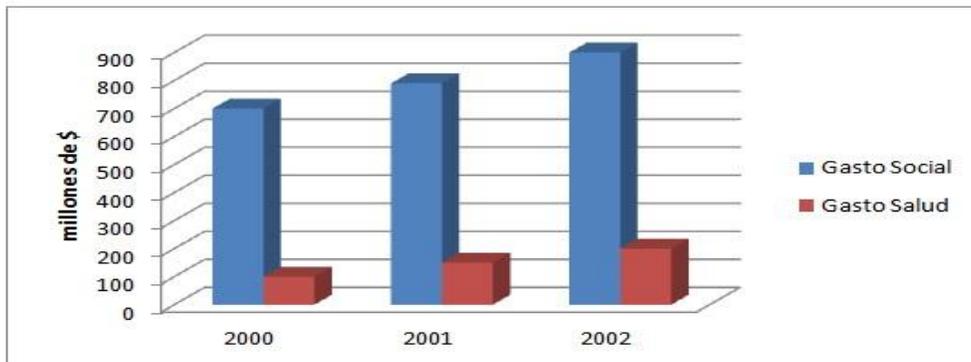
a los sectores más pobres y vulnerables; sobre todo a los programas de educación y salud. Se planteó la implementación de acciones como el bono solidario, la colación, la alimentación materna, el bono de la vivienda, el almuerzo y beca escolar, la medicina preventiva y la utilización de medicamentos genéricos. Además, fue asignado como Ministro de Salud Fernando Jamriska Jácome (ODEPLAN, 2000:18).

Algunas de las políticas y resultados del gobierno dentro de las acciones estratégicas planteados fueron las siguientes:

- Incrementar el porcentaje de gasto e inversión hacia los sectores de educación, salud, agua potable y saneamiento ambiental y proyectos sociales específicos.
- Fortalecer la ejecución del Plan Social de Emergencia.
- Reorientación de los recursos humanos y materiales disponibles hacia acciones de prestación de servicios sociales básicos: salud y educación.
- Garantizar mediante la implantación de un sistema nacional de desarrollo social, el acceso a los servicios sociales básicos: educación, salud, agua potable y saneamiento ambiental y vivienda
- Ampliar la cobertura de los servicios de educación, salud, saneamiento ambiental y vivienda en el sector rural y urbano marginal (ODEPLAN, 2000:41)

La situación del país se encontraba sumergida en la pobreza, en la zona urbana el 49% de la población estaba bajo la línea nacional de la pobreza hasta 2002. Para este mismo año, el gasto público en salud llegó al 2,1% mientras que el gasto privado alcanzó el 2,9%. Sin embargo, para el 2003 el gasto social aumentó a un total de 7,3%, cifra que fue considerada inferior al promedio de los países de la región latinoamericana. Esto se dio a causa de que el coeficiente de la deuda sobre la inversión social llegaba a 1,4 (OPS, 2006:19).

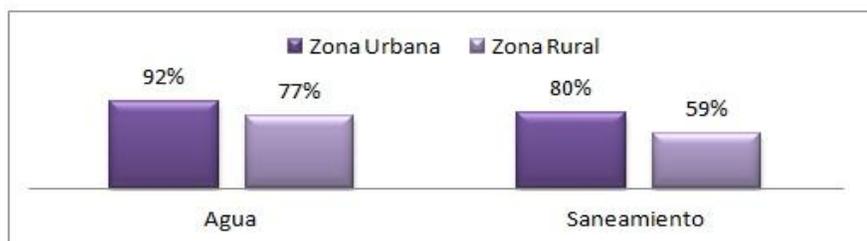
GRÁFICO 1  
EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD 2000-2003



Fuente: Banco Central del Ecuador  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Además, la Política Nacional de Agua y Saneamiento planteó la urgencia de invertir anualmente desde 2000 la cantidad de 150 millones de dólares, de los cuales se llegó a la cifra máxima de 42 millones. Adicionalmente, en lo que se refiere a la sistematización del servicio de desecho de residuos sólidos, de 219 municipios se implementó la inversión en 180 estos alrededor de todo el país. (OPS, 2006:21)

**GRÁFICO 2**  
**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y AGUA EN 2002**



Fuente: OPS 2005  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Igualmente, la situación de las madres analfabetas en el país se vio comprometida con una mayor tasa de mortalidad infantil, siendo esta mayor en un 4,6% comparada con la de las madres que contaron con una educación superior en 2003 (OPS, 2006:70).

**TABLA 9**  
**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2001-2003**

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
2001	4.800	17,3%
2002	4.530	16,5%
2003	3.985	15,2%

Fuente: INEC  
Elaboración: León Cáceres Ángela

**TABLA 10**  
**TASA DE MORTALIDAD MATERNA 2001-2003**

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
2001	187	67,2%
2002	149	54,1%
2003	139	53,1%

Fuente: INEC  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Por lo tanto, bajo el gobierno de Gustavo Noboa se presentaron estrategias innovadoras al sistema de salud nacional que no lograron ser cumplidas debido a la inestable situación del país y las negociaciones con el FMI que afectaron la priorización de sectores estratégicos y que además pusieron en evidencia la

satisfacción de los intereses privados, sumados a una mala distribución de la riqueza y escasas políticas de transparencia en torno al manejo de los fondos nacionales. A tal motivo, al Ministro de ese entonces se lo condenó a 3 años de cárcel por delito de peculado por subdividir y entregar contratos sin someterlos a concurso público, contando con un sobreprecio aproximado en \$232.000 (AGENCIA PÚBLICA DE NOTICIAS DEL ECUADOR Y SURAMERICA, 2013:1).

### **1.3.2 Políticas del Gobierno de Lucio Gutiérrez en torno a la salud**

Después de elecciones, el 15 de Enero de 2003 el Coronel Lucio Gutiérrez tomó la presidencia del Ecuador, tras haber sido figura especial en la caída del ex Presidente Jamil Mahuad. Desde el inicio, este gobierno anunció ser pluralista, con la inclusión nacional tanto de movimientos sociales como de los sectores privados; especialmente refiriéndose a la banca. Su plan de gobierno incluía la despolitización de los tribunales de justicia, la creación de la cuarta función del Estado que era referida al control y rendición de cuentas, a la reforma del código electoral y a la modernización del aparato burocrático (ICCI, 2003:1).

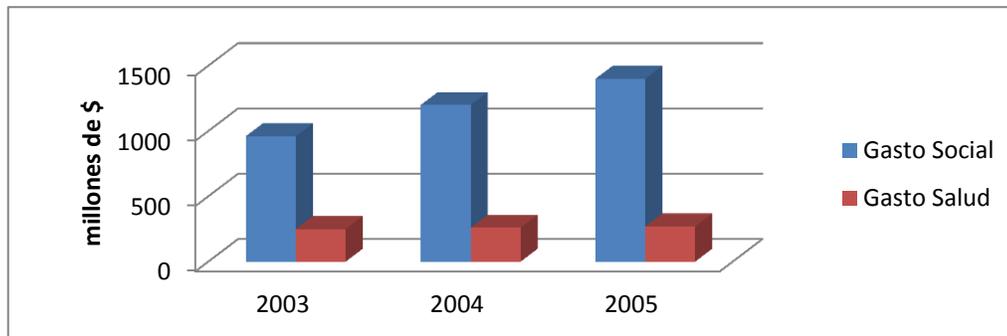
Sin embargo, la herencia económica del gobierno de Gustavo Noboa hacia el nuevo gobierno, de más de \$750 millones de dólares en deudas especialmente al sector público del país incluía en sí alrededor de \$400 millones que debían ser destinados a sueldos atrasados de maestros y profesionales de la salud. A esto, se suma los pagos por concepto de la deuda externa (ICCI, 2003:1). A tan solo una semana, su Ministro de Economía y Finanzas Mauricio Pozo anunció un Programa de Ordenamiento Económico y Desarrollo Humano, en el cual se mostró como primera medida el incremento de los precios de los combustibles, la congelación de los salarios en el sector público y reducciones en los gastos del Estado (EL UNIVERSO, 2003:1).

Además, se fijó el compromiso de la lucha contra la pobreza, tomando medidas para el Desarrollo Humano fundamentales a favor de la salud, la educación y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Para eso manifestó la política del gasto social el cual debía pasar del 7,5% del PIB al 12,5%, es decir de \$1.828 millones \$3.064 millones de dólares. También la reducción de

la pobreza al 38% y la pobreza extrema al 10,3%; conjuntamente con una disminución de la tasa de analfabetismo al 10% y la reducción de la tasa de la población sin acceso a los servicios de salud del 23% al 17% (ICCI, 2003:1).

El presidente manifestó que era un programa de ajuste no tradicional, sin embargo todas las medidas eran casi imposibles de cumplir debido al déficit fiscal del país. Por lo tanto, llegó a acuerdos con el FMI para cumplir con la liberalización de precios, la introducción de reformas en los terrenos tributarios, arancelarios y laborales, y sobre todo el pago de la deuda externa que llegaba a las \$16.400 millones de dólares a cambio de un préstamo para obtener \$500 millones de dólares (EL UNIVERSO, 2003:1). Además, quedó claro que la prioridad del gobierno era la de cumplir con el pago de las deudas con los Organismos Financieros internacionales como el FMI y el Banco Mundial, teniendo consecuencias negativas en el destino de los fondos del presupuesto nacional a la inversión social.

GRÁFICO 3  
EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD DE 2003-2005



Fuente: Banco Central del Ecuador  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Las medidas adoptadas por el gobierno de Gutiérrez no tuvieron el efecto propuesto; para el año 2004 la pobreza según consumo reveló que el 41,5% de la población era considerada pobre y 8,5% extremadamente pobre mientras que para 2005 se incrementó el valor al 52% y 14% respectivamente. Igualmente, la concentración de la pobreza rural fue del 79% y 39% para la población urbana. Hasta finales de 2005, se conoció que el 20% más rico de la población accedía al 46,5% de todo el consumo y servicios mientras que el 20% de la población más pobre tuvo acceso tan sólo al 7,7% (OPS, 2006:19).

Además, tomando en cuenta las enfermedades recurrentes para 2004, el área de riesgo de transmisión de la malaria fue de 182.886 km, lo que quiere decir el 60% del territorio nacional con riesgo de contagio. El riesgo fue del 52% del total de la población del país. Esto fue una evidente muestra de las malas gestiones de salud pública del país y un deficitario presupuesto para la salud preventiva (OPS, 2006:34).

**TABLA 11**  
**MORTALIDAD INFANTIL DESDE 2003-2005**

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
2003	3.985	15,2%
2004	3.942	15,5%
2005	3.717	14,7%

Fuente: INEC

Elaboración: León Cáceres Ángela

**TABLA N. 12**  
**MORTALIDAD MATERNA DESDE 2003-2005**

AÑO	NÚMERO	PORCENTAJE
2003	139	53,1%
2004	129	50,7%
2005	143	56,6%

Fuente: INEC

Elaboración: León Cáceres Ángela

El 20 de abril de 2005, el presidente Lucio Gutiérrez fue derrocado por la población ecuatoriana tras una serie de desaciertos tanto dentro de las políticas económicas como las políticas sociales. Ecuador se encontraba en una situación insostenible en donde todas las promesas del gobernante fueron incumplidas, las cifras y los datos del país cada vez se entregan más a una deuda externa insostenible y a las políticas de ajuste que ciertamente marcaron un interés privado y perjudicaron a los grupos más pobres y vulnerables del Ecuador; para esto el ex Presidente Gutiérrez huía al exilio político para no enfrentar las consecuencias de su deficiente gobierno.

### **1.3.3 Políticas del Gobierno de Alfredo Palacio en torno a la salud**

Tras la caída de Lucio Gutiérrez, Alfredo Palacio tomó la presidencia de la República tras haber sido también vicepresidente en 2003 y Ministro de Salud en 1996. En lo referente a sus labores como vicepresidente, Alfredo Palacio estaba encargado del Sistema de Aseguramiento Universal de Salud (AUS), proyecto que fue deshabilitado por la falta de presupuesto. Su gobierno se efectuó desde el 20

de abril de 2005 hasta el 15 de enero de 2007 (EL HOY, 2006:1). Alfredo Palacio recibió al país con un déficit fiscal, además de varios proyectos inconclusos y una política de ajustes dirigida por Estados Unidos bajo el control del Banco Mundial y el FMI. En el inicio de su presidencia, Palacio mostró la necesidad de enfocarse en mantener la estabilidad y la disciplina de las finanzas públicas, además de proponer ajustes y recortes al gasto corriente. En su gobierno se destacó la reestructuración del FEIREP (Fondo de Estabilización, Inversión Social y Productiva y Reducción del Endeudamiento Público) al denominado CEREPS (Cuenta Especial de Reactivación Productiva y Social) y su objetivo primordial de atender a la salud, educación y bienestar (EL HOY, 2006:1).

Además, promulgó el Decreto de Protección de la Inversión que decretó la priorización al sector social, comprometiendo la asignación de recursos para proyectos fundamentales. Aproximadamente, \$159 millones de dólares provenientes del CEREPS fueron repartidos en \$38 millones para el programa de salud, \$48 millones para proyectos educativos, \$18 millones para proyectos de agua potable y saneamiento, \$10 millones para créditos productivos, \$6 millones para reparación social y ambiental y \$8 millones para investigación en ciencia y tecnología (EL HOY, 2006:1). En ese entonces, debido a la falta de servicios ofrecidos por el MSP a nivel nacional, especialmente en las ciudades con más demanda como Quito, Guayaquil y Cuenca; los municipios empezaron sus propios sistemas de salud para poder ampliar los servicios ofrecidos (EL HOY, 2006). Esta ampliación se dio a través de la reactivación del AUS, que fue un plan piloto en estas tres ciudades, para lo cual se ratificó en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud:

**Artículo 12:** *El aseguramiento es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento del derecho ciudadano a la protección social en salud. A efecto de alcanzar la cobertura universal el Sistema con la participación de todos sus integrantes aplicará las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de esta meta común* (CONGRESO NACIONAL, 2002:11).

Por tales motivos, en el suplemento Registro Oficial N. 369 de 2006 se decretó lo siguiente:

**Artículo 1.-** Créase el Programa de Aseguramiento Universal de Salud -PROAUS-, con el objeto de proporcionar la protección financiera para el acceso efectivo a un plan de beneficios de salud, a las personas registradas en los quintiles 1 y 2 de la base de datos del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales -SELBEN<sup>10</sup>- de la Secretaría Técnica del Frente Social.

**Artículo 3.-** Competencias y atribuciones.- Para el cumplimiento del objeto determinado en el artículo 1 de este decreto ejecutivo, corresponde a la SODEM<sup>11</sup> como la entidad responsable del desarrollo del Programa de Aseguramiento Universal de Salud ejercer las siguientes atribuciones.

- a) Proveer de cobertura financiera a la población ecuatoriana más pobre y vulnerable de forma subsidiada, para enfrentar los riesgos financieros asociados a distintas patologías y su tratamiento;
- b) Gestionar el financiamiento necesario para que la población beneficiaria del PROAUS acceda al plan de beneficios de salud, a través de un conjunto de prestaciones de atención primaria, tratamiento ambulatorio y hospitalario para enfrentar los riesgos y enfermedades más frecuentes y prevalentes entre los afiliados;
- c) Articular con las diferentes modalidades de aseguramiento, la compra de servicios y prestaciones de salud, en el marco de las regulaciones nacionales;
- d) Establecer mecanismos de orientación permanente, canales de comunicación continuos, sistemas efectivos de administración y solución de reclamos, y evaluación del grado de satisfacción de los usuarios del programa;
- e) Establecer alianzas o acuerdos con instituciones locales, nacionales e internacionales, públicas y privadas para apoyar o complementar el Programa de Aseguramiento Universal de Salud;
- f) Promover la calidad, continuidad e integridad de la atención de salud a los beneficiarios, mediante la organización de redes integrales de servicios de salud pública y privada;
- g) Establecer los mecanismos de transferencia de recursos a través del Banco Central del Ecuador; y,
- h) Presentar informes de evaluación de avance del programa al final de cada año  
(LEY DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, 2006:2).

Posteriormente, en Quito, se suscribió el convenio entre la CMS (Corporación Metropolitana de Salud), la SODEM y el AUS para brindar las prestaciones del Plan de Beneficios de Salud que habría cubierto aproximadamente a 300.000 habitantes de escasos recursos registrados en la base de datos del SELBEN. En la primera fase del programa, éste afilió exclusivamente a las personas que recibían el Bono de Desarrollo Humano y sus familias ya que no logró alcanzar su objetivo de mediano plazo de atender a la totalidad de la población (SALUD DE ALTURA, 2006:1).

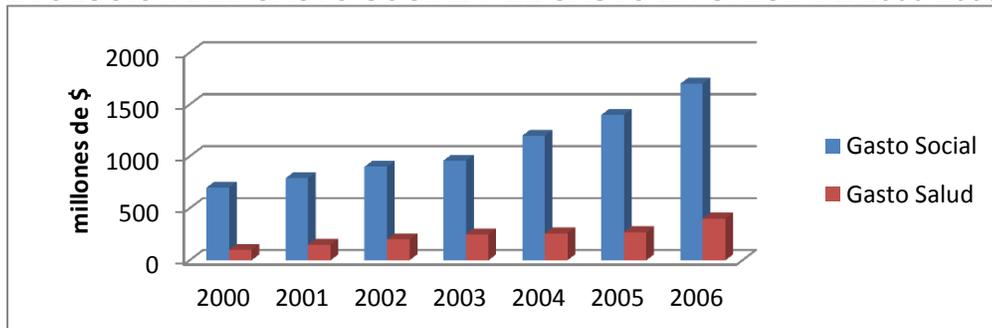
El objetivo del AUS fue garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, en el cual la población debe afiliarse y acudir a los centros de salud afiliados al sistema, a los cuales el Estado retribuirá con los pagos por los servicios

<sup>10</sup> SELBEN ( SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES)

<sup>11</sup> SODEM ( SECRETARIA DE OBJETIVOS DEL MILENIO)

prestados. El presidente Palacio, destinó \$12,7 millones de dólares provenientes del CEREPS para financiar proyectos de inversión en el sector de la salud. Además, aproximadamente \$8 millones fueron invertidos en equipamiento de hospitales en Pichincha, Guayas, Esmeraldas, Manabí, Azuay y Chimborazo (EL HOY, 2006:1). Pese que el AUS no cumplió con las expectativas propuestas a mediano plazo, fue una iniciativa que se reflejó en las principales ciudades ecuatorianas. Sin embargo, la otra parte de la población que se encontró en situaciones más vulnerables y de extrema pobreza continuaron con bajos índices de calidad de vida y acceso limitado a los servicios de salud, condicionando nuevamente su desarrollo humano a falta de oportunidades direccionadas por políticas públicas que tuvieran un carácter integral e integrador. Además se verificó un aumento en el gasto social y un esfuerzo por mejorar el sistema de salud que se había visto deteriorado en gobiernos precedente.

GRÁFICO 4  
EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL Y EL GASTO EN SALUD DE 2000-2006



Fuente: INEC  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Para concluir con el primer capítulo, se evidencia que el sistema de salud ecuatoriano se vio perjudicado por factores económicos, sociales y políticos. La crisis bancaria bajo el gobierno de Jamil Mahuad empeoró las condiciones sociales de la población ecuatoriana, sumergiéndola en la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a los servicios básicos y de salud. Además, de someter al país a una dependencia económica con organismos internacionales, lo que supuso en sí el pago primordial de deudas y préstamos, lo que significó la disminución de la inversión nacional en salud y educación principalmente.

Después de la caída de Mahuad, los siguientes gobiernos trataron de superar las consecuencias de la crisis. Sin embargo, las decisiones políticas tomadas bajo sus mandatos no surgieron los efectos esperados. Contrariamente, el sistema de salud ecuatoriano se vio comprometido; la desigualdad y la inequidad fueron características recurrentes en todo el país. No existieron mayores reformas en torno a la salud, la inversión no fue suficiente para abastecer toda la continua demanda de la población. Adicionalmente, estas decisiones políticas afectaron a las poblaciones con mayor pobreza y vulnerabilidad social, que no contaron con ningún tipo de priorización estatal. Todo esto tuvo como consecuencia un bajo crecimiento económico, una debilitada calidad de vida y por consiguiente un bajo desarrollo humano del país.

A raíz de lo presentado anteriormente, el siguiente capítulo se enfoca en las reformas presentadas por el nuevo gobierno.

## CAPITULO II

### EL NUEVO ENFOQUE DE LAS POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES EN TORNO AL SISTEMA DE SALUD NACIONAL DESDE 2007 A 2012

#### 2.1. El Gobierno de Rafael Correa

Después de la profunda inestabilidad política que vivió el Ecuador alrededor de sus cuatro presidentes en seis años, en 2006 Rafael Correa fue electo presidente de la República en un intento de modificar y desarrollar un nuevo Ecuador principalmente a través de su proyecto de proceso constituyente para refundar el Estado mediante el cual se lograría cumplir con los lineamientos de una agenda alternativa y democrática para lograr un pleno desarrollo sostenible y equitativo. Para 2007, se mostró el Plan Nacional de Desarrollo en el cual se hacía especial énfasis en un cambio estructural del país, en donde se manifestó una revolución constitucional y democrática, una revolución ética, económica, productiva, social, una revolución por la dignidad, soberanía y la integración latinoamericana (SENPLADES, 2007:4,5). Además, la llamada revolución ciudadana plantea desafíos políticos y técnicos que comprometen innovaciones instrumentales y metodológicas, para poder salir del tradicional sistema que ciertamente no tuvo los efectos deseados en la población ecuatoriana a través de toda su historia.

*La revolución social, para que a través de una política social articulada a una política económica incluyente y movilizadora, el Estado garantice como derechos fundamentales la salud y la educación. Esta política socio económica integral, coherente e integradora será la que abra las oportunidades para la inserción socioeconómica y a la vez que fortalezca las capacidades de las personas como individuos o grupos para que ejerzan su derecho a una vida digna, que les permita la libertad para optar por su propio desarrollo (SENPLADES, 2007:4).*

Y así, plantear el punto de quiebre al sistema tradicional conceptual, a través del planteamiento de ocho estrategias:

1. Desarrollo interno, inclusión, competitividad y empleo.
2. Relaciones internacionales soberanas e inserción inteligente y activa en el mercado mundial.
3. Diversificación productiva.
4. Integración territorial y desarrollo rural.
5. Sustentabilidad del patrimonio natural.
6. Estado con capacidades efectivas de planificación regulación y gestión.
7. Democratización económica y protagonismo social.
8. Garantía de Derechos  
(SENPLADES, 2007:5)

### **2.1.1. La influencia ideológica internacional en sus políticas de Gobierno**

El ideal de las políticas económicas y sociales que han sido planteadas por el nuevo gobierno han tenido diferentes influencias. El significado que han obtenido vienen a consecuencia de una serie de políticas fallidas dentro del país que han traído consecuencias negativas sobre la población sobre todo en lo referente a la democracia, la calidad de vida, la sostenibilidad ambiental y el desarrollo humano. Es así que, un factor fundamental dentro de los conceptos tradicionales negativos vino dado por los conceptos e ideales del Consenso de Washington; que plantearon políticas de ajuste estructural y reducción de los poderes del Estado, llamándose así políticas estabilizadoras que han sido comunes dentro del neoliberalismo, teniendo como consecuencias tanto a nivel latinoamericano como dentro del Ecuador, un débil sistema político e institucional y una crisis socioeconómica.

Además, se ha tomado en cuenta los paradigmas y prototipos conceptuales sobre el desarrollo visto de manera en la cual se consideraba al crecimiento económico como único factor de desarrollo y los procesos emuladores de los países del Sur para reproducir sistemas y procesos similares a los del Norte; en los que tradicionalmente se consideraba que los recursos naturales eran ilimitados. De esta forma, el denominado capitalismo del sur se caracterizó por pertenecer a un sistema de intercambio adverso y de condiciones disímiles; sobre todo en lo referente a la producción y exportación de materias primas. Todo esto sumado a una estructura social con desigual distribución de la riqueza y acceso; características comunes dentro de los conceptos de centro-periferia. Por lo tanto, en los últimos años el Ecuador se vio influenciado por instituciones como el BM y el FMI y sus políticas de estabilización y ajuste estructural que aseguraban resultados a largo plazo con disminución presupuestaria de las políticas sociales a corto plazo (SENPLADES, 2007:10).

