



UN I VERSIDAD DE MURCIA  
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

“DESARROLLO HISTORICO DEL SISTEMA  
SANITARIO DE ECUADOR”

D<sup>a</sup>. SILVIA MARIA CASTILLO MOROCHO

2015

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA



*Programa de Doctorado 2011/2015*

*Facultad De Medicina*

*Área de Historia de la Medicina*

**TESIS DOCTORAL**

DESARROLLO HISTÓRICO DEL SISTEMA SANITARIO  
DE ECUADOR"

MEMORIA QUE PRESENTA PARA LA OBTENCIÓN DEL  
GRADO DE DOCTOR, LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA



*Doctoranda: Silvia Castillo Morocho*

*Director: Prof. D. Pedro Marset Campos*

*Murcia, 2015*

## Dedicatoria

A mis Padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por estar siempre presente en el momento indicado.

A mi esposo Cesar, a mis hijos, Iker, Isaac, Edisabeth por la comprensión y el apoyo brindado para alcanzar mis objetivos.

A mis hermanas (os), a mi suegra Edith por su apoyo incondicional.

## Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy.

A mi director de tesis Pedro Marset Campos, por haber compartido sus conocimientos para la realización de este trabajo, por su empeño, por las correcciones oportunas, por la paciencia y comprensión que supo brindarme para alcanzar esta meta.

A mi cuñado Stalin Figueroa P. por haber sido persistente en la realización de este doctorado.

“NO HAY SECRETOS PARA EL ÉXITO. ÉSTE SE ALCANZA  
PREPARÁNDOSE, TRABAJANDO ARDUAMENTE Y APRENDIENDO DEL  
FRACASO”

## ÍNDICE

Resumen.

1. Introducción.
2. Objetivos.
  - 2.1 Objetivo General
  - 2.2 Objetivos Específicos.
3. Material y Método
4. Marco político desde 1984 hasta La Actualidad.
  - 4.1 Reforma del Estado ecuatoriano.
  - 4.2 Condiciones de Vida de La Población Ecuatoriana.
    - 4.2.1 Los hallazgos.
    - 4.2.2 Contexto económico.
5. Demografía y epidemiología
  - 5.1 Demografía.
  - 5.2 Tendencias Demográficas.
  - 5.3 Población Distribuida según Seguro de Salud, 2010
  - 5.4 Esperanza de vida.
  - 5.5 Epidemiología.
    - 5.5.1 Mortalidad.
    - 5.5.2 Morbilidad.
    - 5.5.3 Toxicomanía.

- 6. Salud Pública.
  - 6.1 Transformación de la Salud Pública.
- 7. Sistema sanitario en Ecuador.
  - 7.1 Historia.
  - 7.2 Análisis del sistema de salud.
  - 7.3 Estructura del sistema de salud del Ecuador.
  - 7.4 Incremento de la afiliación a la Seguridad Social.
  - 7.5 Marco legal y normativo relacionado al Sector Salud.
  - 7.6 Constitución de la República.
  - 7.7 Objetivos de Desarrollo Del Milenio
  - 7.8 La Reforma del Sector Salud.
  - 7.9 Innovación de la Reforma.
  - 7.10 Política y Ley del SNS.
  - 7.11 Retos del sistema de salud.
  - 7.12 Políticas Públicas y la Revolución Ciudadana.
  - 7.13 Innovaciones
  - 7.14 Perspectivas del Sistema de Salud.
  - 7.15 Infraestructura.
  - 7.16 Metas.
- 8. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural- Mais-Fci
  - 8.1 Grupos de atención prioritaria.

- 8.2 Escenarios de la Atención Individual.
- 8.3 Atención Familiar
- 8.4 Atención a la comunidad.
- 8.5 Atención al ambiente o entorno natural.
- 8.6 Contexto Socioeconómico y Político.
- 8.7 Determinantes Ambientales
- 9. Intervenciones prioritarias del sistema de salud.
  - 9.1 El Programa de Medicamentos Básicos
  - 9.2 Dilema de Medicamentos en Ecuador.
  - 9.3 Industria Farmacéutica en Ecuador
  - 9.4 Medicamentos genéricos.
- 10. Programas para mejorar el sistema de salud.
  - 10.1 El Buen Vivir en la Constitución
  - 10.2 Plan Nacional para El Buen Vivir.
- 11. P.A.I. Programa Ampliado de Inmunización
  - 11.1 Enfermedades prevenibles por vacunación.
  - 11.2 Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles
  - 11.3 Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
- 12. Los Desafíos Actuales Del Ecuador Frente A La Crisis Mundial.



13. Conclusiones.

14. Bibliografía.

## Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud de Ecuador y con mayor detalle, las características del sistema ecuatoriano de salud, incluyendo su estructura y cobertura, programas de salud, fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública.

La República de Ecuador no escapó de los efectos de las sucesivas crisis económicas, y su sistema de salud estuvo marcado por más de 15 años de reforma neoliberal. Con la Revolución Ciudadana en el 2007 se producen grandes transformaciones en el sector de la salud, destacando la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Actualmente el Ministerio de Salud Pública de Ecuador está implementando cambios estructurales en el sector salud que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana, que el Gobierno Nacional ha impulsando desde el año 2007. El presidente Rafael Correa aprobó un financiamiento adicional de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura y el equipamiento de 1.861 centros de salud y 127 hospitales públicos, y para contratar a 4.500 trabajadores. Ecuador cuenta con un plan que busca captar y retener la mayor

cantidad de profesionales de la salud ecuatorianos y extranjeros que se encuentran en el exterior, priorizando médicos especialistas y sub-especialistas, altamente capacitados, que cuenten con los conocimientos, experiencia, destrezas y competencias técnicas necesarios, a fin de cubrir los requerimientos en la áreas críticas y regiones desabastecidas del Ecuador.

Las transformaciones sufridas por el sector salud con la Revolución Ciudadana se enmarcan en dos etapas: 1<sup>a</sup>) la primera, de inversión urgente y recuperación de lo público, mejorando la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas; 2<sup>a</sup>) la segunda etapa, va dirigida al fortalecimiento de la red pública integral de salud a través del Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país, que cuenta con un amplio marco legal y normativo que garantiza el derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de los grupos poblacionales. Además el sistema de salud del Ecuador busca elevar la cobertura de asegurados siendo esta progresiva y voluntaria. La meta inicial, es captar a 400.000 personas que realizan trabajo no remunerado y que reciben el bono de desarrollo humano (BDH). En los próximos cuatro o cinco años se espera alcanzar al universo total de amas de casa del país, que suma alrededor de 1,5 millones.

## Abstract

In this work the health situation of Ecuador and in greater detail, the characteristics of the Ecuadorian health system, including its structure and coverage, health programs, funding sources, the physical, material and human resources at its disposal are described.

The Republic of Ecuador did not escape the side effects of the different economical crisis and its health system was severely marked by over 15 years of neoliberal reform. The "Citizen's Revolution" in 2007 is promoting major changes in the health sector, highlighting the implementation of the Comprehensive Care Model Family Health, Community and Intercultural (MAIS - FCI).

Currently the Ministry of Public Health of Ecuador is implementing structural changes in the health sector that are part of the process of the "Citizen's Revolution". Ecuador's President, Rafael Correa, has approved an additional funding of \$ 255 million in order to improve infrastructure and equipment of 186.127 health centers and public hospitals, and to include 4,500 health workers. Ecuador has a plan that seeks to attract and retain as many health professionals Ecuadorians and foreigners as possible who are abroad, prioritizing sub-specialist physicians and highly trained specialists, who have

the knowledge, experience, skills and competencies techniques necessary to meet the requirements in critical areas and underserved regions of Ecuador.

The transformations of the health sector, the Citizen Revolution, implies two stages: 1<sup>st</sup>) first, urgent investment and recovery of the public, improving infrastructure, equipment, human resources, provision of medicines and supplies to health units of the Ministry Public Health, in order to increase the coverage of care and reduce the high cost to the health recovery of Ecuadorian families. 2<sup>nd</sup>) the second stage is aimed at strengthening the comprehensive public health network through the Model of Integrated Health Care in force in the country, it has a comprehensive legal and regulatory framework that guarantees the right to health, the structuring of the National System Health and protection of the population groups. Besides the health system of Ecuador seeks to improve the coverage of insured, being this progressive and voluntary. The initial goal is to attract 400.000 people performing unpaid work and receiving the Human Development Bonds (BDH). In the next four or five years it is expected to reach the total universe of housewives in the country, totaling about 1.5 million



## 1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud se ha ido modificando a lo largo de distintos momentos históricos, primero fue asociado a las concepciones sobre la noción de enfermedad. Al principio la salud se definía como la ausencia de enfermedad o como decía Canguillem (1980)<sup>1</sup> la vida en el silencio de los órganos. A lo largo de la historia de las ciencias dedicadas al estudio, investigación e intervención en el ámbito de la salud se definieron múltiples aproximaciones de los conceptos salud y enfermedad.

“En 1941, Henry E. Sigerist<sup>2</sup>, afirmó que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: La Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación, además define que: "La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida que impone al individuo".<sup>3</sup>

En 1945 Stampar<sup>4</sup> presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada. En 1946 la OMS define que "La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad", dándonos a entender entonces que las personas para alcanzar este estado tenían que estar en una situación perfecta.

---

<sup>1</sup>[http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=264:un-recorrido-sobre-el-concepto-de-salud,2011](http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=264:un-recorrido-sobre-el-concepto-de-salud,2011)

<sup>2</sup> [Http://www.Bvs.Sld.Cu/Revistas/Spu/Vol28\\_1\\_02/Spu07102.Htm](http://www.Bvs.Sld.Cu/Revistas/Spu/Vol28_1_02/Spu07102.Htm), Rev Cubana Salud Pública 2002.

<sup>3</sup> Sigerist, Henry E. Medicine And Human Welfare. New Haven: Yale University, 1941.

<sup>4</sup>[Http://www.Monografias.Com/Trabajos88/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos.Shtml#Izz3zpzunriz](http://www.Monografias.Com/Trabajos88/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos.Shtml#Izz3zpzunriz), 1946.



Otro de los conceptos importante ha sido el de Milton Terris<sup>5</sup>, que en 1990, nos dice que la salud es "Es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentarla salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"<sup>6</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS): define que es el "Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y su avance a conceptos más integrales, que conciben la salud como parte prioritaria del conjunto de bienes básicos necesarios para que el individuo desarrolle sus potencialidades en el ser y el hacer. La definición de la OMS de la salud como completo bienestar ya no es adecuado para el propósito, dado el aumento de enfermedades crónicas. en la actualidad cuando se habla de la salud se habla de todo lo que implica en ella, es decir todo lo que determina el estado de esta, como ya han dicho varios autores la salud es algo subjetivo al estado y la integridad del ambiente y de la persona

---

<sup>5</sup> [Http://www.Monografias.Com/Trabajos88/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos.Shtml](http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml). Terris Milton, 1990

<sup>6</sup> [Http://www.Monografias.Com/Trabajos88/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos/Salud-Publica-Historia-Conceptos-Derechos.Shtml](http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml). TERRIS Milton, 1990

que lo habita, del modo en que lo habita y hemos podido también encontrar que gracias a estos determinantes es cuando se le da el significado correcto de lo que es la salud y a la vez nos define lo que es la enfermedad. Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa<sup>7</sup>, Canadá en 1986, y donde se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se considera necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones (recogidas en la Carta de Ottawa), han desarrollado numerosas políticas y estrategias orientadas a capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. “Las posteriores Conferencias Mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México, Bangkok (2005) y Nairobi (2009), han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.”<sup>8</sup>

Así, en la Declaración de Adelaida (1988) hacen hincapié en las necesidades de establecer políticas públicas favorables para la salud y realizan evaluaciones de las decisiones políticas en la salud, señalando que “los gobiernos y todas las otras entidades que ejercen el control sobre los recursos

---

<sup>7</sup> <http://blogs.murciasalud.es/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/2013>

<sup>8</sup> <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/2013>

son responsables ante su gente de las consecuencias para la salud de sus políticas, o de la ausencia de políticas”.

La salud y la enfermedad son altamente influenciadas por factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales, los cuales se convierten en determinantes. La protección y promoción de la salud y el bienestar de la comunidad son considerados como una de las más importantes funciones del Estado moderno. Funciones basadas<sup>9</sup> en consideraciones políticas, económicas y sociales, al igual que en consideraciones éticas. La historia de la salud pública puede ser vista como parte de la historia colectiva de la humanidad, mirando su pasado y su futuro. Todas las sociedades han deseado desarrollar conocimientos, que puedan prevenir o al menos limitar el poder destructivo de las enfermedades. Igualmente, las políticas de salud y las formas de aplicación del conocimiento han variado con la evolución de la humanidad a pesar de que varios autores, entre ellos Milton Terris<sup>10</sup>, aseguran que la salud pública, se inició en el siglo XIX, en Francia.

Es importante reconocer los esfuerzos que el hombre a través de la historia de la humanidad ha realizado para mantener y mejorar la salud individual y colectiva. En el campo de la salud pública en América Latina, durante las últimas décadas han procurado llevar a la práctica el complejo concepto de

---

<sup>9</sup> Historia de la salud pública. [http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-salud-publica\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-salud-publica_1.html). pdf. 1996

<sup>10</sup> <http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml>, 1990

salud definido por el croata Andrija Stampar<sup>11</sup> en 1946. Este modo de entender a la salud constituye uno de los ejes fundamentales de la Carta Constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, a su vez, ha marcado desafíos de dos generaciones de salubristas latinoamericanos. La búsqueda por garantizar la universalización de un estado completo de bienestar ha estado directamente asociada a la lucha por la equidad, o bien, a la lucha por la eliminación de las diferencias en el acceso a la atención de salud y en el disfrute de una vida plena entre países y comunidades, sectores socioeconómicos, zonas urbanas y rurales, hombres y mujeres, y entre adultos y niños, niñas y adolescentes. Entre las lecciones aprendidas luego de las últimas décadas, hoy podemos identificar que el mayor desafío de las políticas públicas<sup>12</sup> es asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a la ciudadanía desarrollar al máximo su salud potencial.

Antecedentes de un Pacto Social Excluyente en El Ecuador Republicano.

La historia de la desigualdad en el Ecuador se sustenta en bases constitucionales que favorecieron la exclusión sistemática de buena parte de la población. Las constituciones establecen restricciones y pre compromisos que las sociedades se imponen para alcanzar sus objetivos. Estos pre compromisos marcan el rumbo de cada uno de los miembros de la comunidad

---

<sup>11</sup><http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml#ixzz3zpzunriz>, 1946.

<sup>12</sup><https://www.google.es/search?q=La+Equidad+En+La+Mira&ei=Ltzrvzxidohbu9ggkqao> La Equidad En La Mira. La Salud Publica En Ecuador Durante Las Últimas Décadas.Pdf. 2008

política, de manera que disminuya la incertidumbre. Un cambio constitucional implica una nueva propuesta de pacto de convivencia, en el cual las partes firman un contrato y se comprometen a cumplir con los acuerdos. Un análisis de las constituciones ecuatorianas permite identificar el contenido de los pactos sociales y sus objetivos implícitos y benéficos.

El historiador Juan Paz y Miño (2007) señala que, entre 1830 y 1929 prácticamente durante el primer siglo republicano las constituciones ecuatorianas reflejaron y, al mismo tiempo, garantizaron una república oligárquico terrateniente. Durante ese periodo, la riqueza se convirtió en el mecanismo de reproducción del poder. El Estado se constituyó en el garante de la reproducción de dicha clase.

La Constitución de 1830, a través de sus 75 artículos, dejó instaurada una sociedad excluyente, sexista y racista. Ejemplos de ello son el Art. 12 que definió que para tener derechos de ciudadanía hace falta ser casado, tener 300 pesos en valor libre y profesión, no ser siervo y saber leer y escribir; y el Art. 68 que nombra a los curas párrocos como tutores de los indígenas porque serían "inocentes, abyectos y miserables". El artículo 9 de las constituciones de 1835, 1843, 1845, 1852 y el artículo 8 de la Constitución de 1851 reprodujeron exactamente el texto del Art. 12 de la Constitución de 1830, a excepción del monto del valor libre, disminuido a 200 pesos. Estas situaciones

se repiten en el ámbito del acceso al poder. Solo la Constitución de 1884 suprimió los requisitos económicos para ocupar el Ejecutivo o el Legislativo. El requisito de saber leer y escribir fue eliminado recién en 1979. Si se considera que en 1950, 44% de la población era analfabeta y, a mediados de los setenta, uno de cada cuatro ecuatorianos no sabía leer ni escribir, este artículo, dejaba fuera de la comunidad política entre la mitad y un cuarto de la población. Por ello, es posible afirmar que las constituciones han sido mecanismos institucionalizados de exclusión social y, con ello, de segmentación y estratificación de la población ecuatoriana

Salud Pública en América Latina.

Los Sistemas de Salud en algunos países de América Latina experimentan, en la actualidad, importantes reformas dirigidas a elevar la gobernabilidad de los mismos y lograr la eficiencia, eficacia y efectividad de su funcionamiento. Los sistemas políticos, económicos y sociales de los países de la región, enfrentan grandes desafíos debido a los diferentes reajustes entre los principales bloques de poder y las nuevas reglas de juego en el escenario económico y político mundial.

En este contexto<sup>13</sup>, destacan estrategias y procesos de reforma y transformación del Estado, para adaptarlo a las nuevas exigencias del entorno y hacerlo más eficiente en los diferentes planos sociedades donde lleva a cabo sus funciones. Para ello, la descentralización y la participación surgen como dos procesos clave para el enfrentamiento de la crisis que experimenta Latinoamérica específicamente en el Sector Salud, la crisis que azota a los países de la región, padecen grandes problemas de accesibilidad y cobertura a los servicios asistenciales y en el deterioro progresivo de la salud de la población. Entonces, por ser el sector salud a nivel público, uno de los escenarios donde más se patentiza la crisis de gobernabilidad, éste requiere con carácter de urgencia definir una estrategia de gestión para superar la crisis que afronta; y constituye un requisito para el diseño e implantación de dicha estrategia el estudio de los Sistemas de Salud latinoamericanos y el análisis de las reformas implantadas en el sector. En este contexto, han analizado algunos procesos claves de la reforma del Estado en América Latina, tales como la descentralización y la participación, dentro del marco del sector salud y su funcionamiento. Se parte del hecho de que si bien cada país latinoamericano ha experimentado un proceso particular de constitución de su Sistema de Salud a nivel público, en la actualidad la mayoría de ellos se encuentra viviendo una profunda crisis con características similares y para

---

<sup>13</sup> [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-85972007000100003&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-85972007000100003&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)  
Maracaibo, vol. 13, Jan. 2007

enfrentarla se han implantado procesos de reforma y transformación del Estado.

El hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud.<sup>14</sup> Es por ello que han venido insistiendo en que para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen de la manera más eficiente sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población.

La Salud Pública<sup>15</sup> ha estado directamente asociada a la lucha por la equidad, o bien, a la lucha por la eliminación de las diferencias en el acceso a la atención de salud y en el disfrute de una vida plena entre países y comunidades, sectores socioeconómicos, zonas urbanas y rurales, hombres y mujeres, y entre adultos y niños, niñas y adolescentes. Entre las lecciones aprendidas

---

<sup>14</sup><http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2002/n5/pdf/hmc030202.pdf> La Salud Pública en América Latina y El Caribe, 2002

<sup>15</sup> [Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo..](http://Scielo.Sld.Cu/Scielo..) Humanidades Médicas. La Salud Pública En América Latina Y El Caribe. 2002



luego de las últimas décadas, hoy podemos identificar que el mayor desafío de las políticas públicas es asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a la ciudadanía desarrollar al máximo su salud potencial. Con la declaración de Alma Ata (1978) se propuso a la atención primaria de salud como estrategia única a nivel global para alcanzar este objetivo bajo las presiones por modernizar el aparato estatal durante las décadas de 1980 y 1990, en concordancia con la política de Salud para Todos, surgió una propuesta organizacional desde el sector de la salud, inspirada en los principios de descentralización del Estado. Tal propuesta planteó constituir sistemas nacionales de salud a partir del desarrollo de sistemas locales de salud. Finalmente, durante la década de los noventa los cambios en el modelo económico presentaron como imperativo el que se realicen reformas del aparato estatal, no sólo en cuanto a su organización sino también en cuanto a su financiamiento y al papel de los ciudadanos en la formulación de políticas sociales.

En América Latina cada país realizó esfuerzos con énfasis diferentes. El balance final a inicios del 2000 fue que la equidad en salud (que se produce como consecuencia de la equidad social y económica) estuvo muy lejos de ser alcanzada en la región. Las diferencias fundamentales en cuanto a los niveles de mejoría del estado de la salud, no se dieron únicamente entre países más pobres y más ricos, sino también al interior de los propios países y ciudades latinoamericanas.

Las Naciones Unidas en su reunión anual y los gobiernos del mundo han planteado como objetivo común alcanzar un nivel de salud mínimo que permita llevar una vida digna y fomentar un desarrollo verdaderamente humano. Específicamente, se esperaba que hasta el año 2000 todos los países diseñasen y ejecutasen estrategias orientadas a garantizar esta atención básica de salud. En 1980 Héctor Acuña advertía que “la consecución de la meta de salud para todos es un reto que exigirá el compromiso incesante de los gobiernos, la asignación de los recursos necesarios y la reforma y reestructuración de los sistemas de salud, a fin de obtener la máxima equidad, eficacia y efectividad”.

Apenas iniciado el nuevo período democrático, en octubre de 1982<sup>16</sup>, se produjo un acontecimiento que marcó profundamente la historia contemporánea del Ecuador: la crisis de la deuda externa. Este hecho, acompañado de la baja en el precio del barril de petróleo, obligó al gobierno del entonces presidente Oswaldo Hurtado a lanzar el primer paquete de las llamadas “medidas de ajuste”. Con esta política se abrió un nuevo capítulo de la vida nacional. Llegaba a su fin el modelo desarrollista estado-céntrico que, alentado por el petróleo y por el rol central del estado, levantó la expectativa de construir un país industrializado y progresista, sustentado en la equidad y en un pacto social que permitiese acceder a los beneficios sociales a toda la población. Lo

---

<sup>16</sup> <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/cau-a.htm>. *breve análisis histórico y contemporáneo del desarrollo económico del Ecuador, 2007*

paradójico de este cambio de orientación es que ocurrió<sup>17</sup> paralelamente al inicio del régimen democrático, cuando relucía la promesa de “la fuerza del cambio”, liderada por Jaime Roldós, primer presidente electo tras un ciclo de dictaduras militares. La gente suponía que iba a tener mayor oportunidad para ejercer sus derechos políticos, al tiempo que gozaría de los beneficios del progreso y la modernidad. Por otro lado, la imagen del Ecuador cambió vertiginosamente durante este período. Si a comienzos de los ochenta persistía una encubridora visión de un Ecuador unificado y homogéneo, hoy es extraño quien no reconoce la diversidad y abrumadora complejidad de nuestro país. Fue, en suma, un cuarto de siglo con avances y retrocesos, que ha dejado una marca indeleble en la historia nacional.

El pensamiento de la salud pública todavía está fuertemente influenciado por el paradigma de Level y Clark<sup>18</sup>. Con la intención de desarrollar un punto de vista y un método de enfocar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en su sentido más amplio. Sin embargo, ya ha surgido un grupo de intelectuales que proponen una visión multicausal de la enfermedad y que ha comenzado a desarrollar una concepción de la salud ligada a los procesos reproductivos, sociales y políticos. Con este cambio, surge el pensamiento de la salud colectiva, hecho que se refleja, por ejemplo en la creación del primer postgrado en investigación y administración de salud en la Universidad. En

---

<sup>17</sup> <https://www.google.es/search?q=la+equida+en+la+mira&ei=ltzrvzxidohbu9gqgkao> la equidad en la mira. la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas.pdf. 2008

<sup>18</sup>[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0864-34662010000400014&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=s0864-34662010000400014&script=sci_arttext). rev. cub. salud pública vol.36 n.4 la habana dec. 2010

1989, la atención primaria de salud en Ecuador sirve de eje en la propuesta del SAFIC-SILOS orientada a promover los sistemas locales de salud.

En diferentes momentos del siglo XIX, ha habido propuestas y cambios orientados a mejorar las condiciones de salud. Más recientemente, ya en la segunda mitad del siglo XX, tras la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1967 se impulsaron avances fundamentales como la regionalización y descentralización de los servicios de salud. La reforma del sector salud en el Ecuador ha sido considerada como un bien social garantizado públicamente. Aún está lejos de ser una realidad en nuestro país, como ocurre en la mayoría de países latinoamericanos pobres, en el Ecuador la situación de la salud es parte de un marco general de precariedad registrada en muy altos índices de pobreza (54%), de desnutrición infantil (21%) y de morbi-mortalidad, en la mayoría de los casos causada por eventos prevenibles con la tecnología actual.

La mayoría de la población no tiene garantía de acceso a los servicios sociales que necesita y la oferta institucional, aparte de ser desarticulada, adolece de graves deficiencias de cobertura y calidad: una de cada cuatro personas en Ecuador no es atendida en ninguna institución y más del 70% de la población no tiene seguro de salud, mientras que el alto porcentaje de gasto privado en salud (49%) perpetúa la inequidad.

En el Ecuador, de modo semejante a lo sucedido en la mayoría de países latinoamericanos, el proceso de reforma del sector salud se inicia a comienzos

de la década de los noventa. Específicamente en 1993, al expedirse la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestación de Servicios, se crea el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), organismo adscrito a la Presidencia. En 1994, desde esta instancia se plantea la reforma del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye a las prestaciones de salud. Así, la reforma del sector salud ingresa formalmente en el esquema de reforma del Estado, asociada a la reforma del IESS.

El Ministerio de Salud Pública en 1975 se<sup>19</sup> constituyó, en el organismo que en representación de la Función Ejecutiva, formularía y ejecutará la política integral de salud del país. Con el triple sentido de aumentarla, defenderla y restaurarla como deber del Estado y como derecho inalienable del pueblo ecuatoriano. Desde entonces, se creó el Sector Salud formado por un conjunto de entidades, organismos e instituciones públicas y privadas, que realizan acciones de salud, tanto como producen servicios, formados de capital social básico o como colaboradores de las autoridades nacionales de salud. Al recordar la creación del Ministerio de Salud, es importante aportar algunos elementos históricos de juicio para reflexionar sobre la situación actual de la salud pública y de la atención y enseñanza médicas nacionales. Las realizaciones y logros alcanzados a favor de la Salud Pública bajo la rectoría estatal en estos últimos años son indiscutibles, sin embargo habrá que

---

<sup>19</sup> <http://www.msp.gob.ec/index.php/historia/historia-del-ministerio-de-salud-publica.html> historia del ministerio de salud pública historia del ministerio de salud pública ecuador. proyecto y análisis.2010

enmarcarlos dentro de procesos históricos de la realidad nacional, latinoamericana y mundial; procesos modelados por ideologías, intereses políticos, sociales, económicos y culturales.