A raíz de esto, Rafael Correa ha propuesto una ideología distinta para el Estado y la población, es decir el Socialismo del Siglo XXI; concepto propuesto por el sociólogo y analista político alemán Heinz Dieterich Steffan a partir de 1996, el cual a través de su obra manifiesta lo siguiente:

Todos son resultados inevitables de la institucionalidad que sostiene a la civilización *del capital: la economía nacional de mercado, el Estado clasista y la democracia plutocrática formal. Esta institucionalidad no es conducente a que el ser humano actúe de manera ética, crítica y estética, sino que fomenta sistemáticamente los anti-valores del egoísmo, del poder y de la explotación. Es la doble deficiencia estructural de la sociedad burguesa —ser anti-ética y, disfuncional para las necesidades de las mayorías— que la hace obsoleta y la condena a ser sustituida por el Socialismo del siglo XXI y su nueva institucionalidad: la democracia participativa, la economía democráticamente planificada de equivalencias, el Estado no-clasista y, como consecuencia, el ciudadano racional-ético-estético* (DIETERICH STEFFAN, 2006:3).

Este nuevo movimiento tomó fuerzas a raíz de la Revolución Bolivariana de 1998 liderada por el ex presidente Hugo Chávez, quien junto a Correa han concordado en que el neoliberalismo y el capitalismo se encuentran en sus fases de agotamiento estructural, teniendo como consecuencias las graves crisis financieras que han afectado no solo a nivel económico a la población sino que la ha alentado a una crisis de valores y un débil sentido de vivir. Tanto Chávez como Correa han concordado con los cinco fallos principales del modelo económico y social tradicional que han sido presentados por Dieterich.

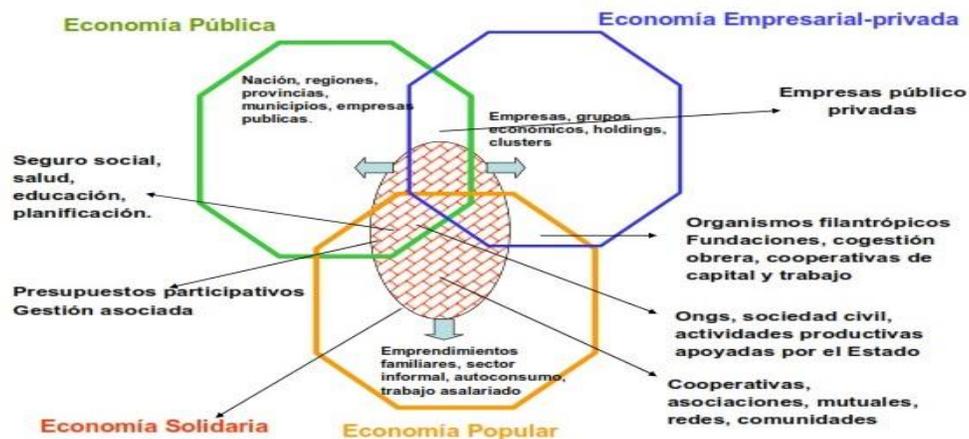
Estas cinco limitaciones sistémicas son características del modelo tradicional ecuatoriano que no supuso satisfacer las necesidades sociales, económicas ni ambientales de la población y que tienen relación con la inestabilidad del sistema que carece de un mecanismo macrosocial de coordinación de inversión y consumo, además de ser un sistema asimétrico que concentra y centraliza el capital, con una alta agrupación de empresas transnacionales que se encuentran en propiedad de las elites económicas, que además son excluyentes entre si y hacia la población, todo esto sumado a un nivel de consumo ecológicamente imposible (DIETERICH STEFFAN, 2006:40).

A esto Rafael Correa responde con su nuevo planteamiento, es decir retomar el rol del Estado en el desarrollo *“porque éste es la representación institucionalizada de la sociedad para que se aplique la acción colectiva”* (CORREA, 2007:1) Además, sustentándose en que *“Los saltos cualitativos en la evolución de la humanidad se dan a través de los proyectos históricos que los grandes sujetos sociales desarrollan e implementan”* (DIETERICH STEFFAN, 2006:10).

Por otra parte, la Revolución Bolivariana planteó la importancia del desarrollo endógeno, un pilar fundamental dentro de la Revolución Ciudadana. Este nuevo modelo de desarrollo potencia las capacidades y oportunidades internas de un espacio local, para que éstas puedan ser utilizadas para el fortalecimiento de la sociedad y de la economía, primero internamente y luego externamente. De esta forma, el modelo de desarrollo sí considera la importancia del crecimiento económico pero no sobre el desarrollo integral tanto individual como colectivo; sobre todo en los ámbitos sociales, políticos, culturales, ambientales y tecnológicos (VÁZQUEZ, 2007:5).

Igualmente, dentro de la política exterior ecuatoriana se presenta la importancia de potenciar el desarrollo endógeno en el intento de equilibrar las relaciones geopolíticas que tomen en cuenta los diversos actores internacionales de manera estratégica en las diversas redes políticas, económicas y sociales. Fomentando la cooperación Sur-Sur y siendo parte del proyecto de integración sobre todo con los países de la región (SENPLADES, 2009). Además, a esto se le complementa el modelo de economía popular y solidaria en la economía mixta que hacen posible el Buen Vivir y el desarrollo de la corresponsabilidad.

**GRÁFICO 5  
LA ECONOMÍA SOLIDARIA EN LA ECONOMÍA MIXTA**



Fuente y elaboración: José Luis Coraggio

A raíz de todas estas influencias se planteó la Revolución Ciudadana, conformada por cinco ejes fundamentales:

- A) Revolución Constitucional
- B) Revolución Ética
- C) Revolución Productiva
- D) Revolución Social
- E) Revolución Soberana.

### **2.1.2. El enfoque en los sectores marginados de la población**

Las políticas sociales y económicas del gobierno se han basado sobre todo en los principios de los derechos humanos, siendo estos aplicados en todas las fases y sectores. A través de las Naciones Unidas se siguen los planteamientos de universalidad, rendición de cuentas, no discriminación, indivisibilidad y participación; descritos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Efectivamente, *“todas las personas nacen con derechos humanos independientemente de su origen étnico, sus creencias y sus prácticas, su ubicación geográfica, su género o su nivel de ingresos.”* (UNICEF, 2007:2). Pese a varias declaraciones, conferencias y acuerdos tanto nacionales como internacionales que apoyan los derechos humanos, las diferencias sociales presentes en los sectores marginados del mundo y el Ecuador presentan las consecuencias de la discriminación, exclusión y marginación en la población más vulnerable.

La revolución social planteada por Rafael Correa presenta lineamientos basados en la garantía de los derechos fundamentales, de esta manera, el enfoque basado en los derechos humanos selecciona a los grupos con mayor vulnerabilidad y con mayor nivel de marginalización. El mismo destina apoyo a programas tanto presupuestarios como de planificación para evitar la marginalización de los sectores vulnerables. En el Ecuador, en la Constitución de 2008 se identifican los siguientes en el capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

*Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial*

*protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad* (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:30).

Además, se plantea la política social en la cual se garantice la justicia en la *“formulación, definición, ejecución e implementación de políticas y acción del Estado, Sociedad y Familia para todo ciclo de vida y por condición de discapacidad.”* (MIES, 2012:1) Adicionalmente, se introduce los principios que disminuyan y eliminen las condiciones adversas que limiten el ejercicio de los derechos y la atención a las personas que hayan sufrido o sufran una vulneración en sus derechos fundamentales.

Conjuntamente, las políticas sociales cuentan con estos principios que se rigen en todo su accionar:

***Inclusión*** de las personas, familias y grupos en vulnerabilidad a la sociedad en todos sus estamentos y actividades. Responde a la creación de capacidades en las personas y condiciones en el Estado y la sociedad para que se pueda lograr esta inclusión social y económica.

***Igualdad***: es la consecución de la equiparación de oportunidades y resultados entre familias y personas en situación de necesidad específica, pobreza o vulneración de derechos, con el resto de la sociedad y la acción afirmativa prioritaria para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia grupos en situación de desprotección y desigualdad.

***Universalidad***: Políticas sociales dirigidas a toda la población, con provisión directa a las personas que están en situación de pobreza, desventaja situacional, exclusión, discriminación o violencia; apuntando a la consecución de un piso de protección social que cubra atenciones prioritarias de cuidado, protección y seguridad.

***Integralidad***: Este principio concibe a la protección y promoción integral como integrada desde a) La Protección y promoción en todo el ciclo de vida. b) Articulación de la prestación de servicios. c) Protección y promoción desde la familia y la comunidad. d) Enfoque territorial de la protección y promoción coordinada entre las distintas entidades y niveles del Estado, con la participación de organizaciones y comunidades no estatales; e) información coordinada, consolidada y actualizada de la acción de la política a nivel territorial.

***Corresponsabilidad***: Se refiere a la responsabilidad compartida entre los individuos, las familias y el Estado en el cuidado familiar, los procesos de movilidad social y salida de pobreza (MIES, 2012:1).

Bajo la creación del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), se plantea el desarrollo y aplicación de las políticas sociales que se enfoquen en las personas, en donde el bienestar y el buen vivir son considerados bienes públicos, los mismos que se encuentran clasificados de acuerdo a la diversidad de la población y sus necesidades específicas. De igual manera, el Estado se enfocará en la generación y desarrollo de oportunidades bajo los principios de igualdad y equidad, atendiendo principalmente a los grupos sociales con mayores

necesidades y creando un sentido de corresponsabilidad entre la economía monetaria y la economía del cuidado; que promueve el acatamiento a los derechos pero también el cumplimiento de deberes (MIES, 2008:1). El MIES fue creado bajo la misión a cumplir:

*Establecer y ejecutar políticas, regulaciones, estrategias, programas y servicios para la atención durante el ciclo de vida, protección especial, aseguramiento universal no contributivo, movilidad Social e inclusión económica de grupos de atención prioritaria (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad) y aquellos que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad (MIES, 2012:1).*

De la misma manera, se plantea el cumplimiento de cuatro ejes fundamentales. En primer lugar, la protección especial que hace referencia a la garantía de políticas y regulaciones que tengan la finalidad de cumplir y proteger los derechos de todos los ciudadanos con especial atención a los grupos prioritarios. En segundo lugar, el desarrollo integral que manifiesta la gestión estratégica en la formulación, aplicación e implementación de normas, herramientas, proyectos, programas y políticas que fomenten y garanticen los derechos de los grupos vulnerables e históricamente marginados bajo el principio de igualdad de oportunidades. En tercer lugar, se describe la importancia de coordinar políticas y servicios dirigidos a la generación de capacidades humanas y oportunidades productivas y finalmente el cuarto eje que muestra el aseguramiento no contributivo que asegura los planes, proyectos y políticas que tengan relación con transferencias monetarias, créditos especiales, redes de descuento, asistencias exequiales, pensiones jubilares, asistencia a madres jefes de hogar, adultos mayores, personas con capacidades especiales y demás grupos prioritarios (MIES, 2012:1).

### **2.1.3 La descentralización de los sistemas**

Existen diferentes perspectivas sobre la descentralización, sin embargo en principio la descentralización es la “*dispersión con criterio funcional o territorial de los centros de decisión política y administrativa del Estado*” (BORJA, 2009:19). Con referencia a esta definición, se aclaran dos clases de descentralización, es decir la política y la administrativa. La primera, consiste en el fraccionamiento horizontal de las competencias “*legislativas, ejecutivas y judiciales y su distribución entre los*

*órganos regionales que ejercen en su circunscripción todas las potestades, dentro de la división de atribuciones que marca la constitución” (BORJA, 2009:20).*

Mientras que la descentralización administrativa, *“delega atribuciones del gobierno central a los órganos periféricos de gestión para que cumplan determinadas funciones y proporcionen servicios públicos a la comunidad” (BORJA, 2009:19)* Esta clase de descentralización tiene como objetivo el descongestionamiento del trabajo de los órganos centrales para otorgar mayor eficacia y eficiencia a la prestación de servicios. De esta manera, la Constitución de la República de 2008, afirma y establece una reorganización territorial del Estado en el cual se incorporan nuevas competencias a los gobiernos autónomos descentralizados y dispone el establecimiento del sistema nacional de competencias; apoyado por los mecanismos de financiamiento y la responsabilidad institucional de administrar todos estos procesos a nivel nacional (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008:70).

De esta forma se propone la construcción de un Estado democrático que además sea un Estado policéntrico, que signifique un estado descentralizado mas no débil. Por eso, la reforma democrática del Estado es considerada como *“medio y fin del proceso de relanzamiento de la acción pública al primer plano de la coordinación social.” (SENPLADES, 2009:86)* Y dentro de la reforma, se abarcan parámetros de racionalización, modernización y descentralización del poder y la gestión pública. Por consiguiente, el modo de redistribución de la riqueza que se plantea en las reformas del Estado también incluye el impulso de actividades en los distintos territorios que promuevan las relaciones económicas, sociales, culturales y ambientales dentro de localizaciones específicas; lo que implica en sí cambios en lo referente al acceso a los servicios y recursos que superen la tradicional inequidad (SENPLADES, 2009:26).

*Construir un país territorialmente equipotente, equitativo, seguro, sustentable, con una gestión eficaz y un acceso universal y eficiente a servicios y acceso a recursos productivos, solo será posible a partir de una optimización de las inversiones y reformas político-administrativas claras, cuya base sea la participación, la sustentabilidad y la equidad, así como el impulso a la economía solidaria. (SENPLADES, 2009:126).*

Para esto, se comprende que los territorios deben contar con funciones específicas, las mismas que deben ser complementarias y encontrarse articuladas entre sí. De esta manera se promueve la igualdad de oportunidades y el acceso garantizado a los servicios básicos como la educación y la salud. Además, es totalmente compatible con el modelo de desarrollo endógeno que está sustentado por la creación de sinergias entre diversos espacios geográficos del Ecuador que impulsen la conformación de sistemas estructurados en red. Para la consecución del plan de descentralización y desconcentración se proyecta la creación de agendas zonales y planes de desarrollo y ordenamiento territorial. Las agendas zonales son las encargadas de impulsar el desarrollo y el ordenamiento territorial. Esto significa que tienen un enfoque de trabajo enfatizado en la gestión ambiental y el cumplimiento de derechos sobre todo los que están relacionados a la educación, salud, y vivienda (SENPLADES, 2009:132).

**Art. 293.-** *La formulación y la ejecución del Presupuesto General del Estado se sujetarán al Plan Nacional de Desarrollo. Los presupuestos de los gobiernos autónomos descentralizados y los de otras entidades públicas se ajustarán a los planes regionales, provinciales, cantonales y parroquiales, respectivamente, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, sin menoscabo de sus competencias y su autonomía. Los gobiernos autónomos descentralizados se someterán a reglas fiscales y de endeudamiento interno, análogas a las del Presupuesto General del Estado, de acuerdo con la ley (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:143).*

A través de varios lineamientos, se ha presentado el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía, y Descentralización; el mismo que establece la organización político-administrativa del Estado dentro de los distintos niveles de los gobiernos autónomos descentralizados, con el objetivo de garantizar la autonomía administrativa, política y financiera (CODIGO ORGANICO DE ORGANIZACION TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN, 2008:1).

Estos objetivos se presentan a continuación:

- b) La profundización del proceso de autonomías y descentralización del Estado, con el fin de promover el desarrollo equitativo, solidario y sustentable del territorio, la integración y participación ciudadana, así como el desarrollo social y económico de la población.*
- c) El fortalecimiento del rol del Estado mediante la consolidación de cada uno de sus niveles de gobierno, en la administración de sus circunscripciones territoriales, con el fin de impulsar el desarrollo nacional y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sin discriminación alguna, así como la prestación adecuada de los servicios públicos;*
- d) La organización territorial del Estado ecuatoriano equitativa y solidaria, que compense las situaciones de injusticia y exclusión existentes entre las circunscripciones territoriales*

*g) La delimitación del rol y ámbito de acción de cada nivel de gobierno, para evitar la duplicación de funciones y optimizar la administración estatal*  
(CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN, 2008:2).

Una de las principales funciones de los gobiernos autónomos descentralizados es cumplir con la prestación de servicios públicos; la construcción de la obra pública regional que se encuentre basado en los principios de calidad, eficacia y eficiencia. Además, de los principios fundamentales tales como la universalidad, accesibilidad, continuidad, regularidad, solidaridad y equidad (CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN, 2008:1).

Además, está el cumplimiento de un pilar fundamental que es la subsidiaridad; que hace referencia a los privilegios dentro de la gestión de los servicios y políticas públicas hacia la población con el objetivo de mejorar la eficacia, calidad y la democratización de los mismos. Todo esto bajo las competencias de los niveles de gobierno.

## **2.2. La Constitución de la República del Ecuador de 2008**

La llegada al poder de Rafael Correa implicó varios cambios en el ordenamiento del Estado y del modelo en el cual se regía al país. Uno de los cambios más representativos dentro de los primeros meses de gobierno fue su constante lucha para la creación de una Asamblea Constituyente, que ciertamente iba en contra del entonces Congreso Nacional; que contaba en su mayoría con diputados pertenecientes a la oposición.

Para ese momento, se convocó a una consulta popular la cual aprobó la creación de la Asamblea Constituyente y la redacción de la nueva constitución. El referéndum fue aprobado con un 81,72% (EL UNIVERSO, 2007:1). De esta forma, la ciudad de Montecristi fue declarada la sede de la Asamblea Constituyente, en donde 130 asambleístas resolvieron la disolución del Congreso Nacional. Además, se formaron diversas comisiones que se encargaron de la redefinición de la constitución, entre estas estuvieron las comisiones de lo laboral, civil, penal, seguridad social, tributario fiscal y financiero, organización territorial y gobiernos autónomos, desarrollo económico y producción, participación social, del ambiente,

salud, etc. Nuevamente, el Tribunal Supremo Electoral convocó una consulta popular, la misma que aprobaría o desaprobaría la nueva constitución. Para el 28 de septiembre de 2008, se desarrolló el referéndum constitucional en el cual la nueva Constitución de la República fue aprobada con un 63,93% frente al 28,10% (EL UNIVERSO, 2008:1).

### **2.2.1. Reformas constitucionales en materia de la salud**

A través de los años se han evidenciado problemas en torno al sistema nacional de salud, sobre todo en materia de presupuestos, regulaciones, organización y acceso equitativo e igualitario. Los intereses políticos de los gobiernos y de instituciones privadas se han visto beneficiados por normativas y leyes que protegieron sus propios intereses, sobre todo económicos. Esto trajo como consecuencia la desarticulación del sistema nacional de salud que afectó la calidad de los servicios; desprotegiendo a la población de su derecho fundamental de salud, sobre todo de la población más vulnerable.

En respuesta a las ineficiencias tradicionales encontradas, dentro de los pilares fundamentales de la Revolución Ciudadana se encuentran los fundamentos de la Revolución Social mencionados anteriormente. De tal manera, se planteó *“privilegiar a la salud como un derecho fundamental y eje estratégico para el desarrollo Nacional” (MSP, 2008:1)*. En consiguiente, el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) desarrollaron el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, denominado *“Por una Salud Equitativa, Digna y de Calidad”*; en el cual se tomó como tema central la propuesta de salud para la aprobación futura en la Asamblea Nacional Constituyente. Sus enfoques y perspectivas fueron canalizadas a través del objetivo de impulsar cambios fundamentales en el sector de la salud para que de esta manera se garantice completa y efectivamente el derecho a la salud de toda la población. Por lo que sus miembros declararon lo siguiente:

1. *Ratificar a la salud individual y colectiva de la población como derecho humano fundamental y fuente primordial de bienestar y eje estratégico del desarrollo social y económico de la nación.*
2. *Reafirmar la voluntad y el compromiso político de los y las actores participantes del sector salud para impulsar las políticas y acciones necesarias tendientes a efectivizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, base fundamental de la ciudadanía en salud y garantía de*

*acceso justo a los bienes y servicios de salud, en condiciones de equidad, universalidad y solidaridad*

3. *Que la economía debe estar al servicio del ser humano y no al revés; en consecuencia, el Estado garantizará un sistema sanitario en el que la salud deje de ser un privilegio y se constituya en eje del bienestar ciudadano con equidad y dignidad como parte de una agenda política de protección social que beneficie a todos y todas, priorizando la inclusión de los grupos más vulnerables (CONASA, 2007:1).*

Posteriormente a la declaración de Cuenca de 2007, la versión aprobada de la Constitución de 2008 aprobó e incorporó regulaciones, cambios y reformas al fortalecimiento de los servicios públicos estatales, las prácticas de salud ancestral y alternativa, la promoción del desarrollo integral del personal de salud, un control sobre adicciones y publicidad y la definición de la Red Pública Integral de Salud. Además una sección fundamental sobre la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, la atención universal y gratuita y el financiamiento de la salud a través de la preasignación (MSP, 2008:19)

**TABLA 13**  
**COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE SALUD**

<b>CONSTITUCIÓN 1998</b>	<b>CONSTITUCIÓN 2008</b>
<p><b>Art. 43.-</b> Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.</p>	<p><b>Art. 358.-</b> El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.</p>
<p><b>Art. 45.-</b> El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.</p>	<p><b>Art. 359.-</b> El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.</p> <p><b>Art. 360.-</b> El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.</p> <p><b>Art. 362.-</b> La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.</p>

Fuente: Constitución de la República del Ecuador de 1998 y de 2008

Elaboración: León Cáceres Ángela

A través de esta comparación, es evidente que la Constitución de 1998 es menos específica, sobre todo en lo referente a la amplitud que deja en relación a la organización y conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, que muestra un limitado interés en la mención de los servicios de salud y la relación de gratuidad que se menciona explícitamente en los programas y acciones de salud pública. Contrariamente, la Constitución de 2008 organiza en sus artículos los principios que administran a los servicios de salud y los derechos de todos los usuarios; es decir a toda la población en sí. Además manifiesta un amplio enfoque en lo referente a la universalidad y gratuidad de los servicios públicos, definiendo cuales son todos los niveles de atención y los procedimientos a seguir para la consecución de este derecho.

La Constitución de 2008 presenta el Art. 361 que fortalece al MSP, definiendo sus roles y construyendo el sentido de empoderamiento de la institución.

*Art. 361. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:165).*

Por otra parte, se presentan las reformas al sistema de seguridad social, en el cual el enfoque con mayor relevancia es el ingreso del la Red Pública Integral de Salud que prestará su atención en materia de salud y contingencia, referentes a las enfermedades y la maternidad. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) continúa con sus labores responsables dentro del seguro obligatorio, mientras que la policía y las fuerzas armadas transfieren sus competencias a la Red Pública Integral de Salud.

**TABLA 14**  
**COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE DERECHOS**

CONSTITUCIÓN DE 1998	CONSTITUCIÓN DE 2008
<p><b>Art. 57.-</b> El seguro general obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte. La protección del seguro general obligatorio se extenderá progresivamente a toda la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, conforme lo permitan las condiciones generales del sistema. El seguro general obligatorio será derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias.</p>	<p><b>Art. 369.</b> El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. <i>Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.</i> El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente. La creación de nuevas prestaciones estará debidamente financiada.</p>
<p><b>Art. 58.-</b> La prestación del seguro general obligatorio será responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma dirigida por un organismo técnico administrativo, integrado tripartita y paritariamente por representantes de asegurados, empleadores y Estado, quienes serán designados de acuerdo con la ley. Su organización y gestión se regirán por los criterios de eficiencia, descentralización y desconcentración, y sus prestaciones serán oportunas, suficientes y de calidad. Podrá crear y promover la formación de instituciones administradoras de recursos para fortalecer el sistema previsional y mejorar la atención de la salud de los afiliados y sus familias. La fuerza pública podrá tener entidades de seguridad social.</p>	<p><b>Art. 370.</b> El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados. La policía nacional y las fuerzas armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; <i>sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud</i> y del sistema de seguridad social.</p>

Fuente: Constitución de la República del Ecuador de 1998 y de 2008

Elaboración: León Cáceres Ángela

En resumen, la nueva propuesta establecida en la Constitución de 2008 muestra su enfoque de derechos, además del rol del Estado dentro del aseguramiento y cumplimiento de este derecho, en el cual éste asume la responsabilidad directa en el tema de salud, visto de una manera integral.

### **2.2.2. Reconocimiento de la salud gratuita como un derecho**

Bajo el marco mundial, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que “*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano*” (OMS, 2012:1). Además, este derecho incluye el acceso a una atención aceptable, oportuna, asequible y de calidad; en donde los Estados deben crear las condiciones necesarias que aseguren y permitan que todas las personas vivan de la manera más saludable, y que se preste especial atención a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad (OMS, 2012:1).

De esta manera, se presenta la siguiente comparación de los artículos en las constituciones del Ecuador, teniendo que la Constitución de 2008 muestra que la salud es en sí un derecho, mientras que la de 1998 simplemente reconoce la

existencia del mismo. A partir del III Congreso por la Salud y la Vida en 2007, se declaró lo siguiente en lo referente al Modelo de Atención de Salud que deberá regir en el país:

*Constituye política de Estado garantizar el derecho a la salud y a una vida digna. La salud será considerada un bien social y no objeto de lucro. Se desarrollará desde un enfoque de derechos en base a un modelo de atención integral e integrado que funcione bajo los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad y diversidad. Ninguna persona será objeto de discriminación por su condición económica, social, étnica, cultural, de género, generacional, opción sexual, discapacidades o cualquier otro tipo; la atención de la salud ser humanizada y digna (CONASA, 2007:2).*

**TABLA 15  
COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DE LOS DERECHOS**

CONSTITUCIÓN DE 1998	CONSTITUCIÓN DE 2008
<p><b>Art. 23.-</b> Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado <b>reconocerá y garantizará</b> a las personas los siguientes:</p> <p>20. El derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios.</p> <p><b>Art. 42.-</b> El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.</p>	<p><b>Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado</b>, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.</p> <p>El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.</p>

Fuente: Constitución de la República del Ecuador de 1998 y de 2008

Elaboración: León Cáceres Ángela

Adicionalmente, se presentan cambios significativos en lo referente al financiamiento.

**TABLA 16  
COMPARACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE 1998 CON LA CONSTITUCIÓN DE 2008 EN MATERIA DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD**

CONSTITUCIÓN DE 1998	CONSTITUCIÓN DE 2008
<p><b>Art. 46.-</b> El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.</p>	<p><b>Art. 366.-</b> El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas sin fines de lucro y privadas sin fines de lucro, <b>que garanticen gratuidad en las prestaciones</b>, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.</p>

Fuente: Constitución de la República del Ecuador de 1998 y de 2008

Elaboración: León Cáceres Ángela

Como muestra la Constitución de 1998, su mayor contradicción hace referencia a las fuentes de financiamiento, que toman dentro del presupuesto a “*quienes tengan capacidad de contribución económica*”, es decir a las personas que puedan pagar económicamente los servicios de salud; contradiciendo así el derecho de acceso gratuito a la salud. Mientras que se aclara en la Constitución de 2008, que los recursos provendrán de “*fuentes permanentes*”, agregando la definición de las instituciones que contarán con el apoyo financiero del Estado para la consecución de este derecho, para toda la población.

Además, como complemento del Art.362 de la Constitución de 2008 se presenta que “*Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios*” (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:166).

*Para cumplir con el aseguramiento universal de salud, los servicios los servicios públicos serán gratuitos, es decir, sin costo directo para el usuario para lo cual es necesario un sistema de financiamiento basado en impuestos, y otras fuentes fiscales estables, con claros mecanismos de exigibilidad y sostenibilidad. El financiamiento público para la salud debe incrementarse en 0.5% anualmente hasta alcanzar al menos el 4% del PIB, de acuerdo al mandato popular (CONASA, 2007:3).*

De igual manera se establece que las acciones de salud tendrán énfasis en la atención primaria, promoción de salud y prevención; las que serán desarrolladas en los ambientes familiares, educativos, laborales y comunitarios. De esta manera, el modelo de gestión será organizado de acuerdo a la demanda nacional, regional y local; bajo la rectoría del MSP que garantizará la efectividad, eficiencia y eficacia. Además, se tomará en cuenta la distribución de los recursos de manera equitativa con una proyección prioritaria a las zonas y grupos vulnerables y en riesgo sobre todo bajo condiciones naturales, sociales, étnico-culturales, económicas, geográficas y ambientales (CONASA, 2007:1).

La Constitución de 2008, establece que la atención integral de salud se prestará a cargo de la Red de Servicios Públicos, la misma que será de acceso universal, inmediato y gratuito.

### 2.2.3. La población y sus derechos constitucionales sobre la salud

Históricamente, la población ecuatoriana no contaba con derechos específicos sobre la salud, es decir la garantía del derecho a la salud por ciclos de vida; leyes y derechos implementados en la Constitución de 2008. De esta forma, se destina el capítulo 3 de la sección séptima de la Constitución de 2008, para los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Como mencionado anteriormente, el Art.35 define los grupos prioritarios que han sido relegados por condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas. De esta manera se presentan las siguientes secciones de la constitución destinadas a la definición propia de cada sector poblacional.

Sección primera, Adultas y Adultos mayores:

*Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los sesenta y cinco años de edad.*

*Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*

(CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:30)

Además, el Estado será el encargado de establecer políticas públicas y programas de atención que tomen en cuenta las diferencias existentes entre las áreas rurales y urbanas, así como también las inequidades de género, su cultura propia, su etnia y las diferencias entre las personas pertenecientes a diversas comunidades, pueblos y nacionalidades. Para la consecución de estos derechos, el Estado promoverá la atención en centros especializados, en donde la salud, la nutrición, el cuidado diario, y la protección sean los pilares fundamentales. Y por otra parte, se crearán centros de acogida y albergue para quienes no cuenten con un hogar donde residir o tengan conflictos familiares, sobre todo para promover la protección y el cuidado especial cuando sufran de enfermedades degenerativas o crónicas (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:31,32).

Sección segunda, Jóvenes:

**Art. 39.-** *El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.*

*El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento*  
(CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:32).

En la Sección cuarta, sobre Mujeres embarazadas, el Estado manifiesta que toda mujer embarazada y en periodo de lactancia tendrán la garantía de no ser discriminadas en el ámbito social, laboral y educativo; además que serán provistas de gratuidad en los servicios de salud materna y un cuidado y protección prioritaria alrededor de las fases de vida; durante el embarazo, el parto y postparto (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:34).

Posteriormente, en la Sección quinta, niñas y niños y adolescentes; se manifiesta el gozo de los derechos comunes del ser humano además de los derechos específicos de la edad a la que pertenecieren. En torno a la salud, el Estado adoptará medidas para el grupo social referidos en el Art.46.

1. *Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
  2. *Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica.*
  5. *Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.*
  6. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo d emergencias.*
  9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*
- (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008:35,36).

Por vez primera, bajo los lineamientos constitucionales se presenta la sección sexta referente a las personas con discapacidad que manifiesta el rol del Estado en la garantía de la prevención de discapacidades y el trabajo colectivo con la sociedad para lograr la equiparación de oportunidades. Además de una serie de especificaciones en torno a la educación, la inclusión social, el trabajo y a sus familias; de acuerdo al Art.47 se manifiesta lo siguiente en torno a la protección en salud:

1. *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.*
  2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas.*
  9. *La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual.*
- (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008: 37)

De otra parte, en la séptima sección se hace referencia a las personas con enfermedades catastróficas; el Estado garantiza su atención especializada y gratuita en todos los niveles y ciclos de vida.

Finalmente, en la Constitución, está la sección octava para personas privadas de la libertad; en relación al ámbito de la salud cuentan también con un respaldo constitucional que hace referencia a lo siguiente:

4. *Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.*
  6. *Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad*
  7. *Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.*
- (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008:39)

### **2.3. La implementación del Plan Nacional para el Buen Vivir**

El Plan Nacional para el Buen Vivir ha sido desarrollado por la República del Ecuador para la construcción de un Estado plurinacional e intercultural, en el cual sus habitantes puedan alcanzar el Buen Vivir. En esta propuesta se plantea la consolidación de políticas públicas y de transformación del Estado, a través de procesos éticos y transparentes, conjuntamente con una revolución económica y productiva que oriente los recursos del Estado a sectores primordiales como el de la salud, educación y trabajo. Esto se fundamenta en la democratización del acceso y un proceso de revolución social en la que el Estado garantice los derechos fundamentales de la población, fortaleciendo las capacidades y asegurando las libertades de la población junto con los principios de equidad, participación, justicia social, dialogo y respeto al medioambiente.

Un factor primordial en el PNBV es definitivamente la satisfacción de las necesidades básicas para la consecución de una calidad de vida para la población;

indistintamente de su localización, género o etnia. Cabe mencionar la importancia que da el PNBV al fortalecimiento de las libertades, capacidades, potencialidades de cada individuo para la realización tanto personal como colectiva. Enfocando al ser humano como eje del desarrollo junto con su medio geográfico, territorial, cultural y medioambiental. Debido a esto, se han planteado doce objetivos que cumplirían con lo planteado anteriormente, siendo el caso del Objetivo 3 el que se enfoca en el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población, específicamente a través de la vinculación de la satisfacción de las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas

### **2.3.1. La salud y el concepto del Buen Vivir**

Como se ha mencionado anteriormente, los paradigmas de desarrollo que fueron implantados en el Ecuador en décadas pasadas, tuvieron consecuencias negativas tanto económicas como sociales en la población ecuatoriana a causa de la serie de políticas de ajuste implementadas por los gobiernos. En respuesta a lo señalado, la Constitución de 2008 se ha enfocado en un planteamiento distinto del desarrollo; en el cual la primordial es tener al ser humano como centro del desarrollo y no contrariamente a la producción o los mercados. Como resultado de esta propuesta, se supone que el crecimiento económico ya no es la base del desarrollo, es decir que se debe medir el nivel de vida de las personas mas no solamente el PIB.

Y como bien lo establece el PNUD, la calidad de vida se define por poder *“contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente”* (PNUD, 1997:20) Por lo tanto, el enfoque se centra en *“lo que las personas pueden hacer y ser más de lo que puedan tener”* (SENPLADES, 2009:32)

El concepto del Buen Vivir plantea el repensar las relaciones económicas, culturales, sociales y ambientales, además de concebir una idea colectiva en donde prime el “nosotros” en contraposición al “yo”. Adicionalmente, se profundiza en el ámbito del bienestar, que el Buen Vivir incluye no únicamente el estar, sino el ser (SENPLADES, 2009:45).

Esta visión del Buen Vivir propone la ampliación de los derechos, las oportunidades, libertades y potencialidades de los seres humanos; reconociendo la importancia de alcanzar un porvenir compartido a través de la identificación y reconocimiento de las diversidades y una orientación hacia la construcción de una sociedad libre, justa y democrática. En consecución, se implementó una transformación dentro de los tres ejes fundamentales. Primeramente, el socio-económico con el fin de asegurar la igualdad; el político que permita reformas y cambios en las estructuras de poder para eliminar el mal manejo de esta herramienta y el sociocultural que está encaminado al reconocimiento de las diferencias entre culturas para aprovechar sus conocimientos propios y crear un sentido de aprendizaje mutuo (SENPLADES, 2009:335).

*Art. 275.- El régimen de desarrollo es el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir, del sumak kawsay. El Estado planificará el desarrollo del país para garantizar el ejercicio de los derechos, la consecución de los objetivos del régimen de desarrollo y los principios consagrados en la Constitución. La planificación propiciará la equidad social y territorial, promoverá la concertación, y será participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente. El buen vivir requerirá que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades gocen efectivamente de sus derechos, y ejerzan responsabilidades en el marco de la interculturalidad, del respeto a sus diversidades, y de la convivencia armónica con la naturaleza (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:135).*

De acuerdo a esto, la salud es considerada fundamental para alcanzar el Buen Vivir debido a que el régimen de desarrollo implementado por la constitución tiene los siguientes objetivos mencionados en el Art.276 que van correlacionados con el derecho a la salud:

- 1. Mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución.*
- 2. Fomentar la participación y el control social, con reconocimiento de las diversas identidades y promoción de su representación equitativa, en todas las fases de la gestión del poder público.*
- 3. Recuperar y conservar la naturaleza y mantener un ambiente sano y sustentable que garantice a las personas y colectividades el acceso permanente y de calidad al agua, aire y suelo, y a los beneficios de los recursos del subsuelo y del patrimonio natural (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:135).*

Igualmente, este sistema de desarrollo está compuesto por los ámbitos de atención prioritaria como la educación, la salud, la seguridad social, la gestión de riesgos, el deporte, la vivienda, la comunicación, la ciencia, la tecnología, etc.

*Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará*

*por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:165).*

Este nuevo modelo que relaciona a la salud con el buen vivir se contrapone al modelo dominante en donde el fin de la salud es lucrativo. Es decir, en el Ecuador se ha transformado la concepción de la salud pública desde un punto de vista integral, no solamente considerando que la salud es la ausencia de la enfermedad. La salud y el buen vivir no tienen un sentido netamente individual sino colectivo y no solo se han enfocado en el aspecto curativo, más bien abarcan contextos amplios que den explicaciones globales sobre el estado mental y físico de las personas.

*Art. 362.- La salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.*

*Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR , 2008:166).*

De esta manera, se propone un sistema de salud integral e intercultural en donde la finalidad es llegar a concebir una vida plena y donde el centro de atención es el ser humano y no los intereses privados. Además, se exhibe el dinamismo entre el ser humano y la naturaleza en un ámbito de respeto y complementariedad, integrado por una intervención del Estado que asegure este derecho.

De manera pionera, en el Ecuador se han establecido los principios que han de regir a los servicios de salud tanto públicos como privados. Además de lo anteriormente mencionado, la salud está también vinculada a otros derechos fundamentales que forman parte de los parámetros del buen vivir; éstos están relacionados con la alimentación, la cultura, el agua, el trabajo, la seguridad social y el medioambiente.

### **2.3.2. El Objetivo 3 y la Política 3.3 del PNBV**

El objetivo 3 del PNBV es “Mejorar la calidad de vida de la población” para cual se presenta la política bajo ese objetivo que manifiesta: “*Garantizar la*

*atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad” (SENPLADES,2009:189).* De esta manera, el objetivo propone acciones públicas que se concreten a través de la prestación de servicios integrales e integrados que garanticen los derechos planteados en los lineamientos del buen vivir, con una especial atención en los grupos de atención prioritaria (SENPLADES, 2009:189).

*El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional y complejo, determinado por aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la salud, educación, alimentación, vivienda, ocio, recreación y deporte, participación social y política, trabajo, seguridad social, relaciones personales y familiares. Las condiciones de los entornos en los que se desarrollan el trabajo, la convivencia, el estudio y el descanso, y la calidad de los servicios e instituciones públicas, tienen incidencia directa en la calidad de vida, entendida como la justa y equitativa (re)distribución de la riqueza social (SENPLADES, 2009:190).*

Para el cumplimiento de este objetivo, se han planteado diferentes lineamientos. Dentro de los literales, el primero y uno de los más relevantes consiste en *“Articular los diferentes servicios de la red pública de salud en un sistema único, coordinado e integrado y por niveles de atención” (SENPLADES, 2009:203).* Los delegados de las instituciones de la Red Pública de Salud han mostrado la necesidad de la unificación de criterios en lo referente a procedimientos y requerimientos para la atención de los diferentes usuarios dentro de las red pública y privada, con el fin de agilizar trámites y permitir el acceso oportuno y equitativo, sobre todo a través de la gratuidad de los servicios en cualquiera de los dos sistemas. A través de la Red Pública de Salud, se ofrecerá a los ciudadanos recursos técnicos, humanos y financieros, para garantizar la atención en salud de manera oportuna, científica y equitativa; es decir de manera integral (MSP, 2012:1).

*Establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos , a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en leyes vigentes sobre el tema, y facilitar el acceso a los usuarios a los servicios de salud que requieran por atención emergente, derivación o referencia y contra referencia entre unidades calificadas/acreditadas de la red pública integral y red privada (complementaria) (MSP, 2012:3).*

Esta transformación pretende cambios profundos en la institucionalidad y las diferentes modalidades de prestación de los servicios de salud, para lo cual es fundamental el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. Por lo que primeramente, al inicio del gobierno se intervino en:

*El mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del MSP, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud<sup>12</sup> y la constitución de los Equipos Básico de Salud<sup>13</sup> (SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, 2012:22).*

A través de este objetivo, la política de gratuidad y de inversión en las unidades del MSP, como se resaltarán en páginas siguientes, han mostrado un incremento en lo que significa cobertura de atención en salud y se ha logrado poner en primer plano a los servicios públicos de salud como la alternativa para lograr la resolución de las necesidades de la población. Este enfoque del MAIS tiene fuerza gracias a su alcance tanto familiar, como intercultural y comunitario. Además, cabe resaltar la importancia de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en donde se responden a las necesidades de salud del país acorde a sus razones demográficas y epidemiológicas, con especial énfasis en superar las barreras y brechas en el acceso a los servicios integrales de salud; conjuntamente con la importancia de la complementariedad con la red pública y privada de salud, y de manera relevante, que la salud y el enfoque del APS-R se encuentren en relación con el desarrollo humano sustentable, el mismo que supera el neto sentido de generación de riqueza económica ya que plantea al desarrollo como *“el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras”* (SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, 2012:32).

En colaboración con el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (MCDS), se planteó la Agenda Social que va acorde a la política 3.3 del PNBV; en el cual se enfatiza lo siguiente:

*Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud, el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud; la articulación de la Red Pública Integral de Salud, el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos, el fortalecimiento del recurso humano y de la producción científica y tecnológica en salud (SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, 2012:29).*

---

<sup>12</sup> Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

<sup>13</sup> Equipos Básicos de Salud (EBAS)

Complementariamente, se optimiza el uso de las instalaciones del IESS, MSP, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y las unidades de Salud Municipales y de los Consejos Provinciales. De tal manera que, todas estas instituciones se sumen al objetivo general de proveer y asegurar el acceso a la salud en una red de servicios articulados para toda la población; regidos por un sistema de cruce de cuentas y un tarifario único (MCDS, 2009:11).

En breve, la política 3.3 entiende a la salud como el estado de completo bienestar, que está basado bajo la definición de la OMS “*La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales*” (OMS, 2006 :1) .Además, encuentra a la salud como productora de desarrollo que en sí implica el esfuerzo y colaboración tanto de los individuos como de los diferentes grupos sociales, que trabajen en función del mejoramiento de la calidad de vida y la generación de oportunidades. Tanto dentro de la Constitución como en el PNBV, se considera que la estrategia primordial de Atención Primaria de Salud es la base de la organización y funcionamiento del SNS y de la red pública integral de salud.

Complementariamente, los siguientes son otros lineamientos dentro de la política 3.3 del Objetivo 3 del PNBV:

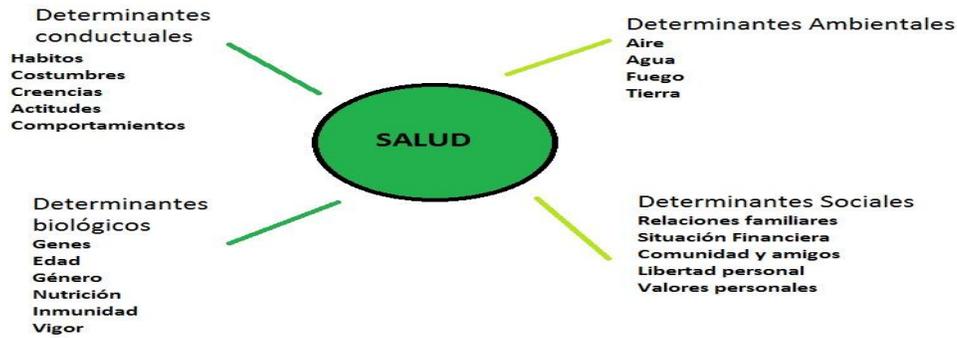
- b. Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria sobre la red complementaria de atención, incluyendo la privada, social y comunitaria.*
- c. Promover la producción de medicamentos esenciales genéricos de calidad nivel nacional y de la región, procurando el acceso a medios diagnósticos esenciales de calidad.*
- d. Mejorar la calidad de las prestaciones de salud, contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.*
- e. Promover procesos de formación continua del personal de salud, a fin de proveer servicios amigables, solidarios y de respeto a los derechos y a los principios culturales y bioéticos, de acuerdo a las necesidades en los territorios y su perfil epidemiológico.*
- f. Generar y aplicar mecanismos de control de calidad de la atención y de la terapéutica en las prestaciones en los servicios de la red pública y complementaria, a través de protocolos de calidad, licenciamiento de unidades, participación ciudadana y veeduría social.*
- g. Impulsar la investigación en salud, el desarrollo de procesos terapéuticos y la incorporación de conocimientos alternativos* (SENPLADES, 2009: 203).

### **2.3.3. La inversión pública en la salud**

El sistema de salud en años anteriores se caracterizó por ser segmentado, es decir tener diferentes fuentes de financiamiento y proveedores, al mismo tiempo

que tener una acción desarticulada de sus funciones. Es fundamental comprender los determinantes de la salud para poder enfocar la inversión.

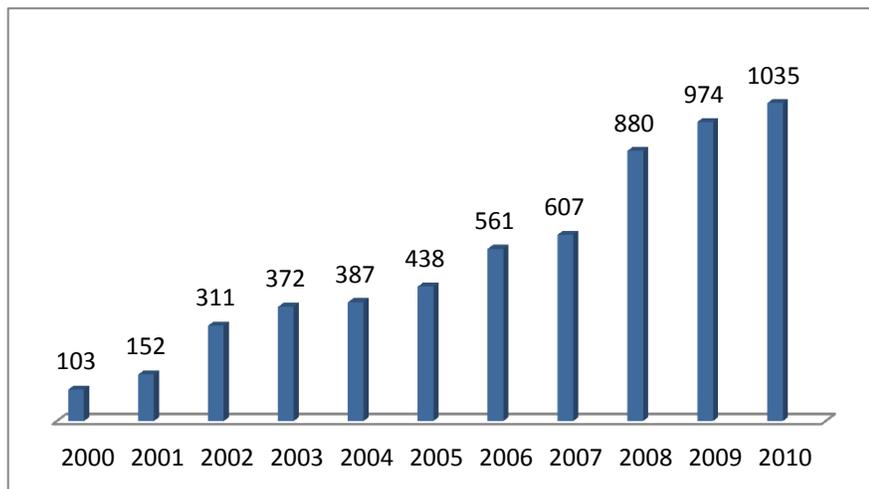
**GRAFICO 6  
DETERMINANTES DE LA SALUD**



Fuente: Mark Lalonde, 1974  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Partiendo de un análisis complejo, desde el inicio de la presidencia de Rafael Correa hasta 2011, la inversión del MSP pasó de 600 millones de dólares a 1400 millones de dólares en 2011 (EL CIUDADANO, 2013).

**GRAFICO 7  
TENDENCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL MSP FRENTE AL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO EN MILLONES DE DÓLARES**



Fuente: MSP 2011  
Elaboración: León Cáceres Ángela

Para 2012, el egreso global en salud asciende a 5.277 millones de dólares. Dentro de esta cantidad se comprende 506 establecimientos de salud

remodelados y 97 construidos, además de \$ 204.000.000 en equipamiento y la incorporación de 184 ambulancias y 2 hospitales móviles. Dentro de todo esto, ocho unidades móviles especializadas incluyendo dos oncológicas y seis quirúrgicas. Paralelamente, se han destinado \$637.000.000 en medicina gratuita destinada a la atención de la población (EL CIUDADANO, 2013).