Nuestra sociedad está estructurada bajo un modelo productivo capitalista agro-exportador, dependiente de un sistema hegemónico global, que presiona enormemente sobre el diseño y ejecución de políticas; sistema que actualmente se encuentra en crisis y lleno de contradicciones. En esta sociedad, sólo un pequeño grupo ha estado tradicionalmente incorporado al sistema; en cambio la mayoría de la población, el grupo más débil, producto de su atraso y marginación permanece fuera; y por tanto, sus condiciones de salud y calidad de vida han sido y son muy vulnerables, padeciendo los más severos sufrimientos por enfermedad y muerte.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad<sup>20</sup> de las instituciones y alto grado de conflictividad social, entre 1992 y 2006 se han sucedido ocho Gobiernos-, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

---

<sup>20</sup><http://www.msp.gob.ec/index.php/Historia/historia-del-ministerio-de-salud-publica.html>, 2006

El Sistema de Salud del Ecuador<sup>21</sup> está conformado por un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres." Existen<sup>22</sup> múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población". Esperando alcanzar en los próximos años la cobertura total de asegurados. pero Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

Más de 45 años de creado<sup>23</sup> el ministerio de salud pública en el Ecuador, se plantea una reforma de salud que finalmente logre el antiguo y apreciado objetivo de cohesionar a todos los ámbitos del sector salud encaminada a proporcionar una respuesta integral a la problemática sanitaria del país. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención

---

<sup>21</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador), política del gobierno / política sectorial, 2005

<sup>22</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador), política del gobierno / política sectorial, 2005

<sup>23</sup> [http://biblioteca.epn.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=18227&shelfbrowse\\_itemnumber=24170#shelfbrowserdesarrollo](http://biblioteca.epn.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=18227&shelfbrowse_itemnumber=24170#shelfbrowserdesarrollo) histórico de las políticas de salud en el Ecuador. 1967- 1995

integral a personas, promoción y prevención, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho del pueblo Ecuatoriano a la salud. El actual Gobierno asumió<sup>24</sup> desde su inicio el compromiso de defender el derecho de la población a vivir en un ambiente saludable y el respeto a los derechos de la naturaleza. Estos derechos fueron consagrados en nuestra Constitución de 2008 que, además, convirtió al Ecuador en un referente, por ser el primer país en el planeta que reconoce los derechos de la naturaleza en su marco constitucional. El Buen Vivir forma parte de una larga búsqueda de modos, formas de vida que han impulsado los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social. No obstante, el Buen Vivir se construye continuamente desde reivindicaciones que buscan una visión que supere los estrechos márgenes cuantitativos del economicismo y permita la aplicación de un nuevo paradigma cuyo fin no sea los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que promueva un estrategia económica incluyente, sostenible y democrática; es decir, que incorpore a los procesos de acumulación y redistribución a los actores que históricamente han sido excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de

---

<sup>24</sup>[http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf) República del Ecuador. Plan nacional para el buen vivir 2009-2013.



producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado. El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios<sup>25</sup> estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía. Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

---

<sup>25</sup> <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf> Manual del Modelo de Atención Integral de Salud. ministerio de salud pública. 2012.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir. La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013<sup>26</sup>, estableció las políticas y metas que contribuyeron al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas. La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública<sup>27</sup>, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una

---

<sup>26</sup> [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/.plan nacional para el buen vivir. 2009-2013.](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/.plan-nacional-para-el-buen-vivir-2009-2013)

<sup>27</sup> [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual\\_mais-msp\\_12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual_mais-msp_12.12.12.pdf) . manual del modelo de atención integral de salud – mais 2012

reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país. Desde esta perspectiva en una primera etapa se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a: infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda hacia esta institución.

El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos: El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, el reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud, la reingeniería institucional pública y privada, la articulación y fortalecimiento de una Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social. En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biólogo - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido,

las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria. Acción y cuidado de la misma. A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los servicios de salud se encuentren organizados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de los establecimientos, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud.

De igual manera, el tercer nivel de atención, que es predominantemente hospitalario, de mayor complejidad, sufrió un progresivo dismantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión. En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los problemas existentes, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios

en el perfil demográfico y epidemiológico<sup>28</sup>. En cuanto al perfil epidemiológico<sup>29</sup>, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental. El Ministerio de Salud Pública asegurara el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las persona, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones más vulnerables, para garantizar una población y ambientes saludables consolidando su rectoría en el sector e impulsando la participación de la comunidad y del personal de salud en la formulación y ampliaciones concentrada y descentralizada de las políticas sanitarias.

El gobierno de Rafael Correa<sup>30</sup> plantea que la Seguridad Social sea universal. Es decir, que proteja a todos los ecuatorianos de las contingencias como muerte, maternidad, desempleo, etc. Pero este anuncio ha hecho surgir voces críticas que señalan que la universalidad de las prestaciones ya estaba en la Ley, vigente aún, de 2001.

---

<sup>28</sup> <http://www.udla.edu.ec/wp-content/uploads/2014/documentosmedicina/acreditacionmedicina/estado%20actual%20y%20prospectiva/documentodelestadoactualyprospectivodelacarrera.pdf>, 2013

<sup>29</sup> manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (mais-fci), ministerio de salud pública, ecuador 2012.

<sup>30</sup> <http://www.ubicacuena.com/noticiaspais/noticia/249807>, la cobertura universal es la propuesta oficial, 2013

¿Qué falta para que todos los ecuatorianos tengan cobertura de la Seguridad Social? La respuesta que dan los expertos consultados es que el Estado debería<sup>31</sup> definir cómo va a sustentar a la población no contributiva. Es decir, todas aquellas personas que tienen bajos ingresos y que no pueden aportar al sistema de seguridad. Ramiro González, ex-presidente del Consejo Directivo del IESS, ha adelantado en varias entrevistas que la nueva ley tomará en cuenta a los contributivos (IESS, Issfa e Isspol), a los semicontributivos (campesinos, ferroviarios, telegrafistas) y a los no contributivos (más de un millón de adultos mayores, amas de casa, etc.). Sin embargo, hasta ahora ninguna persona del Gobierno ha explicado cómo se va a sostener a los nuevos afiliados.

Posiblemente el mayor impacto de las innovaciones recientes sea la ampliación de la coordinación interinstitucional. Hasta 1998 cada institución del sector salud en Ecuador mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular sin mecanismo alguno de articulación y coordinación interinstitucional. Con la reforma de 2008, que definió el derecho a la salud, su promoción y protección, y al MSP como rector expreso, se han logrado condiciones favorables para la articulación del sector. Uno de los principales desafíos en materia de salud es dar cobertura a casi uno de cada cuatro ecuatorianos que actualmente no tienen acceso a ningún servicio de salud. En el gobierno anterior, después de tropiezos presupuestales y

---

<sup>31</sup>[http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-IESS\\_0\\_892110853.html](http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-IESS_0_892110853.html). publicado el 30/03/2013.

políticos, se implantó el proyecto de aseguramiento universal de salud (PRO-AUS). El nuevo gobierno tiende hacia la cobertura universal para todos los ecuatorianos, para lo cual ha incrementado sustancialmente la inversión en este rubro. Otro desafío del sector es integrar todas las instituciones en un verdadero sistema nacional de salud bajo la rectoría del MSP. Aunque muchas de las leyes y reformas constitucionales han estado encaminadas hacia ello, todavía es mucho lo que falta para concretarlo. Por ejemplo, según una disposición transitoria de la Ley de Seguridad Social, las unidades médicas del IESS tendrán un plazo de dos años para transformarse en empresas prestadoras de servicios de salud para los afiliados y la población en general. Esto no ha sucedido aunque se encuentra en camino. Lo más relevante tal vez sea la conformación de la Red Pública Integral de Salud. El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales.

Ecuador elaboró políticas<sup>32</sup> que permitían disminuir la mortalidad materna e infantil y erradicar las enfermedades endémicas, así como promover ejes de prevención en enfermedades no transmisibles como la hipertensión, el cáncer, enfermedades cardíacas y diabetes; mejorar la solvencia de atención en enfermedades catastróficas como el VIH Sida; y fortalecer el acceso a servicios médicos de calidad en temas de salud sexual y reproductiva.

---

<sup>32</sup> <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.html>. 2013

La Ministra de Salud Pública, Mgs. Carina Vance<sup>33</sup>, explicó los logros en cobertura universal en salud y enfatizó sobre “la gratuidad de los servicios de salud, con miras a que toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso, con la debida provisión de medicamentos y según el perfil epidemiológico del país”. El gobierno ecuatoriano, consciente de la necesidad de concordancia entre la implementación de estas políticas y la inversión, ha incrementado el presupuesto del sector salud en más de 600% en los últimos 5 años<sup>34</sup>. Entre los resultados logrados se destacan “la ampliación de la cobertura de salud en el primer nivel de atención, con un enfoque sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, mejorando la gestión y calidad de la información para lograr una planificación territorial equitativa. Esto en conjunto con un sistema de referencia y contra referencia que integra a todos los actores del Sistema Nacional de Salud, permitiendo que la población tenga un tratamiento cada vez más oportuno e integral”

---

<sup>33</sup><http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/mayo,2012>

<sup>34</sup><http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/2013>



## 2.OBJETIVOS.

## 2.1 objetivo general.

- Caracterizar la evolución del sistema sanitario del Ecuador

## 2.2 Objetivos específicos.

- Identificar los principales problemas del sistema de salud
- Evaluar las estrategias implementadas para mejorar los servicios de salud.