**TABLA 17**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y CAMAS HOSPITALARIAS POR REGIONES DEL ECUADOR**

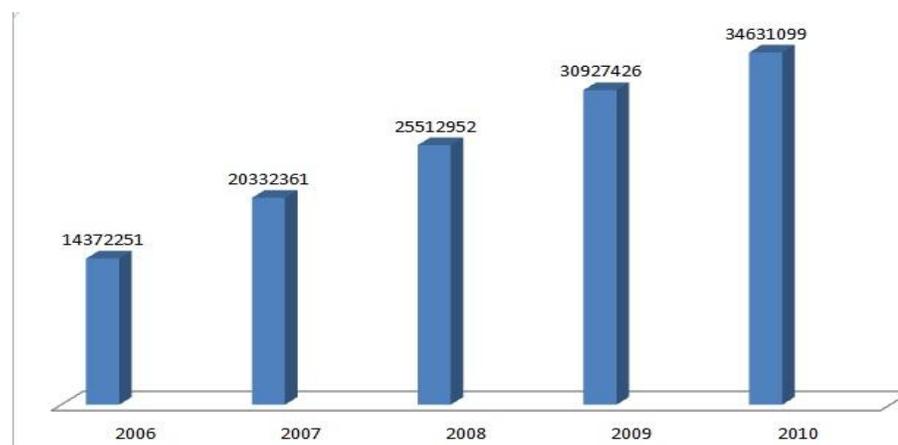
REGIONES	ESTABLECIMIENTOS			CAMAS HOSPITALARIAS		
	2001	2005	2011	2001	2005	2011
<b>TOTAL</b>	634	721	792	20.171	21.368	24.595
<b>Sierra</b>	303	337	357	9541	9705	11754
<b>Costa</b>	288	340	396	9896	10904	11959
<b>Amazonia</b>	36	36	37	641	662	803
<b>Insular</b>	2	2	2	30	30	29
<b>No delimitada</b>	5	6	-	63	67	-

Fuente: INEC 2011

Elaboración: León Cáceres Ángela

Además de los 8868 médicos, 1017 obstetrices, 1974 odontólogos, 5087 enfermeras y 822 tecnólogos médicos contratados; se cuenta que 2742 equipos básicos de salud se encuentran en pleno funcionamiento hasta 2012. De esta manera, en número de atenciones de morbilidad han pasado de 1.437.251 en 2006 a 34.631.099 en 2012. Por consiguiente, se han invertido 630 millones de dólares en entrega de medicamentos gratuitos a la población y la cobertura de exámenes de laboratorio que crecieron en un 134% desde 2006 a 2010.

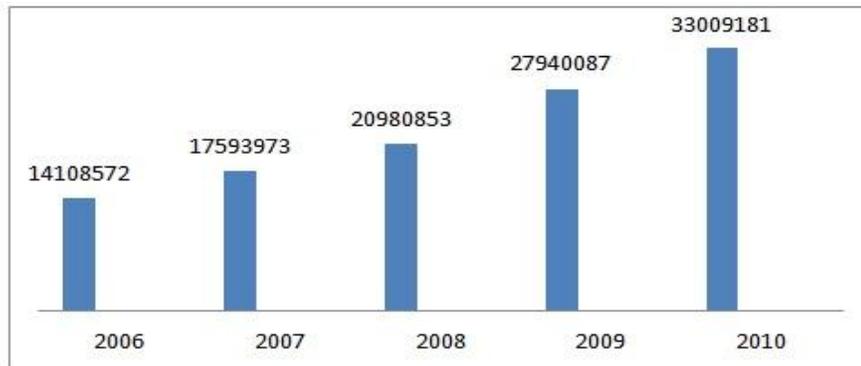
**GRAFICO 8**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ATENCIONES A CONSULTAS DE LA POBLACIÓN**



Fuente: MSP 2011

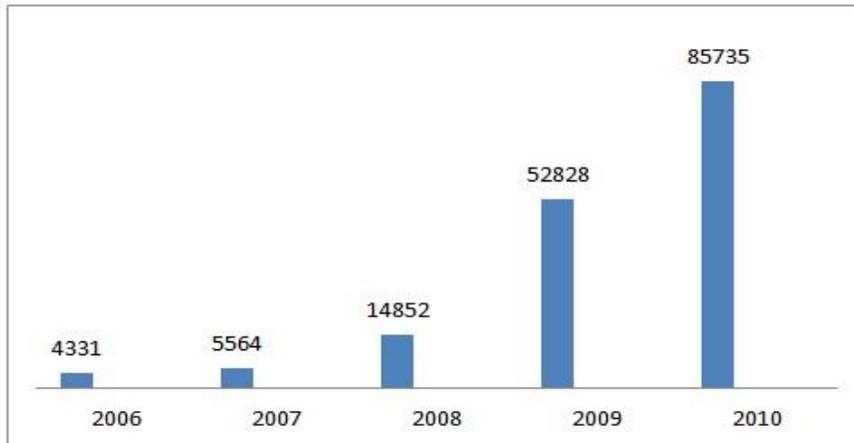
Elaboración: León Cáceres Ángela

**GRAFICO 9**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE EXÁMENES DE LABORATORIO**



Fuente: MSP 2011  
 Elaboración: León Cáceres Ángela

**GRAFICO 10**  
**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE TOMOGRAFÍAS REALIZADAS**



Fuente: MSP 2011  
 Elaboración: León Cáceres Ángela

El Ministerio de Salud Pública, ha presentado un informe de su gestión que manifiesta que en el período 2007-2012 se ha invertido en salud en todo el país una cantidad equivalente a \$7.072'.271.447. En esta inversión se incluye el incremento de demanda de atenciones en 2006 de 16 millones a 32 millones en 2011, en lo que respecta a medicina gratuita una cantidad de \$773'930.046 y \$638'132.953 en infraestructura y equipamiento. Igualmente de 2006 al 2010 se ha manifestado una reducción del 15% de la tasa de desnutrición. En lo referente al fortalecimiento del talento humano se ha presentado hasta 2012, 1298 beneficiarios del programa ampliado de becas; conjuntamente con la reforma de las políticas salariales que han incrementado el salario de \$ 935 a \$1676 de unos 17.000 profesionales; y la apertura de 18.321 partidas. Desde 2007 a 2012, 506

establecimiento de salud han sido remodelados y se han construido 5 hospitales nuevos. Para 2016, se espera la construcción de 934 centros de salud (MSP, 2013).

En resumen, desde la elección de Rafael Correa el país ha experimentado una serie de cambios tanto legislativos como estructurales y sistémicos. Estos cambios a nivel nacional se han enmarcado bajo la innovadora Carta Magna de 2008 y el PNBV, que han puesto en sí otros cambios en las leyes de los diferentes sistemas y ministerios. Bajo estos lineamientos, la denominada Revolución Social se ha encargado de fortalecer al antiguamente deteriorado sistema de salud, bajo los principios de inclusión, igualdad, universalidad, integralidad y corresponsabilidad; todo esto bajo el parámetro fundamental de un Estado de Derechos.

Fundamentalmente, las reformas políticas se han caracterizado por su enfoque social de priorización hacia los grupos con mayor necesidad y condición de riesgo. Es decir, proveer atención prioritaria a los grupos étnicos históricamente excluidos, a los adultos mayores, personas con capacidades especiales y personas en condición de vulnerabilidad social y económica.

Visto desde este punto, el sistema nacional de salud ha experimentado reformas nunca antes concebidas y un incremento en el presupuesto nacional de salud superior al de cuatro gobiernos, destinados tanto a la atención gratuita, como a la salud preventiva y curativa.

Por lo tanto en el siguiente capítulo se muestra la relación entre el mejoramiento del sistema de salud y el mejoramiento de la calidad de vida hacia el desarrollo humano sustentable.

### CAPITULO III

## EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA SALUD EN UN ESTADO DE DERECHOS

### 3.1. El rol de los organismos y ministerios en la calidad de vida y desarrollo humano

A partir de la Declaración Universal de los Derechos humanos de 1948, se toma en especial reconocimiento lo referente a los derechos sociales, económicos y culturales. Éstos están a su vez relacionados con el trabajo, la seguridad social, un nivel de acceso a la salud, la familia, la educación, la participación ciudadana, el uso del tiempo libre, el bienestar y el desarrollo científico y tecnológico (PNUD, 2001:42).

Posteriormente, en manos de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se aprobó el Derecho al Desarrollo en 1986; el mismo que afirmó que el derecho al desarrollo es parte de los derechos humanos. En esta declaración, se manifiesta la importancia de situar en el eje central al ser humano tanto como individuo como colectivo. De esta manera se considera al ser humano beneficiario y actor principal del desarrollo (PNUD, 2001:35). Sin embargo, para la resolución, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración por votación de 146 a favor contra uno, los Estados Unidos. Adicionalmente, ocho países, todos industrializados, se abstuvieron. Dentro de estos estuvieron Alemania Occidental, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Israel, Japón, Reino Unido y Suecia. La disputa se relacionó con lo siguiente:

*Algunos países industrializados sostenían que había que adquirir los derechos civiles y políticos antes de lograr el desarrollo. En contraste, algunos países en desarrollo respondían que el desarrollo debía alcanzarse antes de que pudieran surgir los derechos civiles y políticos (NACIONES UNIDAS, 2013:1).*

Además, dentro del ámbito de la salud el rol de la OMS fue constituido dentro de los parámetros de responsabilidad y compromiso por la salud mundial. De esta forma, este organismo es responsable de estudiar, plantear y poner en marchas las diferentes alternativas y proyectos que superen y prevean las inequidades en torno a la salud. Por lo tanto, la OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria de las Naciones Unidas; puesto en el cual es responsable de liderar los asuntos sanitarios mundiales al mismo tiempo que

ejerce su función de creación de normas, reglamentos y políticas para brindar el soporte a la población mundial (OMS, 2013:1).

En el ámbito nacional, actualmente el Ministerio de Salud Pública como organismo rector de la salud ecuatoriana, tiene la responsabilidad de regular, planificar, coordinar, controlar y gestionar todo lo referente a la salud pública. En años anteriores, el MSP se encontró con graves falencias presupuestarias y estructurales. A más de no poseer un presupuesto constante, el sistema de salud estaba desarticulado y sobre todo regido por directrices donde los intereses propios de sus dirigentes eran mayores a los intereses nacionales. Las huelgas de los profesionales de la salud eran constantes, lo que impidió durante largos años el constante funcionamiento de las entidades del MSP. Adicionalmente, los procesos no contaban con un sistema de transparencia ni financiera ni organizacional. El MSP anteriormente, no poseía credibilidad y la población ecuatoriana no consideraba que sus servicios fuesen ni eficientes ni de calidad, lo que ocasionó una crisis de confianza hacia la salud pública del país.

Por lo tanto, dentro de la reforma planteada en 2007 del MSP, en su misión como organismo se encuentra la responsabilidad de garantizar el derecho a la Salud a través de los servicios de atención médica, la promoción de la salud, la investigación y profundización del desarrollo tecnológico y científico, la prevención de enfermedades y la articulación de los diferentes actores del sistema de salud ecuatoriano; todo esto sustentado en una misión común nacional que es el desarrollo humano (MSP, 2013:1).

En concordancia con este organismo, se creó el MIES, el mismo que coordina sus responsabilidades en torno a la visión del buen vivir y el desarrollo centrado en los seres humanos. De esta manera, su enfoque reside en la generación de oportunidades para los pobladores en cuestión de equidad, haciendo especial énfasis en las poblaciones con mayores necesidades (MIES, 2012:1).

### 3.1.1. La Organización Panamericana de la Salud en el Ecuador

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), es la agencia de salud pública que actúa como Oficina Regional de la OMS para 48 países de las Américas, formando parte del sistema de las Naciones Unidas. Este organismo tiene a su cargo la cooperación técnica y la movilización de asociaciones para la mejora de la calidad de vida y la salud de la población de las Américas. Su misión es liderar y coordinar estrategias entre sus Estados miembros y aliados para fortalecer los principios de equidad en la salud y el combatir a la enfermedad; mejorando la calidad de vida de la población (OPS, 2013:1). *“Health is the human face of development” (PAHO, 2013:1)*

La manera de operación y ejecución de proyectos y planes de la OPS en el Ecuador está referido de acuerdo a la Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el Ecuador 2010-2014. De esta manera se pretende hacer más pertinente, eficiente y de mayor impacto la cooperación que se realiza en los países. Por estos motivos, la cooperación se ha basado en el régimen de la OMS denominado Cooperación Enfocada en el País mediante la Estrategia de Cooperación con el País (ECP)<sup>14</sup> (OPS, 2009:1).

Como el objetivo final de la OMS/OPS es el desarrollo de la salud de los países, estos organismos han identificado la necesidad de responder de manera más efectiva a las necesidades específicas de los países. Por lo tanto, se ha realizado un estudio exhaustivo de la región en sí y del Ecuador concretamente. En lo que refiere a lo interno del Sistema de Naciones Unidas, se ha aprobado el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) en coordinación y comunicación con las autoridades nacionales sobre las prioridades de planificación nacional y los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio), que definieron conjuntamente las áreas prioritarias de acción y los resultados esperados en el ciclo de cooperación técnica internacional (OPS, 2009:5). Estos 8 ODM son los siguientes:

- 1.- *Eradicar la pobreza extrema y el hambre*
- 2.- *Lograr la enseñanza primaria universal.*

---

<sup>14</sup> CCS: Country Cooperation Strategy

- 3.- Promover la igualdad entre sexos y el empoderamiento de la mujer.
- 4.-Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- 5.- Mejorar la salud materna
- 6.-Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- 7.-Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- 8.-Fomentar una alianza mundial para el desarrollo  
(NACIONES UNIDAS, 2013:1).

Las actividades tanto de la OPS como de las autoridades nacionales de salud tuvieron como finalidad el identificar los principales problemas de salud en el país. De esta manera, han unido esfuerzos para discutir las prioridades en materia de salud y las políticas de desarrollo, así como también las necesidades y requerimientos de cooperación técnica que fueron acordados con las autoridades nacionales. Por consiguiente, se han enmarcado seis ejes en materia de cooperación:

- 1.-Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada
- 2.-Promoción de la Salud
- 3.-Protección Social
- 4.-Igualdad de Género
- 5.-Etnicidad
- 6.-Enfoque de Derechos Humanos

Conjuntamente, se establecieron las prioridades de Cooperación Técnica de la OMS/OPS con el Ecuador. De esta forma se identifican las siguientes:

- 1.- Apoyo al desarrollo del marco jurídico, normativo y de políticas que deriva de los contenidos de la nueva Carta Magna y el Plan Nacional de Desarrollo, con el propósito de alcanzar las metas de acceso universal en salud con gratuidad progresiva
- 2.-Apoyo al proceso de transformación sectorial en salud como eje orientador y articulador de salud, en los ámbitos nacional, provincial y local.
- 3.-Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública, desarrollando un modelo de organización y gestión horizontal, descentralizado, eficiente y eficaz
- 4.-Impulsar la construcción, desarrollo y consolidación de las Redes Integradas de Prestadores Públicos, en el marco de la equidad en salud, coadyuvando a la expansión de la cobertura y un mayor acceso de la población a los servicios de salud, incluyendo la atención a la discapacidad y a la población vulnerable.
- 5.-Impulso al desarrollo de un nuevo modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de la estrategia de atención primaria renovada
- 6.-Fomentar, facilitar y mediar la alineación de procesos formativos de RRHH con las necesidades de la Transformación del Sector Salud y el desarrollo del nuevo Modelo de Atención
- 7.-Propiciar el trabajo interprogramático, intersectorial e interagencial, con la participación de gobiernos locales, la sociedad civil, con el fin de mejorar las condiciones de vida, ambientales, de salud y el logro de los ODM.

- 8.- Fortalecer la capacidad institucional para la promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles*  
*9.-Fortalecer la capacidad institucional para la transversalización del enfoque de género e interculturalidad en las políticas y los programas del sector salud*  
*(OPS, 2009:3,4)*

Además, la OMS/OPS en el Ecuador se ha enmarcado con enfoques estratégicos que promuevan la Cooperación Técnica entre Países (CTP), tales como los con el MERCOSUR, UNASUR y CAN. Así como el cumplimiento de tratados y convenios internacionales en materia de la salud y desarrollo. Conjuntamente con un fortalecimiento de la Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública y la Agencia Ecuatoriana de Cooperación Internacional (AGECI), promoviendo la cooperación sur-sur y la triangulación (OPS, 2009:5).

Durante el período 2007-2010, la cooperación internacional destinó \$200,8 millones de dólares que representa el 10,6% del monto plurianual designado al país en lo que refiere a proyectos de salud; con relación de importancia hacia los ámbitos de cobertura, infraestructura, equipamiento, aseguramiento, prevención y seguridad alimentaria. Adicionalmente, la OPS y otras agencias de Naciones Unidas aportaron 20,3% durante el mismo periodo de tiempo; teniendo así que los desembolsos de cooperación no rembolsable que Ecuador recibe representan el 0,71% del PIB y el 2,57% del presupuesto general del Estado. (OPS, 2012:14)

Por otro lado, como oficina regional de la OMS, la OPS se encarga de vigilar y promover el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a la salud; siempre en constante comunicación con los demás organismos de Naciones Unidas que vigilan y promueven el cumplimiento del resto de objetivos en su campo de acción. Estos 8 objetivos fueron acordados en la Declaración del Milenio por 191 Estados miembros de las Naciones Unidas en el año 2000, para tratar de ser alcanzados en 2015. Estos objetivos comprometen a los dirigentes mundiales a luchar contra el hambre, la enfermedad, la pobreza, el analfabetismo, la discriminación de género y la degradación del medio ambiente (NACIONES UNIDAS, 2013:1).

### 3.1.2. El Ministerio de Salud y su reforma institucional enfocada en la salud gratuita

El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional, el mismo que a partir de 2007 se encuentra en la implementación de cambios estructurales en todo lo referente al sector salud; tomando como punto de referencia las reformas acordadas por la aprobación de la Constitución de la República en 2008. Estas reformas mencionadas anteriormente, hacen énfasis en la visión que coloca al ser humano como centro de preocupación en todos los ámbitos de la vida. De esta manera, se reconoce a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado y a su vez un pilar primordial y estratégico para el desarrollo y el cumplimiento del Buen Vivir (SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, 2012:8).

***Misión:** Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud (MSP, 2013:1).*

***Visión:** El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad (MSP, 2013:1).*

Por lo tanto, en coherencia con los mandatos y reglamentos constitucionales, el Estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública ha establecido que el sector salud es un eje prioritario; por lo que se ha incentivado la reestructuración de la institución. De acuerdo a esta reestructuración se ha planteado el fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en relación a infraestructura, recursos humanos y equipamiento; pero sobre todo se ha profundizado en lo referente a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos (SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA, 2012:9). A través de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud se presenta lo siguiente:

***Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.-** El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hace efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base*

*de principios, políticas, objetivos y normas comunes. (LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2012:1 )*

Además, se manifiesta que los principios bajo los cuales se regirá el Sistema Nacional de Salud son:

- 1. Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.*
- 2. Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.*
- 3. Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.*
- 4. Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.*
- 5. Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.*
- 6. Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.*
- 7. Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.*
- 8. Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.*
- 9. Autonomía.- Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema (LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2012 6).*

Para la realización de los objetivos nacionales en salud, se planteó la creación del Plan Integral de Salud, el mismo que es accesible y de cobertura obligatoria para toda la población; que cuenta como base a la Red Pública y Privada de Proveedores. Esta red incluye prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, provisión de servicios, medicamentos e insumos necesarios (LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2012:6,7).

Los integrantes del sistema son tanto entidades públicas como privadas que anteriormente no prestaban sus servicios de manera global dedicada a la atención pública como: ISSFA<sup>15</sup>, ISSPOL<sup>16</sup>, Organizaciones de la salud de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, ONG's, etc. De manera aclaratoria se

---

<sup>15</sup> Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

<sup>16</sup> Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

manifiesta que estas entidades autónomas y de derecho privado conservan su autonomía administrativa, técnica y financiera y que pese a que formen parte del SNS, sus recursos no formarán parte de los fondos de financiamiento del SNS (LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2012 :7,8).

La Red Pública y Privada han unificado criterios entorno a los requisitos y procedimientos para la atención de usuarios a nivel nacional, con el objetivo final de proveer servicios de salud con agilidad administrativa que garanticen el acceso oportuno y equitativo sin importancia del subsistema al que pertenezcan y sin ningún tipo de pago en el lugar donde reciban la atención de salud .Por lo tanto bajo el control del MSP, se construyó el Instructivo 001-2012, en el cual se sentaron los lineamientos a seguir y las excepciones para la activación de la Red Pública y Privada y el efecto que tendrá sobre los usuarios que acudan a recibir atención en salud por casos de emergencia, referencia y contra referencia. Todo esto se encuentra sujeto al instrumento de facturación nacional y coordinación de pagos del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (MSP, 2012: 7, 10,11).

Por otro lado, el MSP se ha enfocado en el cumplimiento de la Agenda Social que ha puesto como eje primordial la garantía de la atención integral de salud gratuita y oportuna.

### **3.1.3 El Ministerio de Inclusión Social y Económica y su visión del Buen Vivir hacia el desarrollo humano**

El Ministerio de Inclusión Social y Económica (MIES) fue creado en 2007 principalmente de acuerdo a las consideraciones provistas por el Art. 35 de la Constitución de la República del Ecuador que hace referencia a los grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad. De acuerdo a la situación del Ecuador, la misión del MIES es:

*Establecer y ejecutar políticas, regulaciones, estrategias, programas y servicios para la atención durante el ciclo de vida, protección especial, aseguramiento universal no contributivo, movilidad social e inclusión económica de grupos de atención prioritaria (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad) y aquellos que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad (MIES, 2012:3).*

Además, se encuentra regido por los principios de igualdad, inclusión y equidad, universalidad, integralidad y corresponsabilidad. De esta forma pone en práctica su enfoque de acción en derechos, género, interculturalidad, territorialidad e intergeneracional. Por lo tanto, la gestión del MIES considera al bienestar y el Buen Vivir como un bien público, el mismo que tiene que tomar en cuenta la diversidad de la población y sus necesidades específicas. De esta manera se cumple con el *“nuevo modelo que considera a la equidad como eje de la economía y al sistema económico en función de la equidad.”* (MIES, 2013:1).

Por lo tanto, dentro de los objetivos estratégicos del MIES hacia el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida se encuentran los siguientes:

1. *Ampliar las capacidades de la población, mediante la generación de oportunidades para acceder a servicios de inclusión y movilidad social que amplíen las libertades fundamentales del individuo, hacia el buen vivir.*
2. *Promover la Inclusión Económica de la Población, mediante la generación, distribución o garantía de las oportunidades de poseer, acceder y utilizar los recursos económicos de la sociedad, para consumir, producir o realizar intercambios, de tal forma que se garanticen las oportunidades de acceso a trabajo, ingreso y activos.*
3. *Aportar para la concreción del derecho de la población a la protección social, familiar y especial, de modo que no sufran grandes privaciones como consecuencia de cambios materiales que afectan negativamente sus vidas, mediante la generación sistemática de un nivel mínimo de ingresos y la protección o restitución de sus derechos económicos y sociales, de tal forma que mejoren las oportunidades para vivir con seguridad y satisfactoriamente*
4. *Aportar al desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y la integración e interacción social de las personas con discapacidad, en sus diversas etapas del ciclo de vida, mediante servicios de cuidado e inclusión social.*
5. *Prevenir la violación de derechos y garantizar la protección especial de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad dentro de los grupos de atención del MIES.*
6. *Contribuir a la inclusión económica y a la movilidad social de las personas y familias en situación de pobreza, mediante la generación de capacidades y oportunidades.*
7. *Fomentar el aseguramiento no contributivo para la movilidad social y la protección frente a riesgos y contingencias.*
8. *Promover en los ciudadanos y ciudadanas, en tanto actores de su propio desarrollo, la participación, organización y corresponsabilidad, a fin de garantizar la titularidad de los derechos económicos y sociales y la ampliación de las oportunidades.*  
(MIES, 2012:5)

El trabajo del MIES hacia el desarrollo de los ciudadanos se ha enfocado en lo que se conoce como atención por ciclos de vida, especialmente para encaminar sus proyectos a la población de atención prioritaria. En consiguiente se han implementado proyectos y programas destacados en:

*Atención familiar ambulatoria, atención a niños en los Centros Infantiles de Buen Vivir (CIB), mejoramiento de los estándares de acreditación y control en los centros infantiles privados;*

*participación y empoderamiento de los jóvenes en distintos espacios, acogida a los adultos mayores en situación de abandono, en convenio con el IESS (MIES, 2013:1).*

Anteriormente se mencionó el enfoque del Ministerio hacia la protección especial, de esta forma se pretende alcanzar la inclusión y atención a personas con capacidades especiales, la prevención y protección de los derechos de las familias y las comunidades y la búsqueda de personas que se encuentran en situación de riesgo. Toda esta situación de atención especial requiere acciones de reinserción en el ámbito social, económico y cultural.

Por otra parte, el MIES es el encargado de la transferencia condicionada del Bono de Desarrollo Humano, que corresponde a madres en situación de pobreza, adultos mayores sin ninguna jubilación, personas en situación de riesgo por desastres naturales o calamidad doméstica y personas con discapacidad que se encuentran actualmente bajo la línea de la pobreza (PPS, 2013:1).

Bajo el marco del Plan Nacional del Buen Vivir y del desarrollo humano, el MIES ha implementado el Proyecto Alimentario Nutricional Integral (PANI) y el Programa de Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), que dentro de su acción enmarcan los objetivos de prevención y reducción de la prevalencia de la anemia y la malnutrición de la población objetivo, además del mejoramiento de las capacidades y potencialidades de la ciudadanía para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de la población (PANI , 2013:1). De acuerdo a la misión del Ministerio y sus objetivos estratégicos dirigidos hacia la población ecuatoriana, el MIES ha presentado los procesos fundamentales para el desarrollo humano y el cumplimiento del Buen Vivir.

**TABLA 18  
PROCESOS SUSTANTIVOS DEL MIES**

<b>Desarrollo Infantil Integral</b>	<b>Atención Intergeneracional</b>	<b>Protección Especial</b>	<b>Discapacidad</b>	<b>Aseguramiento no contributivo</b>	<b>Inclusión económica y movilidad social</b>
*Política de Desarrollo Infantil Integral. *Servicios de Centros Infantiles del Buen Vivir *Servicio Creciendo con Nuestros Hijos.	*Juventud y Adolescencia. * Población Adulta Mayor. * Familia	* Prevención de Vulnerabilidad de Derechos * Protección Especial *Adopciones. *Gestión de Riesgos]	Inclusión Social. Prestación de Servicios.	Transferencias * Administración de Datos * Aseguramiento No Contributivo y Contingencias. * Operaciones	Corresponsabilidad. * Diálogo y Acompañamiento Social. * Inclusión Económica y Promoción del Trabajo

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: MIES 2012

### **3.2 La gratuidad en los servicios de salud pública como actor del mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano sustentable**

El acceso a un sistema de salud de calidad es una libertad constitutiva e instrumental de cada individuo y sociedad. La salud constituye un pilar dentro de las bases de los derechos humanos universales y está estrechamente relacionada con la equidad y la justicia social; por lo que la falta de recursos económicos y la pobreza que además de ser considerados factores excluyentes, violentan el cumplimiento de los derechos humanos universales e indivisibles. Es por eso que la pobreza no debe constituir un limitante de acceso para ningún servicio básico, mucho menos al servicio de salud; que garantiza el mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos.

La salud dentro del desarrollo humano sustentable está concebida desde una perspectiva integral, tanto desde el punto de vista de los problemas como desde las soluciones. La pobreza ha condicionado a la población hacia la falta de acceso a los servicios de salud en el Ecuador; la falta de cobertura, la calidad de los servicios médicos y hospitalarios, la infraestructura y demás. Por lo tanto, la implementación de la gratuidad progresiva en los servicios de salud le da a cada ser humano la libertad de no estar expuesto o condicionado a enfermedades y muertes que puedan ser evitables; gracias a la eficacia y eficiencia de un sistema de salud de calidad. Estos factores dentro de la salud cooperan para alcanzar un mejor nivel dentro de la calidad de vida, eliminando los condicionamientos económicos sujetos principalmente por la pobreza.

Cabe mencionar que la relación entre pobreza y salud está íntegramente afectada, es decir; mientras menos recursos se posean para una buena alimentación y educación más vulnerable será la población de contraer enfermedades que pongan en riesgo su vida. Así como, menos recursos se destinen a la inversión en salud, más riesgos correrá la población de no sobrellevar enfermedades o muertes evitables. Por lo tanto la gratuidad en los servicios de salud, disminuye las inequidades sociales y mejora la calidad de vida; garantizando el mejoramiento de la salud física y mental de la población.

*La salud constituye el fundamento mismo de la productividad y la prosperidad económica. El equilibrio del estado de salud de una población contribuye a su cohesión y estabilidad social.*

*Una población próspera y estable es un activo para cualquier país (NACIONES UNIDAS, 2013:1).*

Sin embargo, existen factores que podrían comprometer el cumplimiento de este derecho a cabalidad en el futuro. Uno de los temas principales es la sostenibilidad financiera de la gratuidad en los servicios de salud pública y la continuidad de los procesos de política pública llegando a considerar posibles cambios de gobierno. En referencia a la sostenibilidad, pueden influir tanto factores nacionales como internacionales. Los externos podrían llegar a perjudicar el ingreso de capital al país; como podría ser el caso de futuras crisis económicas y comerciales. Dentro de los aspectos nacionales, la salud pública gratuita conlleva en sí un alto presupuesto, el mismo que en el futuro podría no abastecer a toda la población de manera eficiente; tomando en cuenta el crecimiento poblacional y el encarecimiento de los recursos e insumos, además de la posible incapacidad financiera estatal de solventar el gran presupuesto destinado a este sector.

### **3.2.1. La gratuidad y la inclusión social**

Los servicios de salud cumplen con un importante rol dentro del desarrollo de la sociedad, por lo tanto el acceso gratuito a éstos y una adecuada distribución de los mismos representarían la reducción de injusticias sociales. De acuerdo a Braveman, la equidad se define como *“la ausencia de disparidades, tanto en los resultados de salud como en sus determinantes socioeconómicos” (ESFERA PÚBLICA, 2012:12)*. Históricamente, Ecuador ha presentado indicadores de salud que se han visto negativamente influenciados por el nivel de ingreso, el grupo étnico, el ámbito geográfico y el nivel de instrucción de la población (ESFERA PÚBLICA, 2012:12).

Durante el periodo de Gobierno de 2007-2012, la política social nacional se ha transformado para llegar a ser una política social integral, universal e incluyente. La misma que desde un inicio se ha focalizado en el desarrollo de capacidades; especialmente en aquellas poblaciones históricamente excluidas. Esto se ha dado a través de la provisión de servicios de nutrición, salud, educación, protección social durante el ciclo de vida de las personas, etc. Adicionalmente, se han propuesto programas de apoyo para la provisión de agua segura, saneamiento y vivienda, sobre todo a las familias que viven en situaciones

con mayor vulnerabilidad y riesgo. Estos programas y proyectos se describirán en páginas siguientes.

El objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir tiene como política 3.3 el “Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.” (SENPLADES, 2009:203). De esta manera, la implementación de la atención gratuita progresiva en salud ha sustentado el reposicionamiento del sector social. Desde la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud que se ha tenido una orientación hacia el sector comunitario, familiar, pluricultural y de género; basado en los lineamientos de acción de la APS.

Por lo tanto, las políticas de salud se han encaminado principalmente a disminuir las desventajas sociales y de acceso de 5'392.713 personas que viven en el sector rural, lo que representa el 37% del total de la población, el 83% que carece de algún servicio básico y el 50% que vive con 2 dólares diarios (MCDS, 2013:1).

**TABLA 19**  
**SERIE CRONOLÓGICA DE LA POBREZA POR INGRESO**

2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
45%	37,62%	36,74%	35,09%	36,03%	32,76%	28,64%	27,3%

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013

**TABLA 20**  
**SERIE CRONOLÓGICA DE LA POBREZA POR NECESIDADES BÁSICAS**

2001	2005	2008	2009	2010	2011	2012
61,3	51,62	46,96	44,91	41,81	39,42	36,77

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013

**TABLA 21**  
**SERIE CRONOLÓGICA DE LA DISTRIBUCIÓN POR INGRESO COEFICIENTE DE GINI**

2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0,55	0,54	0,55	0,51	0,5	0,5	0,47	0,48

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013

El MSP ha propuesto estrategias para acercar la atención de salud a áreas geográficas de limitado acceso a través de la implementación del MAIS y de un reforzado proyecto de 46 Unidades Móviles Médicas alrededor del país, tanto de

atención general, odontológica, oncológica y quirúrgica. Además, en cuanto a las disparidades en la distribución de profesionales de la salud e infraestructura en áreas rurales, el MSP ha realizado análisis geográficos que a mediano plazo distribuirían las unidades de salud con respecto a las necesidades locales (ESFERA PÚBLICA, 2012:14).<sup>17</sup>

Por otra parte, el MIES ha ejecutado programas sociales promoviendo el principio de equidad e inclusión social, sobre todo de la población más vulnerable. Este es el caso del Bono de Desarrollo Humano, un subsidio condicionado<sup>18</sup> que enfatiza en su entrega el principio de corresponsabilidad hacia la salud; por ejemplo, exigiendo que las madres de familia asistan a los centros de salud para el control de sus hijos y la inscripción en las escuelas. Corresponsabilidad de las madres que reciben el BDH:

- *Niños (0-1 año): Asistencia a controles preventivos de salud al menos una vez cada 2 meses.*
- *Niños (1-5 años): Asistencia a controles preventivos de salud al menos una vez cada 6 meses.*
- *Niños (5 -18 años): Estar matriculado en el sistema escolar y asistir al menos al 75% de las clases (MIES, 2012:10).*

En el 2005 se habilitaron 900.000 hogares beneficiarios al BDH, teniendo un incremento del 33% a 2012 con un total de 1'207.407 en las 24 provincias del Ecuador y 1298 parroquias. Teniendo un total de 1'147.431 beneficiarios en zonas urbanas y 764.809 en zonas rurales; con un presupuesto anual en 2012 de 747 millones de dólares (MIES, 2012:11).

**TABLA 22**  
**BENEFICIARIOS DEL BONO DE DESARROLLO HUMANO**

	<b>Madres</b>	<b>Adultos Mayores</b>	<b>Personas con Discapacidad</b>
<b>2000</b> <sup>19</sup>	1.077.540	249.585	7.923
<b>2009</b>	1.242.778	370.948	45.808
<b>2010</b>	1.181.065	496.892	84.082
<b>2011</b>	1.211.449	536.114	106.321
<b>2012</b>	1.203.207	588.145	104.888

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013 y Red de Bancos Privados 2001

<sup>17</sup> Ver anexo 1: Tabla de Distribución de profesionales de salud por provincias y equipos de diagnóstico que disponen los establecimientos de salud a nivel nacional 2001-2006-2010

<sup>18</sup> El Bono Solidario entregado de 1998 a 2006 fue de \$15, el mismo que era adjudicado por vía bancaria, sin ser un subsidio condicionado; era necesario registrarse como pobres en las iglesias para ser beneficiario.

<sup>19</sup> En el 2000 el Bono Solidario era de \$15, el mismo que tenía aplicaciones y condiciones distintas al BDH.

El subsidio condicionado del BDH ha arrojado los siguientes resultados favorables al sector salud:

- *Disminuyó la tasa de anemia en aproximadamente 9% en el primer decil en zonas rurales.*
- *Disminución de la probabilidad de que un niño se encuentre por debajo de la media de una medida de desarrollo cognitivo en 8% entre los hogares del primer decil en zonas rurales.*
- *Incremento en los niveles de hemoglobina de los niños más pobres, además de mejorar su motricidad fina.*
- *Existe un mayor impacto en el desarrollo cognitivo de las niñas que de los niños, al igual que en los niños cuyas madres tienen un mejor nivel de educación (MIES, 2012 :13).*

De igual forma, el MIES a través de su proyecto denominado Red de Protección Solidaria, ha financiado desde 2008 tratamientos para personas que tienen una enfermedad catastrófica. Los servicios médicos que se incluyen son medicamentos, exámenes médicos, insumos, servicios hospitalarios y procedimientos quirúrgicos, trasplantes y terapias. Hasta junio de 2012, se registraron 12.695 casos atendidos a nivel nacional, con 10.570 en la zona urbana y 2395 en la rural; teniendo como enfermedades catastróficas recurrentes al cáncer, malformaciones del corazón y trasplantes (MIES, 2012:31).

Sin embargo, al igual que en el caso del MSP, una preocupación problemática es el caso de la sostenibilidad financiera de los proyectos a tiempo indefinido. Al no ser políticas públicas pasajeras, los programas y proyectos requieren una fuerte inversión presupuestaria para asegurar el cumplimiento eficaz de los objetivos planteados. En el caso de poder garantizar el cumplimiento de estos proyectos, el Estado en el intento podría llegar a graves déficits presupuestarios y endeudamiento público.

### **3.2.2. La gratuidad y el bienestar**

Según Amartya Sen, el bienestar humano es *“el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida en la cual tienen motivos para valorar.”* (GILBERT, 2008:4) Dentro de las libertades instrumentales que Sen describe como fundamentales para el bienestar se encuentran: la seguridad personal, seguridad ambiental, acceso a bienes materiales, buena salud

y buenas relaciones sociales. De esta forma se pone en práctica la libertad de decidir y actuar, tanto de un individuo como de un colectivo (GILBERT, 2008:4).

Un estado ideal de salud hace referencia a un bienestar físico, mental y social; contrariamente al pensamiento tradicional que mostraba que el bienestar en la salud es sólo la ausencia de la enfermedad. El acceso a la salud es relevante para lograr el bienestar y, de acuerdo, a la implementación de la gratuidad progresiva en los servicios de salud, este supondría el mejoramiento de la calidad de vida de la población y un estado de bienestar.

Una buena calidad de salud puede suponer una contribución al aumento del crecimiento económico, ya que una persona que goza de una buena salud tendrá más oportunidades para desenvolverse en la sociedad y así obtener más recursos económicos que garanticen su bienestar a través del mejoramiento de su nutrición, educación y libertades; que supondría el bienestar de llevar una vida más sana. El MSP ha transformado la agenda de promoción de la salud desde 2007. Por mencionar ejemplos significativos se ha implementado el Comité Interinstitucional de la lucha anti-tabáquica, el Programa de Planificación Familiar y Prevención del embarazo adolescente (ENIPLA), el Programa Acción nutrición y el Programa de Salud Mental, etc. (MSP, 2013:1).

En resultados se presenta que la prevalencia del tabaquismo para 2010 fue del 22.7% mientras que de 2000 a 2006 fluctuó entre el 28% y 30%. Un avance fundamental fue la creación de la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco y el aumento de impuestos sobre los precios de los productos de tabaco. En consecuencia, a 2012 el Ecuador se encontró en el 8vo lugar de 198 países en el ranking de *Cigarette Package Health Warnings International Status Report*, por buen manejo de las advertencias sanitarias (MSP, 2012:1).

En lo referente a ENIPLA, a 2012 se destinaron 29 millones de dólares en materia de planificación familiar y prevención del embarazo adolescente. Durante 2011 el MSP habilitó 15 salas de acogida para atención a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar, contando con un total de 3396 atenciones médicas y psicológicas gratuitas. Además de la implementación de la línea telefónica gratuita

con capacidad de atender 20.000 llamadas al mes para brindar información sobre temas de salud sexual y reproductiva y 125.492 estudiantes de bachillerato informados directamente. Por otro lado, ha implementado el programa de entrega de dotación de anticonceptivos a nivel nacional a ser distribuidos de manera gratuita para toda la población y la capacitación de 423 técnicos alrededor de 141 distritos para involucrar a 300.000 familias en la educación sexual y reproductiva (MSP, 2013:1).

Además, el Programa Acción nutrición implementado en 2009 con el objetivo de *“mejorar la situación de salud y nutrición de la población, con énfasis en niños y niñas menores de cinco años mediante intervenciones de varios sectores articuladas que modifiquen los factores determinantes de la malnutrición.”* (MSP, 2013:1) ha intervenido en 27 cantones que presentaron la más alta tasa de desnutrición crónica infantil, sobre todo en las *“zonas rurales indígenas de la sierra en las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua e Imbabura. Además, de Manabí, en la Costa, y las ciudades de Quito, Manta y Guayaquil”* (MSP, 2013:1).

El Programa cuenta con la intervención estratégica del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI), Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca (MAGAP) para lo referente a servicios de atención infantil y hogares con acceso a servicios de agua potable, saneamiento ambiental y vivienda; alfabetización de mujeres y madres comunitarias y fomento a la agricultura familiar (MSP, 2013:1).

Acción Nutrición hasta 2012 arrojó los siguientes resultados de impacto positivo:

- *Se redujo en 21 puntos la anemia en los niños y niñas intervenidas durante el periodo 2010 – 2011*
- *47.217 mujeres embarazadas con seguimiento nutricional.*
- *74.187 menores de cinco años con seguimiento nutricional.*
- *624 unidades de desarrollo infantil mejoradas con manejo y autogestión comunitaria.*
- *66.583 niños y niñas atendidas por modalidades MIES-INNFA con el micronutriente Chispaz.*
- *1.551 técnicos del INNFA capacitados en cultura de crianza.*
- *18.820 personas con estudios para construcción de sistemas agua.*
- *7.950 personas se benefician con sistemas de agua.*
- *3.960 personas cuentan con sistemas de saneamiento.*
- *30.000 personas viven en casas nuevas.*
- *11.786 parcelas agroecológicas produciendo alimentos saludables.*

- 21.286 niños consumen alimentos de las parcelas agroecológicas.
- 50.680 personas consumen alimentos de parcelas agroecológicas. (MSP, 2013:1)

Otros Programas y Proyectos Implementados por el MSP:

- Programa de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDI)
- Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI
- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – DAIA
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en el sistema nacional de sangre (MSP, 2013:1)

### 3.2.3. La gratuidad y el desarrollo humano

La salud está relacionada directamente con la calidad de vida de las personas, la misma que se encuentra a su vez condicionada de acuerdo a los parámetros geográficos, culturales, educativos y económicos. Los mismos que son factores primordiales en el desarrollo humano.

*El nivel de salud, tanto individual como colectivo y la pobreza, constituyen un binomio de particular relevancia por su influencia recíproca directa e indirecta. Su persistencia en el tiempo forma parte de lo que se denomina las trampas de pobreza, que se generan cuando existe un círculo vicioso en el cual la pobreza se vuelve un proceso que se auto refuerza y del que parece muy difícil escapar y que ocurren porque la salud y la nutrición infantiles determinan de manera importante el nivel de educación del adulto, a su vez, la educación tiene un fuerte impacto sobre el nivel de ingreso y educación de los padres afecta la salud y nutrición de sus hijos. Esta interminable sucesión de influencias, genera un círculo vicioso en el tiempo (CENTRO DE DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO ECONÓMICO PARA LA LIBERTAD, 2004:1).*

Históricamente, la situación de salud de la población ecuatoriana se caracterizó por la incidencia de enfermedades carenciales y transmisibles como es la desnutrición crónica, la anemia, IRA, malaria, tuberculosis, etc. Además de enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión, diabetes, enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades cardíacas, VIH/SIDA y problemas de salud mental (MCDS, 2009:19). Por lo tanto el SNS a través del MSP y otros ministerios de ayuda estratégica han modificado su intervención desde 2007 para la mejora de la calidad de vida de la población, con el objetivo de entregar servicios de salud gratuitos bajo los parámetros propuestos especialmente en el Objetivo 3 del PNBV.

**TABLA 23**  
**PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL MSP**

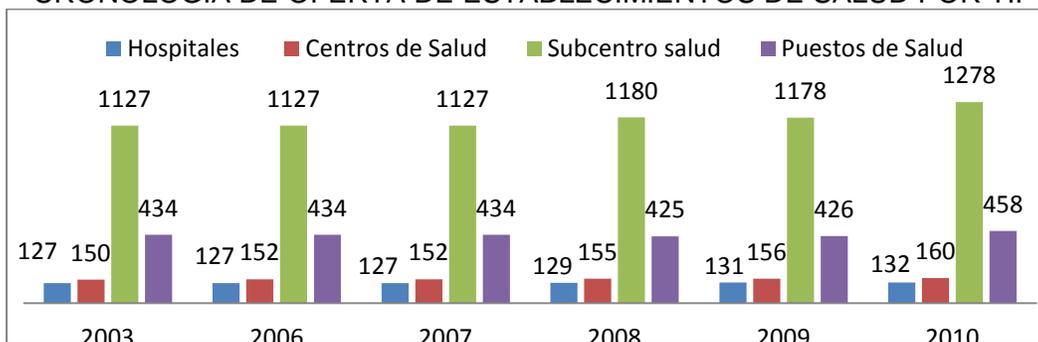
<b>Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios por ciclos de vida</b>	Programa de Extensión de la Protección Social en Salud
	Ciclos de Vida-Atención Integral a la Infancia
	Ciclos de Vida-Atención Integral a la Adolescencia
	Ciclos de Vida- Salud Sexual y Reproductiva
	Ciclos de Vida- Atención Integral al Adulto Mayor
	Ciclos de Vida- Atención Integral de Enfermedades Crónicas no transmisibles
	Fortalecimiento de Infraestructura y Equipamiento de las Unidades de Salud
<b>Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad</b>	Salud intercultural-Fortalecimiento de los Sistemas Médicos diversos
	Desarrollo de la Ciencia y Tecnología en salud
	Implementación del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica
	Programa ampliado de inmunizaciones
	Vigilancia epidemiológica de enfermedades inmunoprevenibles
<b>Fomentar entornos saludables, promoviendo practicas de vida saludables y vigilancia en los productos de consumo</b>	Programa Nacional de VIH/SIDA
	Plan Nacional de Control de la Tuberculosis
	Control de Enfermedades Zoonóticas
	Alimentación y Nutrición
	Prevenición de enfermedades transmitidas por Vectores
	Salud Ambiental

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: MSP 2013

Comparando los años 2001-2010, a nivel nacional se identifica un crecimiento de establecimientos con internación hospitalaria de 623 a 743 respectivamente. Además, en 2001 se identificaron 3027 establecimientos de salud sin internación hospitalaria y 3238 centros a 2010.

**GRAFICO 11**  
**CRONOLOGÍA DE OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO**



Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: MSP 2011

A través de los programas enfocados a las enfermedades transmisibles se ha evidenciado que los casos de malaria presentados desde 2006 han disminuido, de tal manera que pasaron a registrar 9440 en 2006, 4986 en 2008 y 1897 en 2010. Situación similar es el caso de los registros de tuberculosis, la tasa al 2006 fue de 30 terminando al 2010 con el 26,3; obteniendo los registros más bajos en las últimas décadas (MSP, 2011). Además se evidencia un crecimiento en el

número de egresos hospitalarios, lo cual en el caso público se ve mayormente fortalecido por la Red Pública.

**TABLA 24**  
**CRONOLOGÍA DE INDICADORES HOSPITALARIOS DEL SECTOR SALUD**

Año	Sectores	# de Egresos hospitalarios	Camas por mil habitantes
2003	Total	<b>723.494</b>	1,4
	Privado	199.829	0,4
	Público	523.665	1
2006	Total	<b>863.037</b>	1,5
	Privado	251.554	0,5
	Público	611.483	1
2007	Total	<b>920.047</b>	1,5
	Privado	266.175	0,5
	Público	653.872	1
2008	Total	<b>983.286</b>	1,7
	Privado	285.618	0,5
	Público	697.668	1,2
2009	Total	<b>1.031.957</b>	1,6
	Privado	291.761	0,6
	Público	740.196	1
2010	Total	<b>1.090.263</b>	1,7
	Privado	304.926	0,6
	Público	785.337	1,1

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: MSP 2011

Por otra parte, la Vicepresidencia implementó la Misión Solidaria Manuela Espejo; con el objetivo de ser un proyecto de inclusión social, diagnóstico, mejoramiento de la calidad de vida de las personas con capacidades especiales y desarrollo humano a través de la garantía de oportunidades y mejoramiento de capacidades. El promotor y dirigente de la misión: Lenin Moreno; hasta junio de 2012 informó que 180.560 personas con discapacidad fueron atendidas y que otras 55.660 lo serán. Este programa ha entregado sillas de ruedas, prótesis, bastones, camas, baños y equipos en general. Todo esto fue apoyado por el MIDUVI en la donación de 6000 casas para este sector de la población; encontrándose a la espera de la entrega de otras 9000 casas. De igual forma, informó que 51.565 personas con discapacidad fueron incluidas en el ámbito laboral (APNES, 2012:1).

Los servicios de salud gratuitos y la promoción de la salud han influenciado en la medición del IDH del Ecuador. En 2007, el país tuvo un IDH de 0,688 pasando a 0,720 en 2011 y terminando en 0,724 en 2012. Estos resultados ubican al Ecuador como la tercera nación de América Latina y el Caribe con mayor crecimiento del valor de su IDH. Es fundamental mencionar el rol de la cooperación técnica del PNUD con los ministerios ecuatorianos para lograr el cumplimiento de las metas planteadas en el PNBV y los ODM (SNPD, 2013:1).