## 3. Material y Método.

En este trabajo se realiza una revisión de los datos y documentos pertinentes, tanto oficiales como de otro tipo que se inician con la creación del ministerio de salud pública (MSP) en el año 1967, así como de sus antecedentes, las políticas de salud de cada periodo de gobierno, las influencias y aportes de los organismos internacionales como ejes principales. Es un trabajo de carácter, descriptivo, retrospectivo.

Los datos y documentos proceden del MSP, documentales, trabajos realizados, sobre estos objetivos y con ayuda de otras instituciones tales como el instituto nacional de estadísticas y censo (INEC), ministerio de salud pública (MSP), organización mundial de la salud (OMS), Banco Central de Ecuador (BCE), así mismo se analizan algunos aspectos sobre la estructura del sistema de servicios como la financiamiento del sector, recursos humanos,

investigación, tecnología, participación social, etc. Analizamos la situación de salud de la población retrospectiva y los cambios en la estructura sanitaria que se han venido dando hasta la actualidad.

La exposición se hace siguiendo los siguientes apartados, 1º) Marco político, 2º) demografía y epidemiología, 3º) Salud pública, 4º) Atención primaria de salud, 5º) sistema sanitario del Ecuador, 6º) modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural, 7º) programa de medicamentos, 8º) plan nacional para el buen vivir. 9º) antecedentes de un pacto social excluyente en el Ecuador republicano.

4.MARCO POLÍTICO DESDE 1984 HASTA LA  
ACTUALIDAD.

Ecuador está gobernado<sup>35</sup> por un régimen democrático. El Estado Ecuatoriano está integrado por los tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, que normalmente tienen que guardar independencia entre ellos, pero que históricamente se han producido graves episodios de interferencia. Uno de los problemas más graves que afecta directamente a la democracia Ecuatoriana es la corrupción, mal que se haya extendido en todos los espacios gubernamentales. Varios ex presidentes, ex ministros y ex funcionarios públicos se hallan en EE.UU, Panamá, Costa Rica y México disfrutando de millones de dólares robados y gozando de impunidad.

Durante el neoliberalismo de Febres Cordero<sup>36</sup> (1984-1988) se reorganiza la administración del MSP, se fortalece al instituto ecuatoriano de obras sanitarias (IEOS) y la infraestructura hospitalaria. Destaca el Programa de Reducción de la Morbi-mortalidad Infantil (PREMI) a cargo de INFA, optimizando inmunizaciones y los programas de control de enfermedades diarreicas y respiratorias. Se crea el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos, CEMEIM, para boticas y medicamentos populares y su gratuidad para niños a través del Programa MEGRAME. En el gobierno Borja Cevallos (1988-1992) reestructura el Plan Nacional de Salud orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), los Sistemas Locales

---

<sup>35</sup> <http://www.sicsal.net/asambleas/Venezuela2006/informes/InformeEcuadorAsambleaSICSAL1.html>, Análisis de la realidad nacional del Ecuador, 2006

<sup>36</sup> [http://www.uasb.edu.ec/index\\_publicacion.php?cd](http://www.uasb.edu.ec/index_publicacion.php?cd) La reconstrucción neoliberal: Febres Cordero o la estatización del neoliberalismo en el Ecuador, 1984-1988

de Salud (SILOS), la Regionalización y la Descentralización de los Servicios. Se enfrenta y combate eficientemente la primera epidemia nacional de cólera. Por iniciativa de la representación de OPS/OMS, se propone crear un Sistema Nacional de Salud fortaleciendo al CONASA. El Banco Mundial aprueba el financiamiento del Proyecto FASBASE (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador), con participación familiar y comunitaria.

Durante el gobierno del arquitecto Sixto Durán Ballén 1992-1996, por falta de recursos, los servicios primarios se deterioran y se propone buscar apoyo privado. Se materializa el Proyecto FASBASE, y el de Micronutrientes para la corrección del déficit alimenticio. El CONASA elabora un plan para reformar el Sector Salud. El corto período del abogado Abdalá Bucarán (1996-1997) no logra plasmar acciones concretas en salud. Durante el interinazgo de Fabián Alarcón (1997-1998) la Cartera de Salud enfrenta y resuelve serios conflictos laborales y fortalece su rectoría apoyando la Reforma del Sector y la propuesta de crear un Sistema Nacional de Salud desde el CONASA. Durante el último período de Jamil Mahuad (1998-2000) y del Dr. Gustavo Noboa,(2000-2003) el Ministerio asume las nuevas disposiciones de la Constitución vigente: solidificar el proceso de Reforma del Sector Salud, elaboran una propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud, que fue enviada inicialmente al Ejecutivo discutida en primer debate por el Congreso Nacional y luego aprobada. Lucio Gutiérrez (2003-2007). Disolvió la Corte Suprema de Justicia y captó para sí

el Congreso Nacional, en un hecho sin precedentes de nuestra historia con lo cual quedamos en una situación prácticamente de dictadura que nuestro pueblo no la soportó. El proceso llamado la rebelión de los forajidos terminó con el poder del corrupto Gutiérrez, y desde entonces asumió la Presidencia Alfredo Palacio, médico cardiólogo, quien fue su vicepresidente. El gobierno de Palacio a casi un año de haber asumido el poder anunció una Asamblea Nacional Constituyente y a una Consulta Popular sobre el TLC. (Tratado de Libre Comercio). El gobierno de Palacio en 11 meses de gestión gubernamental cambia cinco veces de ministro de gobierno, tres de la cartera de Economía, dos de Bienestar Social y dos de Agricultura y Ganadería. Ha enfrentado al menos 50 paros de todo tipo en demanda de recursos; no ha podido controlar la inflación que para una economía dolarizada el 6% es irresistible. En fin demuestra que el presidente no tenía un proyecto político definido. Además se enfrentó a una ola de paros y huelgas entre los cuales los más relevantes fueron el paro amazónico, que afectó la producción y exportación petrolera, primer renglón de ingresos del país; el paro de las provincias del centro norte en demanda de recursos para obras provinciales; y, las movilizaciones indígenas en contra del TLC y por la caducidad de los contratos petroleros con la transnacional OCCIDENTAL. A los 10 días de paralización, que en principio fue minimizada, el Presidente Palacio decretó "estado de emergencia" amparándose en la Ley de Seguridad Nacional, de

manera que miles de militares salieron a calles, plazas, carreteras y al rededor controlando e impidiendo las manifestaciones indígenas.

Rafael Correa<sup>37</sup>, el candidato a la Presidencia de la República por el movimiento político Alianza PAIS y el Partido Socialista Ecuatoriano, desde el año 2007. Es el Presidente número 81 que tiene Ecuador desde que se inauguró el periodo republicano en 1830. Correa es el octavo mandatario en los últimos diez años. Su propuesta de gobierno se fundamenta en cinco ejes de reformas: la revolución constitucional y democrática; la revolución ética; la revolución económica y productiva; la revolución educativa y de salud; y la revolución por la dignidad, la soberanía y la integración latinoamericana. Su plan de gobierno es construir un país diferente donde se practiquen valores fundamentales como la justicia, la ética la democracia, la solidaridad, y en especial la equidad en todos los ámbitos: ambiental, social, económica, étnica, de género, intergeneracional. Los sueños de los ecuatorianos se han visto permanentemente truncados por los sucesivos gobiernos.

En el gobierno de la revolución ciudadana el MSP como Autoridad Sanitaria constituye un eje estratégico del desarrollo del país y el logro del BUEN VIVIR. Correa fue reelecto Presidente de Ecuador, por segunda vez, en las elecciones presidenciales de 2009.

---

<sup>37</sup> <http://www.eluniverso.com/2007/01/15/0001/8/E17EC4899C1C4C6C926A25C37652437F.html>,correa entra e la historia,2007



Su primer mandato debía concluir el 15 de enero de 2011<sup>38</sup>, pero la nueva Constitución redactada por la Asamblea Nacional ordenó adelantar los comicios para todas las dignidades del país, por lo que su segundo mandato inició el 10 de agosto de 2009 el mismo día del bicentenario del Primer Grito de Independencia. Fue reelecto Presidente de Ecuador, por tercera vez el 17 de febrero de 2013. Correa inició su nuevo período presidencial el 24 de mayo de 2013 que culminará en el año 2017..