TABLA 25  
SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL

2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011
4,5	4,32	4,26	4,35	4,26	4,11	4,08

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SIISE 2013

TABLA 26  
SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

2000	2006	2007	2008	2009	2010
15,13	13,33	12,53	11,61	10,99	10,96

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SIISE 2013

TABLA 27  
SERIE CRONOLOGICA DEL ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

Características	1990	2001	2010
Hogares con características físicas inadecuadas	23,5%	15,8%	12,5%
Abastecimiento de agua por red pública	57,1%	67,5%	72,0%
Disponibilidad de servicio eléctrico en la vivienda	77,7%	89,7%	93,2%
Disponibilidad de alcantarillado	39,5%	48,0%	53,6%
Eliminación de basura por carro recolector	43,2%	62,7%	77,0%
Disponibilidad de servicio telefónico en vivienda	15,7%	32,2%	33,4%

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: Censo de Población y Vivienda 1990,2001 y 2010.

### 3.3 El desarrollo humano de la población a través de la ampliación de capacidades y oportunidades

La calidad de vida y el bienestar son conceptos que van de la mano dentro de los parámetros del desarrollo humano. Dentro de la propuesta del gobierno y su concepción de desarrollo se ha promulgado la garantía de derechos y el cumplimiento de obligaciones tanto por parte del Estado como por parte de la población ecuatoriana. Por lo tanto, el desarrollo humano sustentable se alcanzará a través de la ampliación de las capacidades y oportunidades de los seres humanos, que llevará al pleno ejercicio de sus derechos y al cumplimiento de sus deberes.

*El Desarrollo Social, entonces, debe ser concebido como el proceso dinámico de dos factores primordiales: la ampliación de las libertades fundamentales de las personas para conseguir distintos tipos de funcionamientos o capacidades; y la ampliación de las oportunidades que estas poseen para poder utilizar sus capacidades, funcionar adecuadamente, incluirse socialmente, ejercer sus derechos y elegir el tipo de vida individual y social que cada una tiene conciencia de apreciar (MCDS, 2013:1).*

El proceso de ampliación de capacidades y oportunidades es integral y está interrelacionado entre sí. La ampliación de las capacidades como la educación, vivienda, capacitación y salud van de la mano con el acceso a las oportunidades como el empleo y la información (MCDS, 2013:1). Tanto las

capacidades como las oportunidades deberán encontrarse en plena armonía y seguridad con el medioambiente para ser realizables y factibles; sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer sus propias necesidades.

Por lo tanto, *“el mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la garantía de la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para los usuarios, con calidad, calidez y equidad”* (SENPLADES, 2009:189) ha supuesto la ampliación de capacidades y oportunidades para la población ecuatoriana, lo que supone un avance dentro del desarrollo humano del país.

### **3.3.1. La salud y la educación**

La salud y la educación son parámetros que se encuentran relacionados entre sí. De esta forma se concreta que una buena salud y el acceso a los servicios de salud fomentan la capacidad del ser humano en lo referente a la educación; potenciando todas sus habilidades cognitivas, emocionales, físicas y sociales. Las personas que cuentan con una buena salud son capaces de acudir a centros de estudios, comprobando que a mayor nivel de educación mayor probabilidad de obtener un espacio en el ámbito laboral. La inserción laboral de la población significa un mejoramiento en el nivel económico, contribuyendo con el crecimiento económico, el desarrollo personal y finalmente el desarrollo social.

De igual manera, la educación es un factor determinante en la salud. Históricamente en el Ecuador, los grupos poblacionales con peor nivel de salud son aquellos que no han tenido acceso a la educación, que adicionalmente son los grupos con mayor pobreza. La educación juega un rol importante dentro de la salud al ser el conductor de la información. Una adecuada información sobre la salud humana incentiva y promueve buenos hábitos sanitarios al mismo tiempo que prevé enfermedades y su contagio.

El acceso a los servicios de salud gratuitos desde 2007 en el Ecuador ha promovido la inclusión social, la equidad, la ampliación de capacidades y la generación de oportunidades. Por ejemplo, en 2006 la tasa neta de matriculación básica indígena alcanzó el 89,0%, incrementándose a 96,6% en 2011. De igual

forma sucedió con la población afroecuatoriana, que en 2006 alcanzó una tasa de 88,3% pasando a 93,5% en 2011. En lo referente a la educación media, la tasa de matriculación del sector indígena y afroecuatoriana alcanzó el 24,3% y 42,2% respectivamente, en 2006; la misma que fue superada en 2011 con el 46,9% para el sector indígena y 58,5% para los afroecuatorianos (APNES, 2012:1)

En el año 2010, el Sistema Intercultural Bilingüe no sólo implementó más de 2000 centros educativos y 6000 profesores pertenecientes a nacionalidades y pueblos ecuatorianos; sino que fomentó la educación y capacitación sobre conocimientos ancestrales, especialmente medicinales y curativos. (APNES, 2012:1) A través de la implementación del BDH y sus condicionamientos tanto a nivel de salud como educación, se han presentado los siguientes resultados hasta mediados de 2012:

- *La probabilidad de que un niño en un hogar que recibe el BDH esté matriculado en la escuela es 10% mayor que la probabilidad de un niño comparable que no recibe el BDH.*
  - *El impacto está concentrado en los hogares del primer quintil y con bajos niveles de consumo*
  - *El impacto es 7 veces mayor cuando los hogares creen que están sujetos a una corresponsabilidad de matricular a sus hijos*
- (MIES, 2012 :23)

El MSP y el Ministerio de Educación coinciden en que el derecho tanto a la salud como a la educación son componentes esenciales del Buen Vivir, estos derechos permiten la ampliación de las capacidades y oportunidades humanas; incentivando el desarrollo humano. Por lo tanto, el Programa Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir han creado espacios de participación y promoción de derechos. Dentro del campo de acción del programa se tocan temas de sexualidad, educación para la salud, educación preventiva del uso indebido de drogas, educación ambiental y educación familiar y estudiantil. (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 2013:1).

TABLA 28  
SERIE CRONOLÓGICA DE LA TASA DE ANALFABETISMO

2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10.8%	8.6%	7.9%	7.6%	7.8%	8.2%	8.4%	7.9%

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SIISE 2013

TABLA 29  
TABLA COMPARATIVA DE ANALFABETISMO POR ETNIAS

ETNIAS	2001	2010
Afroecuatoriano	10.3	7.6
Blanco	4.8	3.7
Indígena	28.2	20.4
Mestizo	8	5.1
Montubio	-	12.9
Otros	7.4	4.5

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SISPAE 2013

TABLA 30  
SERIE CRONOLÓGICA DEL PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD

2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
6.61	9.06	9.13	9.14	9.17	9.29	9.35	9.52

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SIISE 2013

Para fomentar las capacidades técnicas de los profesionales de la salud, el gobierno en 2012 entregó 1500 becas todo incluido, en comparación con el 2006 cuando se entregaron 100 becas; y se espera destinar 177 millones de dólares para 2013. Adicionalmente, en 2010 se presentó el Programa Ecuador Saludable, Vuelvo Por Ti; el mismo que convoca a profesionales de la salud que se encuentran en el extranjero para que regresen a integrar la Red Pública con un incentivo salarial. Hasta 2012, 288 médicos y otros profesionales de la salud han regresado al país y 2400 se han inscrito en el proyecto. (MSP, 2013:1)

En el programa de educación inicial para niños y niñas de 3-4 años, se incluyó el equipamiento en salud de las escuelas y el programa de nutrición infantil con 1'788.414 beneficiarios de desayunos y refrigerios escolares en 2011. En 2012, se implementaron ambientes internos y externos de 759 establecimientos con dotación de materiales didácticos en 262 centros de educación inicial. También se implementó el plan Recorrido Participativo en Prevención de Violencia de Género y Violencia Sexual; del cual 720 estudiantes fueron receptores de capacitación y capacitaron a otros 62.901 estudiantes a nivel nacional. (MINISTERIO DE EDUCACIÓN, 2012:1)

### 3.3.2. La salud y el empleo

Al igual que la salud y la educación se encuentran en una estrecha relación; la salud y el empleo también lo están. El acceso a servicios de salud de calidad promueve en la población un buen estado de salud, lo que significa una

mayor inserción en los sistemas escolares básicos y superiores. Proporcionalmente, a mayor nivel de educación, mayor son las oportunidades de inserción en el campo laboral; y una vez dentro del ámbito laboral una buena salud garantiza el cumplimiento del trabajo, el buen desempeño, el bienestar y una mayor productividad.

Inversamente, la falta de empleo causa problemas de salud tanto físicos como mentales en la población. La salud se deteriora cuando no hay oportunidades de demostrar habilidades y capacidades; afectando principalmente la autoestima de las personas, ocasionando problemas de salud a causa de stress como las enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, el desempleo y el subempleo están asociados con la mala salud; las altas tasas de desempleo influyen en las causas de muertes tempranas, incidencia de enfermedades coronarias, suicidio y enfermedades mentales; todo esto vinculado a problemas económicos y familiares. Por lo tanto, un acceso igualitario y sin costo a la atención en salud y sus programas de prevención y promoción supondrán un mejoramiento en la salud de la población, lo que significará mayor aceptación y consolidación laboral además de un propio empoderamiento y satisfacción hacia el empleo, lo cual reducirá la incidencia de enfermedades mentales, stress y enfermedades coronarias. A través de las renovaciones ministeriales tanto a nivel legislativo como a nivel de programación y diseño de proyectos, se evidencia una disminución progresiva de la tasa de desempleo y subempleo así como un aumento progresivo en el número de habitantes dentro de la PEA<sup>20</sup>.

TABLA 31  
CRONOLOGÍA DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

2001	2007	2008	2009	2010	2011	2012
4585575	6548.109	6.536.310	6.685.111	6.685.111	6.647.203	6.779.467

Elaboración: León Cáceres Ángela  
Fuente: SIISE 2013

<sup>20</sup> PEA: Población Económicamente Activa. La PEA está conformada por las personas de 10 años y más que trabajaron al menos 1 hora en la semana de referencia, o que no laboraron, pero tuvieron empleo (ocupados), o bien, aquellas personas que no tenían empleo, pero estaban disponibles para trabajar y buscaban empleo (desocupados).

**TABLA 32**  
**CRONOLOGÍA DE LA TASA DE DESEMPLEO**

2000	2002	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10%	14%	8,1%	5%	5,9%	6,5%	5%	4,2%	4,1%

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013

**TABLA 33**  
**CRONOLOGÍA DE LA TASA DE SUBEMPLEO BRUTO**

2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
61%	57%	50%	49%	62,94	59,82	57,06	51,4

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: SIISE 2013

Para la mejora de las condiciones de salud y trabajo, el MSP, el IESS y el Ministerio Coordinador de Producción, Empleo y Competitividad (MCPEC) han mostrado como resultado que se ha dado un incremento en más del 50% en el número de afiliados al IESS en 2012 (MCPEC, 2012:7).

El MCPEC y el MSP aprobaron el plan de intervención hacia la reestructuración del Instituto Nacional de Higiene (INH) con el objetivo de mejorar el desempeño de la institución. Este plan puso en marcha la renovación automática de registros sanitarios sin costo, que hasta 2012 fueron 2753 registros sanitarios de medicamentos y alimentos renovados a nivel nacional (MCPEC, 2012:12).

### **3.3.3. La salud y el medioambiente**

Igualmente importante se encuentra la relación del medio ambiente y los servicios sanitarios; es decir, mientras menos recursos ambientales y naturales de calidad existan, la población se encontrará en mayor riesgo para sobrevivir. Los factores ambientales que se alteran afectan directamente a la salud de la población, de esta manera existe una estrecha relación entre los daños que el ser humano le ha ocasionado al medio ambiente y sus repercusiones en la salud humana.

Principalmente, el calentamiento global ha influenciado la incidencia, propagación y hasta modificación de algunas enfermedades como las transmitidas por alimentos, agua contaminada, por vectores y las relacionadas con la contaminación del suelo y aire; sumándole a todo esto el incremento de los

desastres naturales, fenómenos meteorológicos, sequías, cambios en los ciclos hidrológicos, etc. En sí, se considera que el 25% del total de las enfermedades son causadas por condiciones ambientales peligrosas (OMS, 2012:1).

*El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dice que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”. Cada Estado miembro de las Naciones Unidas es responsable ante sus ciudadanos, y la falta de emprender medidas respecto al cambio climático es una violación del derecho humano a la salud” (NACIONES UNIDAS, 2013:1).*

Por lo tanto, dentro del PNBV se enfatiza que el derecho a “*la salud se vincula al ejercicio de otros derechos, entre los que se menciona el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos.*” (AVILA, 2012:17) Efectivamente, el Art.3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) manifiesta:

**Objetivo 2:** *Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.*

**Objetivo 3:** *Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.*  
(LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2012:2)

De esta manera, el MSP tiene como objetivo dentro de su agenda el fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludables y vigilancia de los productos de consumo. El programa de Salud Ambiental del MSP está encaminado a disminuir los problemas de salud de la población que estén asociados a la exposición de riesgos ambientales evitables. Se han tomado las siguientes líneas en sus proyectos y programas:

1. *Vigilancia Epidemiológica en Salud Ambiental*
2. *Promoción de ambientes laborales saludables y evaluación de riesgos ocupacionales*
3. *Implementación en las unidades de salud públicas y privadas el manejo adecuado de desechos hospitalarios, coordinando las fases intra y extra hospitalarias*
4. *Manejo adecuado de sustancias químicas, con énfasis en plaguicidas.*
5. *Vigilancia de la calidad de agua para consumo humano y promoción de tecnologías alternativas para la desinfección de agua a niveles domiciliarios de zonas urbano – marginales, rurales y en estados de emergencia sanitaria*  
(MSP, 2008:2)

Paralelamente, el Ministerio del Ambiente (MAE) tiene como objetivo estratégico el reducir la vulnerabilidad ambiental, social y económica frente al cambio climático, manejando la conflictividad socio ambiental a través de los principios de participación ciudadana, igualdad de género e interculturalidad en los

programas de gestión ambiental; apoyado por la política 4: “Prevenir y controlar la contaminación ambiental para mejorar la calidad de vida” (MAE, 2012:6).

Los proyectos y programas del MAE junto al MSP, MIDUVI y MCDS en torno al mejoramiento de la calidad de vida de la población en relación al medioambiente y la salud son:

TABLA 34  
PROYECTOS Y RESULTADOS A 2011

ANO	PROYECTO	RESULTADOS
2008	<b>Proyecto Plan Reparación Ambiental y Social – PRAS</b>	-Reubicación de 20 hogares ante la presencia de riesgos de contaminación ambiental por la actividad petrolera estatal
2008	<b>Proyecto Programa de Conservación de Bosques-Socio Bosque</b>	-1.566 convenios vigentes, por un total de 881.933,25 hectáreas de bosque y páramo bajo Conservación - 90.255 personas y 23.505 familias beneficiadas
2008	<b>Proyecto Adaptación al Cambio Climático a través de una Efectiva Gobernabilidad del Agua en el Ecuador</b>	-Construcción de reservorios, 10 mini embalses, 6 micro reservorios y 22 albarradas
2010	<b>Proyecto Gestión de la Adaptación al Cambio Climático para Disminuir la Vulnerabilidad Social, Económica y Ambiental en el Ecuador (GACC)</b>	-Análisis de vulnerabilidad socio- económico al cambio climático a nivel de los Gobiernos Autónomos Descentralizados
2011	<b>Proyecto Iniciativa para la Implementación del SAICM en el Ecuador</b>	La actualización del perfil nacional de la gestión de sustancias químicas peligrosas y potenciales impactos ambientales
2010	<b>Proyecto Calidad del Aire Fase III</b>	Equipos para la instalación de estaciones de monitoreo de partículas PM10
2010	<b>Proyecto Implementación del Plan de Monitoreo Global de Contaminantes Orgánicos Persistentes COPS en Aire y Leche Materna en el Ecuador</b>	Convenios de cooperación con el Ministerio de Electricidad y Energías Renovables y con el Ministerio de Agricultura Ganadería Acuacultura y Pesca

Elaboración: León Cáceres Ángela

Fuente: MAE 2011

Bajo los parámetros de seguridad ambiental y vigilancia de enfermedades recurrentes, el MSP y los ministerios aliados pusieron en marcha el programa “Respira Ecuador Libre de Tuberculosis”, el mismo que destinará hasta 2015 28 millones de dólares para la prevención, control y tratamiento de la enfermedad. Aproximadamente, un tratamiento de tuberculosis simple cuesta por persona \$72 y \$7000-\$12000 para tuberculosis resistente. El MSP, garantiza la gratuidad del tratamiento a través del bono de \$240 durante 5 años, lo que hasta 2012 ha representado \$10'552.320 en inversión pública. (MCDS, 2013:1).

En lo que respecta al programa de control de enfermedades transmitidas por vectores, en el año 2009 se entregaron 40.000 Mosquiteros Impregnados de forma selectiva a las familias con grupos poblacionales en alto riesgo de adquirir

malaria y la aplicación de rociado selectivo con Deltametrina y Malathion, en las áreas de alta transmisión malárica en 35.000 viviendas en el país, en 3 ciclos cuatrimestrales ligados a la estación lluviosa (MSP, 2009:8).

Finalmente, con la cooperación técnica de la OPS y los respectivos ministerios nacionales; especialmente la Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos; se han implementado programas para la protección de la población frente a desastres naturales o antrópicos. Se ha promovido la movilización de UMS de atención gratuita y la entrega del Bono de Emergencia del MIES hacia la población que son \$90 para solventar gastos a causa de un desastre natural o conmoción social.

En conclusión, se evidencia la relación positiva entre el mejoramiento del sistema de salud y la calidad de vida en lo referente a la educación, el empleo y el medioambiente. Este mejoramiento del sistema de salud viene principalmente a través de los parámetros del objetivo 3 del PNBV en su política 3.3 que manifiesta la importancia de la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Adicionalmente, el rol fundamental de los reestructurados ministerios, la cooperación técnica de la OPS y otros organismos no gubernamentales; han combinado esfuerzos para combatir los agentes adversos y han contribuido al mejoramiento de la calidad de vida de la población ecuatoriana. Esto significa, que la pobreza en los sectores rurales antiguamente marginados ha disminuido, así como también se evidencia un incremento en la tasa de alfabetización y disminución del analfabetismo, reducción del desempleo y subempleo. Estos factores, son la muestra del mejoramiento de la calidad de vida de la población lo que representa una influencia positiva directa en el cumplimiento de los ODM y el desarrollo humano sustentable.

### 3. ANÁLISIS

En el primer capítulo de la investigación se evidencia la íntima relación existente entre la pobreza, la calidad de vida y por lo tanto el desarrollo humano. Como se mostró, las directrices gubernamentales de la época estaban encaminadas a la protección de sus propios intereses; sobre todo a nivel privado. Esta desatención al sector estatal fue la consecuencia del modelo de pensamiento político adquirido por los gobernantes; quienes bajo la influencia de Organismos Internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, consideraron al crecimiento económico como base del desarrollo de un país.

Con esta base, el Ecuador estuvo bajo el mando de Jamil Mahuad, Gustavo Noboa, Lucio Gutiérrez y Alfredo Palacio, los mismos que basaron sus políticas económicas y sociales hacia la obtención priorizada del crecimiento económico sobre el desarrollo humano. De esta manera, los sectores como la educación y la salud sufrieron las consecuencias de no ser considerados como pilares estratégicos para conseguir el desarrollo humano.

Esta situación se vio además perjudicada por la aguda crisis financiera del año 1999, lo que sumergió a la población ecuatoriana a la pobreza y desconfianza. El 45% de la población en 2000 se encontró en la pobreza, motivo que incitó la migración hacia países como Estado Unidos, España e Italia en la búsqueda de mejores oportunidades económicas y sociales. En efecto, los procesos de esos años estuvieron caracterizados por un alto índice de corrupción, incumplimiento de las leyes y reglamentaciones y una limitada estructura estatal. Los efectos sobre la población fueron evidentes, los retrocesos del país se vieron reflejados en la condición de vida, es decir en su situación educacional, de empleo y de salud sobre todo. A 2001, la pobreza en el Ecuador medida según el consumo fue del 45%, con un total de 5,2 millones de pobres, siendo así la población más vulnerable a no obtener los servicios de salud necesarios para una vida plena; durante el gobierno de Jamil Mahuad, un 30% de la población careció de acceso regular a los servicios de salud y casi dos terceras partes no tuvieron un plan de aseguramiento. Además, el promedio de analfabetismo se ubicó al 10,8% con tan

solo 6,1 años de promedio de escolaridad, lo que en otras palabras significó que la población llegó a terminar la escuela primaria.

A raíz de las decisiones políticas desacertadas, la inversión pública en el sistema de salud se vio estancada. De esta manera se limitó la inversión en infraestructura, equipos de nuevas tecnologías, dotación de medicamentos e insumos, sueldos y salarios dignos para los profesionales y ciertamente el nivel de atenciones públicas estuvo en niveles que no podían satisfacer la demanda del país. Este limitado interés del Estado ecuatoriano hacia la inversión pública en salud trajo como consecuencia la mayor incidencia de enfermedades como la malaria, la tuberculosis, el dengue, etc. Las mismas que trajeron como consecuencia el descenso en la calidad de vida de las personas, imposibilitando su inclusión social, a la educación, a la vida laboral, a un estado mental sano y hasta aumentando las tasas de mortalidad. Lo cierto es que el país se vio en una situación en la que solo las personas con ingresos económicos altos pudieron sostener un nivel de vida regular, y sobre todo pudieron acceder a los servicios de salud ofrecidos por instituciones privadas.

De esta forma, la población rural a 2005 que se encontró en la pobreza de acuerdo a las necesidades básicas insatisfechas fue del 79% mientras que la urbana representó el 39%. Lo que evidencia la brecha de desigualdad y acceso entre los dos grupos sociales ubicando al Ecuador en 2006 con el Coeficiente de Gini de consumo en 0,46. Por lo tanto, se comprobó que la mala distribución de los ingresos a nivel nacional estaba no solo afectando a la calidad de vida de la población sino que estaba limitando el desarrollo humano del país. Para 2005 el Ecuador presentó un IDH de 0.659, mientras que la media a nivel mundial para países con alto desarrollo humano fue de 0.725.

Algo importante para recalcar es el bajo o casi nulo nivel de atención que fue provisto para los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo. Las poblaciones indígenas de la sierra y de la amazonia, así como la población afroecuatoriana presentaron los más altos niveles de analfabetismo, desempleo, pobreza, recurrencia de enfermedades y falta de acceso a los servicios básicos.

Similares situaciones fueron las vividas por los adultos mayores, las personas con capacidades especiales y las mujeres.

Consecuencia de toda esta inconformidad de la población ecuatoriana hacia la gestión de los gobiernos, trajeron los ya constantes derrocamientos presidenciales y la conocida mala reputación del país a nivel internacional. Es evidente que la inestabilidad política se apoderó del país, teniendo a cuatro presidentes desde 2000 a 2006. Ecuador fue catalogado como el país con el menor índice de desarrollo democrático en 2002 y 2005 de toda la región. A todo esto se le debe sumar los constantes paros y huelgas a nivel nacional, que en su afán de exigir mejoras al gobierno, paralizaron y obstaculizaron el desarrollo continuo del sistema de salud nacional. La realidad es que mientras la población sufría las consecuencias de un debilitado Estado, los gobernantes y dirigentes del país en su mayoría se encontraban en una posición económica favorable o en asilo político en algún país extranjero.

A raíz de la situación del país, en las elecciones de 2006, tras la propuesta de gobierno denominada la Revolución Ciudadana, Rafael Correa fue electo como nuevo presidente del Ecuador. Esta propuesta incluyó entre sus parámetros fundamentales el cambio profundo del sistema político, económico y social; es decir refundar el Estado. La ideología del presidente estuvo fuertemente influenciada por el denominado Socialismo del Siglo XXI, la Revolución Bolivariana y lineamientos del Desarrollo Endógeno.

En efecto, las clases sociales tradicionalmente beneficiadas por anteriores gobiernos y las empresas privadas tanto nacionales como internacionales formaron inmediatamente el grupo de oposición. Mientras que la población históricamente marginada, apoyó la reestructuración del Estado, en base al planteamiento de una Revolución constitucional, ética, productiva, social y soberana. Ciertamente, las políticas sociales y económicas del gobierno se enfocaron en el cumplimiento de los derechos humanos, en el cual fueron los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad y marginalización los grupos de atención prioritaria. El paso fundamental para la reforma del Estado fue la aprobación de la

Carta Magna de 2008; la misma que trajo disputas entre la oposición y el gobierno, pero que fue aprobada en mayoría por los ecuatorianos.