El actual gobierno durante su mandato ha conseguido darle estabilidad política y social a su país, sino que ha conseguido fortalecerse durante estos años con un apoyo cada vez más creciente en su población, los retos del<sup>39</sup> actual gobierno son mejorar y profundizar la revolución ciudadana en salud, fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del sistema, la articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y la reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

---

<sup>38</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Rafael\\_Correa,2013](http://es.wikipedia.org/wiki/Rafael_Correa,2013)

<sup>39</sup> [HTTP://WWW.ECUAWORLD.COM/ECUABLOG/INDEX.PHP?ITEMID=145](http://WWW.ECUAWORLD.COM/ECUABLOG/INDEX.PHP?ITEMID=145) PLAN DE GOBIERNO DEL BINOMIO RAFAEL CORREA - LENÍN MORENO GARCÉS.,2007 - 2011

#### 4.1 Reforma Del Estado Ecuatoriano.

Una vez constatado el fracaso de la agenda neoliberal, la definición de una nueva estrategia de desarrollo y un nuevo tipo de Estado se convirtieron en objetivos prioritarios de la sociedad ecuatoriana. La reforma estatal y su desprivatización suponen pensar en un Estado inteligente, dinámico y estratégico. Significa recuperar sus capacidades de gestión, planificación, regulación y redistribución, desarrollando una profunda transformación de su estructura territorial para potenciar los procesos de descentralización y desconcentración. La reforma del Estado es la clave fundamental para la política neoliberal. Junto a la construcción de este Estado mínimo se procuraba, principalmente, conseguir tres objetivos. Primero que nada, reducir la burocracia, segundo impedir todo intento de reforma agraria y suprimir todo apoyo estatal a la agricultura o a la industria, y tercero controlar el gasto social, a fin de reducir el déficit fiscal y así controlar la inflación. En resumen, se trataba de un paso del Estado interventor y regulador a un Estado mínimo, eficiente y supeditado al mercado. Pero todas esas medidas llevaron a que el Estado abandone muchas regiones del país. Si bien algunas funciones del Estado, como el manejo de la deuda, de la tributación o del comercio debían y llegaron a modernizarse, las competencias en otros campos como en lo social y productivo se cumplieron cada vez menos. En resumen, la llamada modernización se logró en ciertos islotes del aparato estatal, formando una especie de archipiélago moderno en medio de un Estado erosionado y

debilitado. A finales de los ochenta, varios organismos internacionales reconocieron los efectos negativos del ajuste y la reforma estatal, y las dificultades que estos efectos suponían para lo que denominaron la “gobernabilidad”. En consecuencia, se formuló una segunda generación de reformas institucionales orientadas a “modernizar” el Estado, que pasaban por la descentralización, el fortalecimiento de la función judicial y de la policía, y también de ciertas ramas de lo social. Todo esto apuntando a mayores niveles de estabilidad, cohesión y gobernabilidad. En este contexto, durante los noventa, en el Ecuador se lanzó el Programa de Desarrollo Municipal (PDM); se formularon proyectos en salud, educación y desarrollo de los pueblos indígenas; y se diseñaron leyes de modernización y descentralización. Sin embargo la nueva generación de reformas se cumplió poco y mal: no se avanzó en la descentralización; no se logró modernizar la administración pública; los proyectos sociales no fueron institucionalizados; la justicia siguió cayendo en un pozo de corrupción y por varios años no funcionaron ni la Contraloría ni el Tribunal Constitucional; y finalmente, la Policía fue rebasada por la violencia social y por la corrupción institucional interna. La ciudadanía ecuatoriana optó por procesar<sup>40</sup> estas profundas expectativas de cambio mediante una Asamblea Constituyente, la misma que se aprobó vía consulta popular por un pronunciamiento apabullantemente mayoritario (81,7%). A su vez, una vez terminada la nueva Constitución de la República de Ecuador, ésta

---

<sup>40</sup> <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38050770>, 2007

se sometió a la aprobación ciudadana y fue aceptada por más del 60% de los votos de la ciudadanía que reclama cambios profundos y sustanciales. Algunas conquistas de la nueva Constitución, entre muchas otras, tenemos las siguientes:

- Recuperación y fortalecimiento de un nuevo Estado soberano para la Ciudadanía.
- Construcción de un régimen de desarrollo para la igualdad y el buen vivir.
- Constitución de un Estado constitucional de derechos y justicia.
- Organización del poder en cinco funciones estatales: ejecutiva, legislativa, judicial, electoral, y de transparencia y control social.
- Democratización y recuperación del sistema político.
- Nueva organización territorial para la descentralización y las autonomías.

Estos principios y conquistas son los mismos que animan la reforma democrática del Estado. Se apuesta por una estrategia de desarrollo que abandone la 'ortodoxia convencional' del Consenso de Washington, y que ponga en primer plano la recuperación del Estado, su desprivatización y su reforma institucional. Una estrategia que abarque desde la recuperación de las capacidades de regulación hasta el rediseño de un modelo de gestión descentralizado y participativo, pasando por la consolidación de un servicio civil eficiente y meritocrático.

## 4.2 Condiciones De Vida De La Población Ecuatoriana.

Tres rasgos generales caracterizaban al Ecuador de hace aproximadamente tres décadas. Desde inicios de los setenta, se registró un inusitado ritmo de crecimiento en las dos ciudades principales del país: Quito y Guayaquil. A pesar de este crecimiento, la población ecuatoriana vivía sobre todo en el campo. En relación a este hecho, la segunda fuente de ingresos del país, luego del petróleo, era la producción agrícola. Durante la década del setenta, los ingresos provenientes del petróleo fueron invertidos en la creación de la más grande infraestructura de servicios de salud estatal de la historia ecuatoriana. Entre 1972 y 1981, el gasto público en salud subió del<sup>41</sup> 1,8% al 2,1% del PIB, siendo éste el nivel más alto alcanzado. La cantidad de centros y puestos de salud comunitarios aumentó más de 7 veces, pasando de una tasa de 0,4 a otra de 3 por 10.000 habitantes.

Las consecuencias de esta medida se comenzaron a observar en los años ochenta. El progreso acumulado en la inversión social se evidenció en una tendencia sostenida de los indicadores sociales a mejorar, demostrando que las inversiones en los sectores de salud y educación no siempre se reflejan inmediatamente: en este caso, los indicadores sociales registraron mejorías como consecuencia de una inversión adecuada en salud y educación realizada años atrás. Cabe resaltar que la educación de las mujeres trajo consecuencias

---

<sup>41</sup> plan nacional para el buen vivir 2009-2013.construyendo un estado plurinacional e intercultural. pág.79.  
<http://es.scribd.com/doc/37308555/Resumen-Plan-Nacional-de-Desarrollo-2009-2013>

directas sobre el descenso de la mortalidad de la niñez y del número de hijos por mujer, sobre todo en el área urbana del país. Por otro lado, el lento pero persistente avance en cuanto al acceso a determinados servicios que trajo consecuencias directas sobre indicadores de resultado tan importantes como son la esperanza de vida al nacer, el descenso de la mortalidad general, infantil y de la niñez, y la disminución de la desnutrición.

Sin embargo, la deuda social no logró ser saldada. Tomando en cuenta los niveles de pobreza y la inequidad, el primer balance sobre estas últimas décadas arroja un saldo claramente en contra. Ecuador sigue siendo uno de los países más inequitativos de la región. La pobreza todavía afecta a casi el 70% de la población rural. Como señalábamos antes, si bien los promedios nacionales revelan avances, existen regiones, provincias y localidades del país, así como grupos poblacionales que permanecen excluidos. El campo de la sierra, poblado en su mayoría por indígenas, sigue viviendo en el Ecuador de la década del setenta, es decir, con altas tasas de mortalidad en sus niños, con altos porcentajes de analfabetismo y bajo condiciones de vida muy precarias. Según información obtenida por los "ANDES, realizada en el 2013, los datos sobre salud revelan que el 58% no está afiliado al seguro social, ni tienen acceso a otro tipo de seguro, frente al 31% que está afiliado y un 11% que tienen seguro de salud privado<sup>42</sup>."

---

<sup>42</sup> <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-presenta-primera-investigacion-condiciones-vida-glbti.html>, 2013