Para el Sistema Nacional de Salud, la aprobación de la Constitución de 2008 significó el paso necesario para empoderar y articular el antiguamente debilitado sistema de salud pública. Lo fundamental en este caso, fue el privilegiar a la salud y considerarla como un derecho y eje estratégico para el desarrollo del país. El objetivo de realizar estos cambios en el SNS fue el de garantizar el derecho a la salud completa y efectivamente para toda la población. Estos cambios significaron el comienzo de la reestructuración del SNS, el mismo que enfatizó sus labores en parámetros nunca antes vistos como: las prácticas de salud ancestral y alternativa, un control exhaustivo sobre las adicciones y la publicidad y la definición de la Red Pública Integral de Salud.

Es importante mencionar el amplio enfoque de la Constitución de 2008 en lo que se refiere a la universalidad y gratuidad de los servicios públicos de salud, lo que significa la disminución de las inequidades sociales y económicas; reduciendo las brechas existentes entre las clases sociales que antiguamente no pudieron acceder a los servicios de salud debido a la falta de recursos económicos o de su situación geográfica o étnica. Por tales motivos, el MSP ha enfocado la distribución de los recursos de manera equitativa, con proyección hacia las zonas vulnerables y con riesgos tanto ambientales como sociales, económicos, étnico-culturales y geográficos. Efectivamente, las poblaciones indígenas o afroecuatorianas se han posicionado como grupo prioritario de atención y también de alta influencia participativa a nivel nacional.

De gran relevancia es la implementación del PNBV, en el cual el objetivo es el alcanzar el Buen Vivir a través de objetivos y políticas estratégicas. Fundamentalmente, el Objetivo 3 plantea el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de la Política 3.3. De esta forma, la salud es considerada como parámetro para mejorar la situación y la calidad de vida de la población. Aunque la definición de calidad de vida puede ser muy amplia y diversa, lo cierto es que no se puede negar que un estado de salud tanto físico como mental es un

gran paso para alcanzar el desarrollo de las capacidades humanas, lo que permite en sí el goce de las libertades y oportunidades fundamentales.

De hecho, un parámetro que no se puede pasar por alto es el enfoque de corresponsabilidad. Para todo ser humano y su formación, es sumamente relevante conocer cuáles son los derechos, sin embargo, es fácil olvidar cuales son los deberes a cumplir. El Estado ha enfatizado su deber de garantizar los derechos humanos y a la vez la labor de la ciudadanía por cumplir con los suyos. Esto permite a la población el conocer y reconocer los límites, además de generar un sentido amplio de valoración.

El gobierno de Rafael Correa ha eliminado las políticas de ajuste que en décadas pasadas sustentaron el desarrollo humano a través del crecimiento económico. Por lo que contrariamente a esto, el Estado plantea la importancia de tener al ser humano como centro del desarrollo y no al valor de la producción o los mercados. A pesar de las constantes críticas al gobierno en torno a sus políticas públicas por parte de la oposición y medios de comunicación principalmente, el 80,5% de la población califica de positiva la gestión del jefe de Estado.

La realidad es que la inversión focalizada a la salud tuvo un considerable aumento en comparación al periodo de 2000-2006. El presupuesto se vio duplicado, lo cual permitió el avance en lo referente a mejoras de infraestructura, equipos, insumos y medicamentos, alza de salarios a los profesionales de la salud, incremento de las atenciones médicas, becas académicas a profesionales y mayor promoción de la salud preventiva. La inversión pública tuvo una influencia positiva en la reducción de la mortalidad general e infantil que 2012 se ubicaron al 4,08% y 10,96% respectivamente. De igual forma la tasa de analfabetismo llegó al 7,9% y la tasa de desempleo disminuyó al 4,1%. Por lo tanto, el IDH del Ecuador llegó al 0,724.

Todo esto a más de significar un avance en el sistema de salud nacional, significa el mejoramiento de la calidad de vida de la población sobre todo en materia de acceso. Esto resulta a corto plazo una solución inmediata a los

problemas existentes y a largo plazo el desarrollo humano a través del fortalecimiento de oportunidades.

Al finalizar el tercer capítulo, es evidente que el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de la salud ha tenido un impacto positivo dentro del bienestar de la población; tratando temas como la inclusión social y el desarrollo humano sustentable. En manos de la Vicepresidencia se originó el proyecto Misión Solidaria Manuela Espejo que hasta junio de 2012 atendió a 180.560 personas con discapacidad y 51.565 fueron incluidas en el ámbito laboral. Estos resultados evidencian los lineamientos estratégicos de las políticas públicas estatales y la consecución de los objetivos planteados en el PNBV, además de ser un ejemplo emulado en algunos países de la región.

No se puede pasar por alto el rol de los Organismos Internacionales como la OMS/OPS que a su vez han contribuido con su labor bajo los parámetros de la Cooperación Técnica; que de manera innovadora ha adaptado su trabajo a la consecución de un plan realizado por el Estado. Esto a su vez ha significado el acercamiento al cumplimiento de los ODM propuestos por Naciones Unidas.

Como todo proceso transformador, es fundamental considerar que los resultados no son inmediatos. Al ser una reforma a largo plazo, es necesario analizar los resultados planteados conforme al avance que presenten. De esta forma, en los 6 años de gobierno de Rafael Correa, los avances en las reformas en torno a la salud se han visto reflejados principalmente en la disminución de la incidencia de las enfermedades recurrentes, la tasa de desnutrición y mortalidad infantil. El caso de la mortalidad materna aún es un aspecto de grave preocupación, pese al aumento en los cuidados prenatales, las tasas reflejan aún la necesidad de una mayor atención a este caso. Es además fundamental mencionar que, las variaciones estadísticas de los últimos años pueden haber cambiado significativamente a causa del sistema de recolección de datos y el crecimiento poblacional.

Sin embargo, la fecha límite de cumplimiento y realización de los objetivos planteados por el PNBV es el año 2013, mientras que para el cumplimiento de los

ODM es el año 2015. De hecho, no se puede saber lo que sucederá a ciencia cierta en el futuro, lo cierto es que el camino que ha emprendido el Ecuador para el cumplimiento de estos objetivos se ve en una senda promisorio. Efectivamente, se necesitan esfuerzos extras para cumplir con lo planteado, como el caso de la mortalidad materna. Además, de cumplir con el reto de conservar la continuidad y transparencia de los procesos, manteniendo y fortaleciendo al SNS de acuerdo a la demanda nacional.

No se puede olvidar que la mayor preocupación del proceso es la sostenibilidad financiera de todos los programas y proyectos implementados. El país aún se encuentra sobrepasando los efectos de la crisis económica mundial de 2008. Los riesgos de la disminución de los ingresos estatales tanto en materia de inversión extranjera, remesas y exportaciones son siempre constantes. La especulación internacional podría comprometer los precios de los bienes y servicios lo cual reduciría el nivel de ingreso nacional; lo que a su vez comprometería el presupuesto que sería destinado a la inversión social; específicamente a la inversión en salud.

A más de esto, se debe tomar en cuenta que los costos asumidos por el Estado, principalmente en lo referente a las cuentas pagadas a la Red Pública y Complementaria, que han cubierto a un porcentaje de la población que conoce de estos servicios. En el futuro cuando la demanda del servicio aumente, será necesario un aumento presupuestario que podría verse comprometido por factores tanto internos como externos. Por lo tanto es fundamental considerar y analizar todas las posibilidades futuras para mantener la sostenibilidad de todos los procesos públicos implementados durante el nuevo periodo.

Finalmente, se considera que a lo largo de la investigación se ha comprobado que el escenario de la pobreza y las políticas sanitarias estatales restringidas que condicionaron a la población a la falta de acceso a los servicios de salud de calidad, se ha visto mejorado desde la implementación del PNBV, fundamentalmente a través del mejoramiento y fortalecimiento del sistema de salud pública en el país, lo cual evidencia el impacto positivo en la calidad de vida

de la población y por lo tanto el ascenso en el desarrollo humano sustentable del país.

#### **4. CONCLUSIONES**

A continuación se desprenden las conclusiones de esta disertación, las cuales dan evidencia al cumplimiento de la hipótesis que enfatiza que el escenario se ha visto mejorado desde la implementación del PNBV en lo que respecta a la salud pública del país y su ascenso en el desarrollo humano sostenible, lo cual evidencia un impacto positiva en la calidad de vida de la población.

- Antiguamente, las políticas públicas de los gobiernos se enfocaron al modelo de desarrollo con bases ligadas al crecimiento económico. Generalmente, privilegiando a los grupos de poder privados; intensificando la desigualdad en el ingreso y el acceso. En el Ecuador, la desigualdad es un factor persistente que pasa de una generación a otra, presentado principalmente en un contexto de baja movilidad socioeconómica. Por lo tanto, las decisiones políticas de turno y la inestabilidad gubernamental del país tuvieron sus repercusiones en todos los sistemas públicos, causando constantes cambios en las políticas de gobierno, reduciendo la continuidad y eficacia de los procesos, limitando el acceso a los servicios básicos y en sí, limitando el desarrollo humano del país.
- Durante el gobierno de Jamil Mahuad, la corrupción fue uno de los factores que agravaron toda la situación del país. La falta de control a los procesos estatales y los privilegios dados a los medios privados, tuvieron como consecuencia la peor crisis financiera del Ecuador. La misma que trajo como consecuencia el aumento de la pobreza y niveles de inflación jamás experimentados por el país. Como medidas de salvación, se tomaron principalmente las reducciones presupuestarias a la inversión social y el endeudamiento externo. Por lo tanto, la calidad de vida de la población se vio afectada tanto en los sistemas de salud, como en la educación y el empleo principalmente. No existió mayor inversión ni en infraestructura ni equipos, contrariamente todo presupuesto fue recortado; incluyendo las bajas a los salarios y los recortes de personal.

- Bajo el gobierno de Gustavo Noboa se presentaron estrategias innovadoras al sistema de salud nacional que no lograron ser cumplidas debido a la inestable situación del país y las negociaciones con el FMI que afectaron la priorización de sectores estratégicos y que pusieron en evidencia el claro beneficio hacia los intereses privados. A todo este debe sumársele una mala distribución de la riqueza y escasas políticas de transparencia en torno al manejo de los fondos nacionales, entre ellos los fondos destinados al presupuesto nacional de salud.
- Durante el gobierno de Lucio Gutiérrez se plantearon como objetivos la reducción de la pobreza, el analfabetismo, el mejoramiento de los servicios de salud y el incremento en la inversión social. Ninguno de estos objetivos fueron cumplidos a causa del insostenible déficit fiscal y sus políticas de ajuste en el cual priorizó el pago de la deuda externa sobre la inversión social y la adquisición de nuevos créditos con el FMI y el BM. Además, el alto índice de corrupción, nepotismo, irregularidad política y falta de apoyo al sistema de salud, educación, empleo y medioambiente a lo largo de su gobierno, pusieron al país en un estancamiento en el camino hacia el desarrollo.
- El Gobierno de Alfredo Palacio arrastró las consecuencias de las malas decisiones políticas, teniendo a un país totalmente endeudado. Pese al incremento presupuestario que existió para el SNS, la demanda de atención a nivel nacional no pudo ser abastecida. Sobre todo existió un déficit en la cobertura a nivel comunitario y en las poblaciones más vulnerables y en situación de riesgo.
- Rafael Correa ganó las elecciones de 2006 bajo la propuesta de gobierno que manifestó la necesidad de refundar el Estado a través de la consecución de metas y objetivos de la Revolución Ciudadana, dentro de la cual se nombró a la Revolución Social, la misma que garantice los derechos de la salud y la educación para toda la población. Gracias a las reformas aprobadas en la Constitución de 2008 y la creación del PNBV, el SNS se vio fortificado y articulado. Todo esto tuvo su efecto positivo en la calidad de vida de la población que se ha visto beneficiada por los servicios de salud gratuitos con

atención por ciclos de vida y enfatizado en los grupos de mayor vulnerabilidad y en condición de riesgo.

- A razón de construir un nuevo modelo de desarrollo y con el afán de disminuir la inequidad social y aumentar el acceso a los servicios básicos para mejorar la calidad de vida de la población ecuatoriana; el PNBV planteó objetivos y metas para el desarrollo humano sustentable, definiendo el Objetivo 3 con la Política 3.3. El sistema de desarrollo humano sustentable dentro del PNBV está compuesto por parámetros de atención prioritaria como la educación, la salud, la seguridad social, la gestión de riesgos, el deporte, la vivienda, la comunicación, la ciencia, el ambiente y la tecnología. Elementos que antiguamente en las políticas públicas no fueron tomados en cuenta como indispensables para alcanzar el desarrollo humano.
- Gracias a la articulación y fortalecimiento del SNS, la Red Pública de Salud, se ha encargado de brindar a los ciudadanos los recursos técnicos, humanos y financieros, para garantizar la atención en salud de manera gratuita, oportuna, científica y equitativa. Lo que supone el cumplimiento del derecho humano universal a la salud y un mejoramiento en la calidad de vida de la población en su camino hacia el desarrollo humano sustentable.
- El SNS gracias a las políticas de inversión y la gratuidad ha mostrado un incremento en el número de atenciones en salud, apoyado principalmente por el MAIS, que tiene un alcance familiar, intercultural y comunitario. Además de la implementación de la estrategia APS-R que ha cubierto las necesidades de salud acorde a las razones demográficas y epidemiológicas, que han disminuido las barreras y brechas en el acceso a los servicios integrales de salud.
- Desde el inicio de la presidencia de Rafael Correa hasta 2012, el egreso global en salud asciende a 5.277 millones de dólares. Los altos costos en lo referente a la implementación progresiva de la atención gratuita y los factores externos que condicionarían los ingresos nacionales; son las mayores preocupaciones

para el SNS ya que pondrían en un futuro riesgo a la sostenibilidad financiera de todos los proyectos y planes implementados.

- Se evidencia la relación positiva entre el mejoramiento del sistema de salud y la calidad de vida en lo referente a la educación, el empleo y el medioambiente. Se ha comprobado igualmente la disminución de la pobreza por ingreso y por NBI, lo cual ha tenido un efecto positivo en el ascenso de la medición del Coeficiente de Gini. Además, la gratuidad en los servicios de salud preventiva y curativa ha reducido la mortalidad general e infantil, los mismos factores que pueden considerarse positivos para el aumento de la tasa de matriculación escolar, reducción del analfabetismo y ampliación de las capacidades para conseguir un espacio en el ámbito laboral. Todo esto ha influenciado en la medición de los factores del IDH, que se ha visto incrementado.

## **5. RECOMENDACIONES**

A continuación se desprenden las recomendaciones de esta disertación:

- El país cuenta con una escasez en lo que se refiere a talento humano en profesionales de la salud, principalmente de aquellos que son especialistas. Por lo tanto, se recomienda intensificar el Plan Retorno y crear nuevos convenios internacionales que refuercen las áreas que no se encuentran abastecidas de especialistas. Paralelamente, es necesario intensificar la promoción académica con las universidades y las facilidades de estudio para especialidades y sub especialidades médicas, tanto a nivel nacional como internacional.
- Algunas de las deficiencias del SNS son de carácter investigativo científico. Por lo tanto, se recomienda una mayor inversión en lo referente a procesos investigativos, tanto en la adquisición de infraestructura, equipos e insumos como en la continua capacitación y formación de investigadores para la salud.

- Incentivar los programas de promoción en salud y preventiva fomentando la educación en salud sobre todo en áreas rurales, donde las escuelas y colegios sean los principales beneficiarios.
- Para el fortalecimiento del MAIS, es fundamental continuar con el trabajo de atención familiar y comunitaria, sobre todo es necesario capacitar a los profesionales de la salud para la realización de estas labores sobre todo en lo referente a los conocimientos de medicina ancestral.
- Se recomienda el fortalecimiento del sistema de Referencia y Contra-referencia para asegurar la atención de los pacientes a nivel nacional, además de establecer estrategias para disminuir el tiempo de espera para acceder a los servicios de salud que garanticen la eficiencia y eficacia de la salud pública.
- Como la mortalidad materna es un problema constante y de preocupación nacional, se recomienda el incentivo de los programas y proyectos de cobertura de atención prenatal y postparto. Por lo tanto, es fundamental la identificación de este grupo poblacional en un “Sistema de alarma de maternidad” a través de recolecciones de datos constantes que identifiquen el estado y la localización geográfica de las mujeres embarazadas de riesgo para poder intervenir de manera eficaz, eficiente y con calidad.
- Adicionalmente, es recomendable el fortalecer a los centros de salud y hospitales localizados en las provincias no principales del país, capacitando al personal y a la población para la disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles.
- Es recomendable además incrementar la participación de la población rural y urbana dentro de los programas de acción educativa frente al VIH/SIDA
- Para aumentar la cobertura de los servicios de salud a nivel nacional, se recomienda fortalecer el sistema de red ambulatoria de primer nivel constituida por consultorios del MSP, IESS, Gobiernos locales o Provinciales, etc.,

coordinadamente a nivel territorial y de acuerdo a las respectivas carteras de servicios.

- Se debe intensificar el proceso democrático para desarrollar las estrategias en salud, como fue lo propuesto por el gobierno Sueco en sus reformas al sistema de salud en un Estado de Bienestar; en donde todo el proceso se realizó a través de un diálogo constante entre los responsables de desarrollar las intervenciones y las personas afectadas por la intervención. Dentro de este programa, se construyeron documentos y se establecieron seminarios y conferencias destinados a favorecer y fortalecer la participación y colaboración ciudadana.
- Una de las mayores preocupaciones está relacionada a la sostenibilidad del programa de atención gratuita. Por considerarse un proyecto de duración ilimitada, es fundamental encontrar formas de financiamiento sustentables en el tiempo. Además de la asignación de un presupuesto anual, sería recomendable introducir nuevas políticas macroeconómicas como la implementación de nuevos impuestos directos e impuestos progresivos sobre la población además de impuestos al consumo especial de algunos bienes y servicios suntuosos; como lo sugerido dentro de los parámetros del Modelo Escandinavo de Bienestar o el Plan AUGE en Chile. Además, para lograr la aceptación nacional de estos impuestos es fundamental proporcionar una atención eficiente y de calidad.
- Para la sostenibilidad del programa de atención gratuita, también sería recomendable la creación de un Fondo Nacional de Salud, en donde instituciones nacionales públicas como el ISFFA o el IESS, etc. e instituciones privadas tanto nacionales como internacionales, aporten porcentualmente al Fondo Nacional de Salud.
- Implementar técnicas de auditoría con enfoques al control y mejoramiento de la calidad en todos los procesos de atención en salud, que permitan optimizar el uso racional y técnico de los recursos, en especial de medicamentos, insumos, servicios diagnósticos especializados y otros de alto costo.

- Se recomienda introducir el sistema de Presupuestos Globales Prospectivos (PGP) en la compra de servicios sanitarios para la financiación prospectiva, estableciendo una tarifa o precio por un volumen prefijado de producción total, de acuerdo con una presupuestación global y cerrada; pero sin presentar un reembolso en el volumen de actividad que superara el nivel especificado en el contrato con las instituciones privadas; de esta manera este método serviría como instrumento de optimización de recursos. <sup>21</sup>
- Analizar otras formas de pago en la Red Pública Integral de Salud (RPIS) adicional al pago por prestaciones. Se puede plantear pago por capitación, por impacto en indicadores de salud, por atención de población específica, etc. Igualmente, el MSP y las Instituciones Públicas de la Red deben establecer mecanismos de recuperación de fondos por pacientes atendidos de aseguradoras privadas y similares.
- El empoderamiento del Estado es un factor primordial para la consecución de las metas y objetivos planteados, sin embargo, es importante reconocer el rol de organismos internacionales que a través de la cooperación internacional técnica o la cooperación al desarrollo han contribuido al mejoramiento de la calidad de vida. Sobre todo es fundamental aprovechar las tendencias de la cooperación Sur-Sur y la Cooperación Triangular

---

<sup>21</sup> Ver Anexo 2: Financiamiento y forma de pago por atención hospitalaria en Europa.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

- Anand, S., & Sen, A. (1994). *Desarrollo Humano Sostenible: Conceptos y prioridades*. PNUD .
- Avila, R. (2012). *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir* . Quito : UASB
- BANCO MUNDIAL. (2005). *Pobreza en Ecuador. Región de América Latina y el Caribe, del Banco Mundial*. LACPREM
- Borja, R. (2009). *Descentralización y Autonomía en el Ecuador*. En R. Borja. Quito: FLACSO
- Cerda, T., & Vera, X. (2008). *Indicadores Sociales y Marcos Conceptuales para la Medición Social*. Santiago de Chile: INE.
- Chang, C. (2005). *Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública*. Quito:MSP.
- CÓDIGO ORGÁNICO DE ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, AUTONOMÍA Y DESCENTRALIZACIÓN. (2008). Quito: República del Ecuador.
- CONASA. (2007). *III Congreso por la Salud y la Vida. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente*. Cuenca.
- CONGRESO NACIONAL. (2002). LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Quito.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR . (2008). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008. Quito.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR. (1998). CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR. Quito.
- Dieterich, S. (2006). *El socialismo del siglo XXI*. México.
- Espinoza, R. (2000). *La crisis económica financiera ecuatoriana de finales*. Quito: UASB.
- LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. (2012 ). LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MSP . Quito: Republica del Ecuador.
- MIES. (2012). *Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos* . Quito .
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. UK: Oxford University.
- ODEPLAN. (2000). *ODEPLAN*. Quito : República del Ecuador .

- OMS. (2006 ). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* . UN
- OPS. (2006). *Situación de Salud de Ecuador 2006*. Quito: Naciones Unidas .
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona: Planeta.
- Sen, A. (2000). *La Salud y el Desarrollo*. Organización Mundial de la Salud.
- Sen, A. (2001). *El nivel de vida*. Madrid: Editorial Complutense.
- Sen, A. (2001). *Nuevo Examen de la Desigualdad*. Barcelona: Nueva Alianza.
- Sen, A., & Nussbaum, M. (1993). *La Calidad de Vida*. Londres: Oxford University
- SENPLADES. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010*. Quito: Senplades .
- SENPLADES. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Quito : SENPLADES .
- SUBSECRETARÍA NACIONAL DE GOBERNANZA DE LA SALUD PÚBLICA.  
(2012). *Modelo de Atención Integral de Salud* . Quito .
- UNC. (2010). *Calidad de vida: realidad y percepción*. Bogotá: Ciudad Universitaria.
- Urrutia, M. (2001). *La Crisis Económica del Ecuador* . Quito.

### **Artículos**

- Centro de Divulgación del Conocimiento Económico para la Libertad. (2004 ).  
*Relación Pobreza y Salud* . Caracas .
- Cornejo, D. (1998). *Ecuador. Conjunción de crisis*. Nueva Sociedad , 1,2.
- Correa, R. (10 de Octubre de 2008). *5 ejes de la Revolución Ciudadana*.
- EL HOY. (16 de Enero de 2006). *Alfredo Palacio enfatiza en lo social* .
- EL UNIVERSO . (29 de Septiembre de 2008). *Aprobada Nueva Constitución*.
- EL UNIVERSO. (19 de Enero de 2003). *Gutiérrez presenta plan de economía de guerra*.
- EL UNIVERSO. (20 de Abril de 2007). *TSE comunicó resultados de consulta popular*.
- ESFERA PÚBLICA . (2012). *Una mirada desde la sociedad civil a la Gobernanza del Sistema Nacional de Salud*. FARO, 23.
- GILBERT, S. (2008). *Las contribuciones de Amartya Sen al estudio de la pobreza* .  
Revista de Estudios Culturales de la Universidad de Alicante .

ICCI. (Enero de 2003). *EL pinchazo económico del nuevo gobierno*. Instituto Científico de Cultural Indígenas, 46.

MSP. (Enero de 2013). *Resumen de metas alcanzadas en el 2012*. Mi Salud, 3.

Naveda, V. (26 de Marzo de 2013). *Gráfico del día: Tendencias del IDH desde 1980*. Poderes, 2.

Vázquez, A. (2007). *Desarrollo endógeno. Teorías y políticas de desarrollo territorial*. REDALYC.

### **Entrevistas**

Cáceres, L. Asesora de la Ministra Carina Vance, (2013) El sistema nacional de salud y el manejo de la Red Pública y Complementaria.

Herrera, A. Coordinadora Zonal de Salud No. 9/Directora Provincial de Salud Pichincha, (2013). El sistema nacional de salud y sus reformas.

### **Publicaciones**

INEC . (2010 ). *Anuario de Actividades y Recursos de Salud* . Quito .