#### 4.2.1 Contexto Económico.

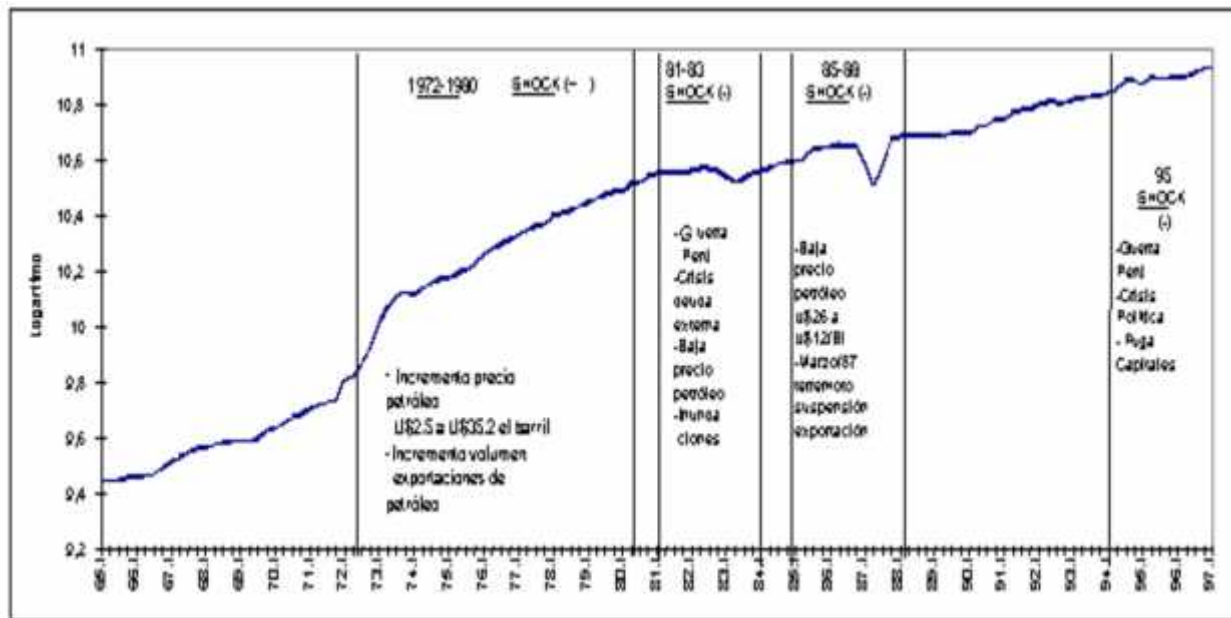
La economía ecuatoriana ha presentado un robusto y continuado crecimiento desde su dolarización en enero del 2000, cultivando varios logros como no haber entrado en recesión durante la crisis económica global de 2009, seguramente gracias a no tener moneda propia, evitando así la emisión inorgánica, lo cual era la costumbre antes de la dolarización de la economía. Ecuador ha concentrado sus esfuerzos en diversificar su matriz energética e incrementar la inversión pública en infraestructuras: hidroeléctricas, carreteras, aeropuertos, hospitales, colegios, etc. A pesar del crecimiento vigoroso de los últimos años, y al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, su economía sigue dependiendo de las exportaciones de materias primas y el petróleo es la principal fuente de riqueza del país. Para superar aquella situación, el Estado está haciendo inmensos esfuerzos en pasar de una economía extractivista a una economía del conocimiento y valor agregado, por eso se está becando a jóvenes para estudiar en universidades de prestigio en el primer mundo, se está elevando el nivel académico de las universidades ecuatorianas con la Ley de Educación Superior y se está construyendo la ciudad del conocimiento: Yachay, con asesoría coreana. Existen<sup>43</sup> diferencias importantes del ingreso donde el veinte por ciento de la población más rica posee el 54,3 % de la riqueza y el 91 % de las tierras

---

<sup>43</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa\\_de\\_Ecuador,2015](http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_de_Ecuador,2015)

productivas. Por otro lado, el 20 % de la población más pobre apenas tiene acceso al 4,2 % de la riqueza y tiene en propiedad sólo el 0,1 % de la tierra.

Grafico 1. Evolución Del PIB Real Trimestral E Impacto De Los Shocks Exógenos (1965 - 1997)<sup>44</sup>



FUENTE: Banco Central del Ecuador  
ELABORACION: Autores

Según datos de Banco Central<sup>45</sup>, en las décadas de los años sesenta y setenta, Ecuador presentó un crecimiento importante del PIB, con un crecimiento de 6,7% anual; las posteriores décadas de los años ochenta y noventa el crecimiento se reduce drásticamente alcanzando un crecimiento promedio de

<sup>44</sup> <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/PublicacionesNotas/Catalogo/NotasTecnicas/nota48.pdf>, 1972

<sup>45</sup> <http://contenido.bce.fin.ec/documentos/PublicacionesNotas/Catalogo/Memoria/3situacion%20macroeconomica.pdf>, 2006



1,9%; a partir de la década de los años 2000 el crecimiento del PIB retoma la tendencia al alza y alcanza una tasa promedio de 4,4% entre el año 2000 al 2010, el crecimiento fue del 4,4%. La década de los años 2000 fue un periodo de recuperación de la economía ecuatoriana, después de la crisis que enfrentó en el año 1999, Ecuador debía recuperar el crecimiento económico, reubicarse en niveles de inflación adecuados, mejorar el ingreso disponible de las familias, reducir los niveles de endeudamiento y aumentar los niveles de ahorro e inversión. Esta recuperación ha ido ocurriendo paulatinamente, así por ejemplo, el PIB tuvo un crecimiento del 4,5% en el año 2000, mientras que en año 2005 el crecimiento fue del 5,8. Este crecimiento alcanza los niveles más altos en el año 2008 (7,2%), sin embargo, la crisis económica que ocurrió a nivel mundial retrasó el crecimiento para el año 2009, alcanzando apenas el 0,4% de variación del PIB.

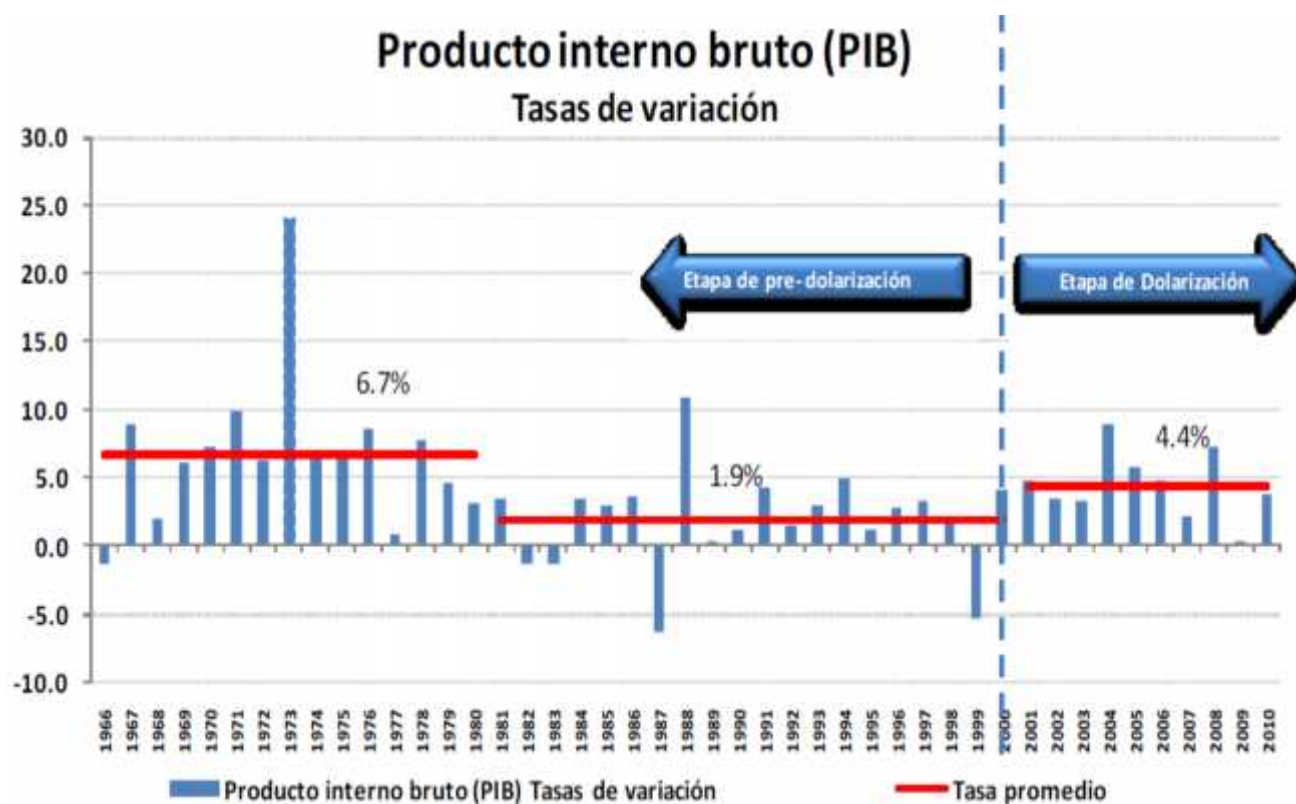
A pesar de que los impactos macroeconómicos registrados en la mayoría de países, incluida Ecuador, no dejó de crecer, aunque a una tasa muy baja pero con una importante recuperación para el año 2010 cuando alcanza un crecimiento del 3,6%, en el año<sup>46</sup> 2011 fue de 7,9. para el año 2012 alcanzo el 5.2% disminuyendo en el 2013 a 4.6%.

El gráfico 2 presenta la evolución del crecimiento del PIB desde mediados de los años sesenta hasta el año 2010.

---

<sup>46</sup> [http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG,2010 - 2014.](http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG,2010-2014)

Grafico 2. Variación del PIB



FUENTE: BCE, Supuestos Macroeconómicos, 2012-2015

ELABORACIÓN: BCE

Ecuador es un país altamente dependiente de los choques externos: la migración de ecuatorianos a países de importancia económica a nivel mundial hace que exista dependencia económica en términos macroeconómicos; desde el punto de vista comercial, las relaciones comerciales con Estados Unidos representan una proporción importante de los movimientos económicos del país al exterior, esto se demuestra ya que, en promedio entre el 2000 al 2010, el 39,1% de las exportaciones nacionales se destinan a nuestro principal socio comercial.