MAE . (2012). *Rendición de Cuentas 2011*. Quito .

MCDS. (2009). *Agenda Social 2009-2011*. Quito .

MCDS. (2013 ). *Revolución Social* . Quito .

MCPEC. (2012). *Rendición de cuentas 2012* . Quito .

MIES. (2012 ). *Programa de Protección Social: Informe de Programas* . Quito : República del Ecuador .

MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (2012). *Rendición de Cuentas 2012* . Quito .

MSP . (2009 ). *Programa anual de control y prevención de enfermedades por vectores* . Quito .

MSP . (2011). *Indicadores Básicos de Salud 2011*. Quito .

MSP. (2012). *Instructivo 001-2012*. Quito : MSP .

MSP. (2008 ). *Subproceso de salud ambiental*. Quito .

MSP. (2008). *La Salud en la nueva Constitución 2008*. En Ministerio de Salud Pública. Quito: Gobierno Nacional República del Ecuador.

NACIONES UNIDAS. (2007). *II Informe Nacional sobre los ODM Ecuador* . Quito: PNUD.

OPS. (2009). *Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con el Ecuador 2010-2014*. Washington .

PNUD. (2001). *Informe sobre Desarrollo Humano Ecuador 2001* . Quito: UN.

PNUD. (2008). *Evaluación de Resultados de Desarrollo Ecuador*. Quito: UN.

## Web

Acevedo, J., & Trujillo, A. (2005). *UCR, Editor* Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>

AGENCIA PÚBLICA DE NOTICIAS DEL ECUADOR Y SURAMÉRICA. (2013). *Libertad de expresión y derechos humanos*. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/seguridad/exministro-salud-durante-gobierno-gustavo-noboa-sentenciado-tres-anos-carcel.html>

APNES. (2012). *Indígenas y afroecuatorianos han tenido más acceso a la educación básica, media y universitaria en los últimos cinco años*. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/pol%C3%ADtica-reportajes/2478.html>

APNES. (2012). *La Misión Solidaria Manuela Espejo atendió a 180.560 personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/actualidad/5136.html>

BID. (2008). *Evaluación del Programa de Ecuador 2000-2006*. Recuperado de <http://www.bicusa.org/en/Document.102241.pdf>

Castro, C. (2011). *Las dificultades de la medición del desarrollo humano y la igualdad*. Recuperado de: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=120806>

CEPAL. ( 2001). *Informe de la reunión de expertos: Seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en américa latina y el caribe*. Recuperado de [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/8283/lcl1592\\_e.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/8283/lcl1592_e.pdf)

CEPAL. (2001). *Población indígena y afroecuatoriana en Ecuador: Diagnóstico sociodemográfico a partir del censo de 2001* . Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/22276/LCW16-ecuador.pdf>

CEPAL. (2002). *Vulnerabilidad social y sociodemográfica: Aproximaciones conceptuales, teóricas y empíricas* . Recuperado de [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/10264/LCR2086\\_I.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/10264/LCR2086_I.pdf)

CEPAL. (2005). *Panorama social de América Latina*. Recuperado de [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005\\_Sintesis\\_Lanzamiento.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Sintesis_Lanzamiento.pdf)

- Correa, R. ( 2007). *Presidente Correa defiende Socialismo del siglo XXI para el Ecuador*. (E. inmediato, Entrevistador)  
[http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news\\_user\\_view&id=52922&umt=presidente\\_correa\\_defiende\\_socialismo\\_del\\_si\\_glo\\_xxi\\_para\\_ecuador](http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=52922&umt=presidente_correa_defiende_socialismo_del_si_glo_xxi_para_ecuador).
- Delgado, P. (2010). *Presidentes del Ecuador*. Recuperado de  
<http://presidentespamela.blogspot.com/2010/04/gustavo-noboa-bejarano.html>
- ECLAC. (2000). *La evolución económica y social del ecuador*. Recuperado de  
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/4648/ECUADOR.pdf>
- EL CIUDADANO. ( 2013). *La inversión en salud bordea los 7mil millones*.  
Recuperado de  
[http://www.elciudadano.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38773:la-inversion-en-salud-bordea-los-7-mil-millones-&catid=40:actualidad&Itemid=63](http://www.elciudadano.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=38773:la-inversion-en-salud-bordea-los-7-mil-millones-&catid=40:actualidad&Itemid=63)
- Larrea, C. (2004). *Iconos*. Recuperado de  
<http://www.flacso.org.ec/docs/larrea19.pdf>
- LEY DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD. (2006). *Salud de Altura*.  
Recuperado de <http://www.saluddealtura.com/?id=160>
- MCDS. (2013). *Proyecto de Coordinación Intersectorial para el Buen Vivir Rural*.  
Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/proyecto-de-coordinacion-intersectorial-para-el-buen-vivir-rural/>
- MCDS. (2013). *Valores, Misión, Visión*. Recuperado de  
<http://www.desarrollosocial.gob.ec/la-secretaria/>
- MIES. (2008). *Construimos juntos una vida de oportunidades*. Recuperado de  
<http://www.inclusion.gob.ec/el-ministerio/>
- MIES. (2012). *Ejes estratégicos*. Recuperado de  
<http://www.inclusion.gob.ec/ejesestrategicos/>
- MIES. ( 2012). *Política Social*. Recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/politica-social/>
- MIES. (2013). *El Ministerio* . Recuperado de  
<http://www.inclusion.gob.ec/category/el-ministerio/>
- MIES. (2013). *Inclusión al Ciclo de vida y la Familia*. Recuperado de  
<http://www.inclusion.gob.ec/programa-de-provision-de-alimentos-ppa/>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (2013). *Programas*. Recuperado de  
<http://educacion.gob.ec/programas/>

- Moreno, B. (1996) *Evaluación de la calidad de vida*. Recuperado de:  
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- MSP . (2013). *Ecuador saludable, Vuelvo por ti*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/ecuador-saludable-vuelvo-por-ti-2/>
- MSP. (2010). *Sistema de Salud Ecuador*. Recuperado de  
<http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>
- MSP. (2012). *Informe internacional ubica a Ecuador como uno de los diez países líderes en medidas antitabaco*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/informe-internacional-ubica-a-ecuador-como-uno-de-los-diez-paises-lideres-en-medidas-antitabaco/>
- MSP. ( 2012). *Red Pública Integral de Salud*. Recuperado de  
<http://www.rpisecuador.org/docs/02-INSTRUCTIVO0001.pdf>
- MSP. (2013). *La planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente: activa respuesta oficial a dos grandes preocupaciones*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
- MSP. (2013). *Misión del MSP* . Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio/>
- MSP. (2013). *Programas del MSP*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/>
- MSP. (2013). *Una estrategia hacia la Desnutrición Cero*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/programa-accion-nutricion/>
- MSP. ( 2013). *Valores, misión, visión* . Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- NACIONES UNIDAS . (2013). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en acción* .  
Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml>
- NACIONES UNIDAS. ( 2013). Recuperado de  
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- OMS. (2012). *Derecho a la Salud*. Recuperado de  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (2013). *Acerca de la OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/about/es/>

- OPS. (2001). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador*. Recuperado de <http://www.scribd.com/doc/31116687/ECUADOR>
- OPS. (2012). *Salud en las Américas: Ecuador*. Recuperado de: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=202&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=)
- PAHO. (2013). *Millenium Development Goals*. Recuperado de <http://www.paho.org/mdg/index.php?lang=es>
- PANI . (2013). *Proyecto alimentario nutricional integral*. Recuperado de <http://www.inclusion.gob.ec/proyecto-alimentario-nutricional-integral-pani/>
- Picazzo, G. I. (2011). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. (C. d. Regional, Ed.) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/417/41716750009.pdf>
- PNUD. (1997). Recuperado de [http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=392](http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=392)
- PNUD. (2001). *Desarrollo humano y equidad en el contexto de los organismos internacionales*. Recuperado de <http://www.undp.org/cu/documentos/idh/idh99/capitulo2.pdf>
- PNUD. (2010). *UN, Editor* Recuperado de <http://hdr.undp.org/en/reports/regional/latinamericathecaribbean/RHDR-2010-RBLAC.pdf>
- PPS. (2013). *Beneficiarios Programa de Protección Social*. Recuperado de <http://www.pps.gob.ec/PPS/PPS/BDH/INF/InformacionyServicios.aspx>
- SALUD DE ALTURA. (2006). *Leyes sobre el Programa de Aseguramiento en Salud*. Recuperado de <http://www.saluddealtura.com/seguros-salud-ecuador/leyes-seguros-salud-ecuador/>
- SNPD. (2013). *Ecuador mejora su Índice de Desarrollo Humano y estrecha relaciones con el PNUD*. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/ecuador-escala-posiciones-en-el-indice-de-desarrollo-humano-y-estrecha-su-relacion-con-el-pnud/>
- UNDP. (2012). *International Human Development Indicators* . Recuperado de <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/53906.html>
- UNICEF. (2007). *El enfoque basado en los derechos humanos y cooperación en favor de los niños*. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/rightsite/sowc/pdfs/panels/EI%20enfoque%20basado%20en%20los%20derechos%20humanos%20y%20cooperacion%20en%20favor%20de%20los%20ninos.pdf>

Anexo 1

**NÚMERO DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA,  
QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y TASAS SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS  
AÑO 2001**

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN 30-VI 1/	MÉDICOS 3/		ODONTÓLOGOS		ENFERMERAS		OBSTETRICES		AUX. DE ENFERMERIA	
		NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/
<b>TOTAL REPUBLICA</b>	<b>12.479.924</b>	<b>19.939</b>	<b>16,0</b>	<b>2.118</b>	<b>1,7</b>	<b>6.406</b>	<b>5,1</b>	<b>1.057</b>	<b>0,8</b>	<b>12.984</b>	<b>10,4</b>
<b>REGIÓN SIERRA</b>	<b>5.603.123</b>	<b>10.767</b>	<b>19,2</b>	<b>1.127</b>	<b>2,0</b>	<b>4.080</b>	<b>7,3</b>	<b>475</b>	<b>0,8</b>	<b>6.142</b>	<b>11,0</b>
AZUAY	612.565	1.567	25,6	121	2,0	406	6,6	13	0,2	643	10,5
BOLÍVAR	173.840	161	9,3	52	3,0	105	6,0	16	0,9	126	7,2
CAÑAR	212.050	286	13,5	40	1,9	80	3,8	12	0,6	224	10,6
CARCHI	156.747	184	11,7	48	3,1	78	5,0	47	3,0	146	9,3
COTOPAXI	356.804	414	11,6	73	2,0	120	3,4	54	1,5	254	7,1
CHIMBORAZO	413.328	547	13,2	86	2,1	224	5,4	39	0,9	380	9,2
IMBABURA	350.946	374	10,7	70	2,0	234	6,7	22	0,6	388	11,1
LOJA	415.310	752	18,1	72	1,7	224	5,4	19	0,5	562	13,5
PICHINCHA	2.461.071	5.556	22,6	480	2,0	2.399	9,7	215	0,9	3.002	12,2
TUNGURAHUA	450.462	926	20,6	85	1,9	210	4,7	38	0,8	417	9,3
<b>REGIÓN COSTA</b>	<b>6.212.687</b>	<b>8.493</b>	<b>13,7</b>	<b>781</b>	<b>1,3</b>	<b>2.048</b>	<b>3,3</b>	<b>524</b>	<b>0,8</b>	<b>6.152</b>	<b>9,9</b>
EL ORO	539.888	808	15,0	76	1,4	219	4,1	61	1,1	508	9,4
ESMERALDAS	396.047	421	10,6	76	1,9	80	2,0	37	0,9	397	10,0
GUAYAS	3.386.624	5.168	15,3	415	1,2	1.180	3,5	317	0,9	3.746	11,1
LOS RÍOS	668.309	677	10,1	81	1,2	101	1,5	51	0,8	452	6,8
MANABÍ	1.221.819	1.419	11,6	133	1,1	468	3,8	58	0,5	1.049	8,6
<b>REGIÓN AMAZÓNICA</b>	<b>569.848</b>	<b>608</b>	<b>10,7</b>	<b>199</b>	<b>3,5</b>	<b>269</b>	<b>4,7</b>	<b>54</b>	<b>0,9</b>	<b>652</b>	<b>11,4</b>
MORONA SANTIAGO	120.487	153	12,7	43	3,6	59	4,9	8	0,7	162	13,4
NAPO	82.206	99	12,0	34	4,1	50	6,1	13	1,6	110	13,4
PASTAZA	64.116	90	14,0	44	6,9	53	8,3	7	1,1	87	13,6
ZAMORA CHINCHIPE	80.079	74	9,2	28	3,5	30	3,7	7	0,9	107	13,4
SUCUMBÍOS	133.517	139	10,4	38	2,8	52	3,9	15	1,1	134	10,0
ORELLANA	89.443	53	5,9	12	1,3	25	<b>2,8</b>	4	<b>0,4</b>	52	<b>5,8</b>
<b>REGIÓN INSULAR</b>	<b>18.810</b>	<b>22</b>	<b>11,7</b>	<b>10</b>	<b>5,3</b>	<b>6</b>	<b>3,2</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>21</b>	<b>11,2</b>
GALÁPAGOS	18.810	22	11,7	10	5,3	6	3,2	2	1,1	21	11,2
<b>ZONAS NO DELIMITADAS</b>	<b>75.456</b>	<b>49</b>	<b>6,5</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>3</b>	<b>0,4</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>17</b>	<b>2,3</b>

Fuente y Elaboración: MSP

**NUMERO DE MEDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES, PSICÓLOGOS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA,  
QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y TASAS SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS  
AÑO 2006**

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN 30-VI 1/	MÉDICOS 3/		ODONTÓLOGOS		PSICÓLOGOS		ENFERMERAS		OBSTETRICES		AUX. DE ENFERMERÍA	
		NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/
<b>TOTAL REPÚBLICA</b>	13.408.270	19.299	14,4	2.636	2,0	374	0,3	7.499	5,6	1.487	1,1	13.923	10,4
<b>REGIÓN SIERRA</b>	6.021.236	11.115	18,5	1.501	2,5	256	0,4	4.601	7,6	858	1,4	6.851	11,4
AZUAY	666.085	1.613	24,2	181	2,7	30	0,5	480	7,2	69	1,0	706	10,6
BOLÍVAR	179.358	165	9,2	61	3,4	1	0,1	136	7,6	24	1,3	165	9,2
CAÑAR	223.566	263	11,8	68	3,0	7	0,3	76	3,4	16	0,7	295	13,2
CARCHI	164.507	161	9,8	71	4,3	4	0,2	92	5,6	52	3,2	148	9,0
COTOPAXI	391.947	400	10,2	73	1,9	8	0,2	135	3,4	55	1,4	313	8,0
CHIMBORAZO	438.097	532	12,1	127	2,9	11	0,3	306	7,0	61	1,4	419	9,6
IMBABURA	388.544	365	9,4	88	2,3	6	0,2	271	7,0	25	0,6	309	8,0
LOJA	431.077	699	16,2	106	2,5	16	0,4	282	6,5	19	0,4	538	12,5
PICHINCHA	2.646.426	6.124	23,1	629	2,4	160	0,6	2.670	10,1	367	1,4	3.552	13,4
TUNGURAHUA	491.629	793	16,1	97	2,0	13	0,3	153	3,1	170	3,5	406	8,3
<b>REGIÓN COSTA</b>	6.634.904	7.650	11,5	898	1,4	109	0,2	2.578	3,9	544	0,8	6.461	9,7
EL ORO	595.262	668	11,2	90	1,5	4	0,1	211	3,5	52	0,9	528	8,9
ESMERALDAS	430.792	358	8,3	74	1,7	7	0,2	110	2,6	61	1,4	385	8,9
GUAYAS	3.581.579	4.379	12,2	451	1,3	85	0,2	1.567	4,4	295	0,8	4.154	11,6
LOS RÍOS	728.647	831	11,4	97	1,3	7	0,1	137	1,9	76	1,0	458	6,3
MANABÍ	1.298.624	1.414	10,9	186	1,4	6	0,0	553	4,3	60	0,5	936	7,2
<b>REGIÓN AMAZÓNICA</b>	644.856	477	7,4	225	3,5	9	0,1	310	4,8	80	1,2	574	8,9
MORONA SANTIAGO	129.374	114	8,8	54	4,2	1	0,1	71	5,5	3	0,2	153	11,8
NAPO	93.336	67	7,2	42	4,5	0	0,0	71	7,6	12	1,3	107	11,5
PASTAZA	73.495	72	9,8	49	6,7	2	0,3	58	7,9	19	2,6	107	14,6
ZAMORA CHINCHIPE	84.629	76	9,0	24	2,8	1	0,1	50	5,9	13	1,5	95	11,2
SUCUMBÍOS	157.497	104	6,6	28	1,8	4	0,3	30	1,9	27	1,7	62	3,9
ORELLANA	106.525	44	4,1	28	2,6	1	0,1	30	2,8	6	0,6	50	4,7
<b>REGIÓN INSULAR</b>	22.009	10	0,0	10	4,5	-	-	8	3,6	3	1,4	15	6,8
GALÁPAGOS	22.009	10	4,5	10	4,5	-	-	8	3,6	3	1,4	15	6,8
<b>ZONAS NO DELIMITADAS</b>	85.265	47	5,5	2	0,2	-	-	2	0,2	2	0,2	22	2,6

Fuente y Elaboración: MSP

**NÚMERO DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ENFERMERAS, OBSTETRICES, PSICÓLOGOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA,  
QUE TRABAJAN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y TASAS SEGÚN REGIONES Y PROVINCIAS  
AÑO 2010**

REGIONES Y PROVINCIAS	POBLACIÓN 30-VI 1/	MÉDICOS 3/		ODONTÓLOGOS		PSICÓLOGOS		ENFERMERAS		OBSTETRICES		AUX. DE ENFERMERÍA	
		NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/	NÚMERO	TASA 2/
<b>TOTAL REPÚBLICA</b>	<b>14.204.900</b>	<b>24.960</b>	<b>17,6</b>	<b>3.534</b>	<b>2,5</b>	<b>523</b>	<b>0,4</b>	<b>11.634</b>	<b>8,2</b>	<b>1.861</b>	<b>1,3</b>	<b>16.270</b>	<b>11,5</b>
<b>REGIÓN SIERRA</b>	<b>6.384.594</b>	<b>12.974</b>	<b>20,3</b>	<b>1.745</b>	<b>2,7</b>	<b>335</b>	<b>0,5</b>	<b>6.909</b>	<b>10,8</b>	<b>602</b>	<b>0,9</b>	<b>7.290</b>	<b>11,4</b>
AZUAY	714.341	1.881	26,3	225	3,1	51	0,7	743	10,4	24	0,3	763	10,7
BOLÍVAR	185.049	201	10,9	76	4,1	10	0,5	237	12,8	22	1,2	178	9,6
CAÑAR	234.467	317	13,5	91	3,9	6	0,3	155	6,6	20	0,9	317	13,5
CARCHI	171.943	132	7,7	75	4,4	7	0,4	148	8,6	38	2,2	135	7,9
COTOPAXI	423.336	455	10,7	93	2,2	11	0,3	211	5,0	54	1,3	297	7,0
CHIMBORAZO	461.268	608	13,2	134	2,9	19	0,4	389	8,4	44	1,0	414	9,0
IMBABURA	421.930	441	10,5	102	2,4	11	0,3	449	10,6	35	0,8	342	8,1
LOJA	446.809	956	21,4	138	3,1	21	0,5	426	9,5	19	0,4	606	13,6
PICHINCHA	2.461.126	6.492	26,4	659	2,7	175	0,7	3.676	14,9	262	1,1	3.519	14,3
TUNGURAHUA	528.613	1.024	19,4	121	2,3	19	0,4	360	6,8	58	1,1	463	8,8
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	335.712	467	13,9	31	0,9	5	0,1	115	3,4	26	0,8	256	7,6
<b>REGIÓN COSTA</b>	<b>7.052.227</b>	<b>11.283</b>	<b>16,0</b>	<b>1.385</b>	<b>2,0</b>	<b>167</b>	<b>0,2</b>	<b>4.032</b>	<b>5,7</b>	<b>1.164</b>	<b>1,7</b>	<b>8.244</b>	<b>11,7</b>
EL ORO	642.479	1.130	17,6	145	2,3	16	0,2	331	5,2	84	1,3	604	9,4
ESMERALDAS	518.781	406	7,8	107	2,1	10	0,2	228	4,4	90	1,7	396	7,6
GUAYAS	3.474.229	6.488	18,7	646	1,9	118	0,3	2.340	6,7	632	1,8	5.155	14,8
LOS RÍOS	780.443	1.120	14,4	160	2,1	10	0,1	252	3,2	133	1,7	546	7,0
MANABÍ	1.366.173	1.880	13,8	271	2,0	9	0,1	807	5,9	161	1,2	1.390	10,2
SANTA ELENA	270.122	259	9,6	56	2,1	4	0,1	74	2,7	64	2,4	153	5,7
<b>REGIÓN AMAZÓNICA</b>	<b>708.566</b>	<b>684</b>	<b>9,7</b>	<b>385</b>	<b>5,4</b>	<b>21</b>	<b>0,3</b>	<b>681</b>	<b>9,6</b>	<b>93</b>	<b>1,3</b>	<b>718</b>	<b>10,1</b>
MORONA SANTIAGO	137.254	205	14,9	87	6,3	3	0,2	170	12,4	8	0,6	208	15,2
NAPO	102.775	84	8,2	70	6,8	3	0,3	127	12,4	20	1,9	93	9,0
PASTAZA	81.417	125	15,4	73	9,0	6	0,7	94	11,5	23	2,8	113	13,9
ZAMORA CHINCHIPE	88.778	91	10,3	46	5,2	1	0,1	92	10,4	5	0,6	101	11,4
SUCUMBIOS	177.561	104	5,9	56	3,2	3	0,2	109	6,1	28	1,6	126	7,1
ORELLANA	120.781	75	6,2	53	4,4	5	0,4	89	7,4	9	0,7	77	6,4
<b>REGIÓN INSULAR</b>	<b>24.366</b>	<b>18</b>	<b>7,4</b>	<b>18</b>	<b>7,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>11</b>	<b>4,5</b>	<b>2</b>	<b>0,8</b>	<b>17</b>	<b>7,0</b>
GALÁPAGOS	24.366	18	7,4	18	7,4	-	-	11	4,5	2	0,8	17	7,0
<b>ZONAS NO DELIMITADAS</b>	<b>35.147</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>

Fuente y Elaboración: MSP

## Anexo 2

### Financiamiento y forma de pago por atención hospitalaria en Europa

Austria	Seguro Social de Financiamiento	NA	Seguro Social de Financiamiento basado en los días de estancia hospitalaria con un impuesto de suma fija por el Ministerio de Salud
Dinamarca	Descentralizado, financiado a través de impuestos	Presupuestos globales prospectivos	NA
Inglaterra	Centralizado, financiado a través de impuestos	NA	El pago se encuentra determinado por los contratos comprador/proveedor.
Finlandia	Descentralizado, financiado a través de impuestos	NA	Los pagos por los servicios son reintegrados por la municipalidad.
Francia	Seguro Social de Financiamiento	Presupuestos globales prospectivos	NA
Alemania	Seguro Social de Financiamiento	Presupuestos flexibles prospectivos	NA
Hungría	Seguro Social de Financiamiento	NA	El pago se encuentra asociado al desempeño hospitalario basado en GRD.
Irlanda	Centralizado, financiado a través de impuestos	Presupuestos globales prospectivos	NA
Italia	Centralizado, financiado a través de impuestos	Presupuestos globales prospectivos	NA
Latvia	Impuestos	NA	Pago variable diario y financiación según los servicios relacionados.
Holanda	Seguro Social de Financiamiento	Presupuestos funcionales prospectivos basados parcialmente en la actividad.	NA
Noruega	Descentralizado, financiado a través de impuestos	Presupuestos globales prospectivos	NA
Polonia	Impuestos	Presupuestos globales anuales	NA
Eslovaquia	Seguro Nacional de Salud	NA	Pago por día/cama de estancia hospitalaria.
Eslovenia	Seguro Nacional de Salud	NA	Financiamiento prospectivo anual basado en contratos que incorporen el pago de día/cama y otros servicios que requieran financiamiento
Suecia	Descentralizado, financiado a través de impuestos	Prospectivo con presupuesto departamental combinado con el pago por actividad.	NA

*Fuente y Elaboración: OMS*