## 5. DEMOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

## 5.1 Demografía

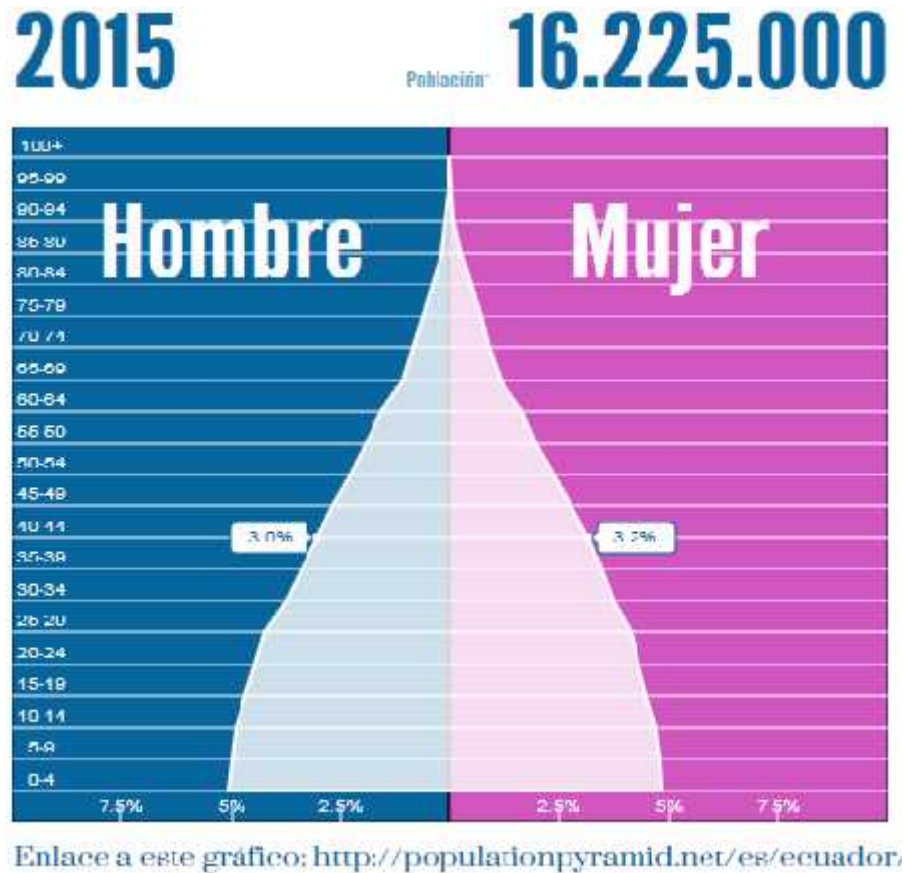
Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), 2010, Ecuador cuenta con 14.2 millones de habitantes, 50.1% son hombres y 49.9% mujeres. Alrededor de 66% de la población total del país es urbana y 33% reside en las cinco ciudades más importantes del país. Las tendencias de crecimiento de población han cambiado debido a factores como la reducción de la tasa bruta de natalidad de 32.4 a 11.4 nacimientos por 1 000 habitantes entre 1981 y 2010, la migración hacia Europa y Estados Unidos, y la disminución de la tasa de mortalidad de 6.7 muertes por 1000 habitantes en 1981 a 4.3 en 2008.

Según datos del INEN<sup>47</sup> nos informa que la población Ecuatoriana ha ascendido a cifras muy altas debido al retorno de miles de ecuatorianos que alguna vez emigraron a otros países ubicándose en 16.2 millones de habitantes con 50.1% son hombres y 49.9 son mujeres.

---

<sup>47</sup> población de Ecuador. <http://countrymeters.info/es/Ecuador,2015>

Grafico 3. Pirámide Poblacional 2015<sup>48</sup>.



obtenida de :populationpyramid.net, ecuador2015

## 5.2 Tendencias Demográficas.

Una estrategia de largo plazo requiere considerar las tendencias y variaciones demográficas durante ese periodo. Los cambios poblacionales que se prevén para el Ecuador hacia el 2025 son varios. Ecuador tendrá una población de 17,1 millones de habitantes. El ritmo de crecimiento descenderá a un promedio anual de 1,1% después del 2020, la fecundidad se situará en 2,1 hijos por

<sup>48</sup> pirámide poblacional 2015. <http://populationpyramid.net/es/ecuador/2015/>

mujer, es decir cerca del nivel de reemplazo Entonces, se espera una población más grande, pero cuyo crecimiento tiende a ralentizarse. Simultáneamente, la esperanza de vida al nacer<sup>49</sup> aumentará algo más de 2 años, llegando a 77,5 años, y la tasa de mortalidad infantil se reducirá a cerca de la mitad, pasará de 20 a 11 por mil nacidos vivos entre 2008 y 2025.

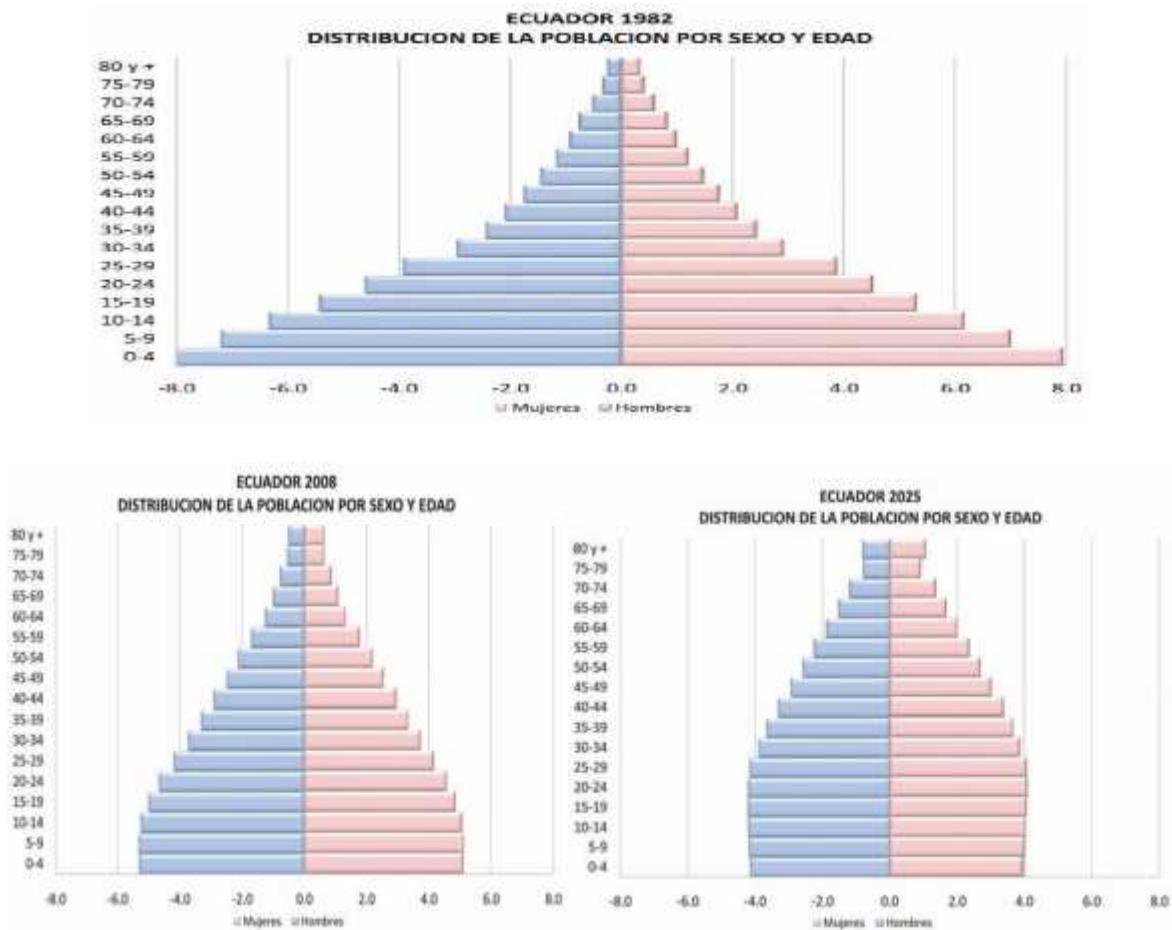
Como consecuencia de ello, el balance entre los diferentes grupos de edad se alterará significativamente. La importancia relativa de la población menor de 15 años se reducirá de 31,2% a 24,5%, mientras que la de la población de 15 a 64 años se elevará del 63 al 66% y la de la población de 65 y más años se incrementará del 6 al 9,3%. En otras palabras, estaríamos ante un proceso de envejecimiento demográfico más acentuado, como se puede apreciar en la evolución<sup>50</sup> de la pirámide poblacional ecuatoriana desde 1980 proyectado en los siguientes gráficos.

---

<sup>49</sup> [http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi\\_bs\\_%202011.pdf](http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi_bs_%202011.pdf). Indicadores básicos de salud 2012.

<sup>50</sup> Fuente: INEC-CEPAL. Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025

Grafico 4. Proyecciones De Pirámide Poblacional 1950-2025



Fuente: INEC-CEPAL. Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025.  
Elaboración: Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión.

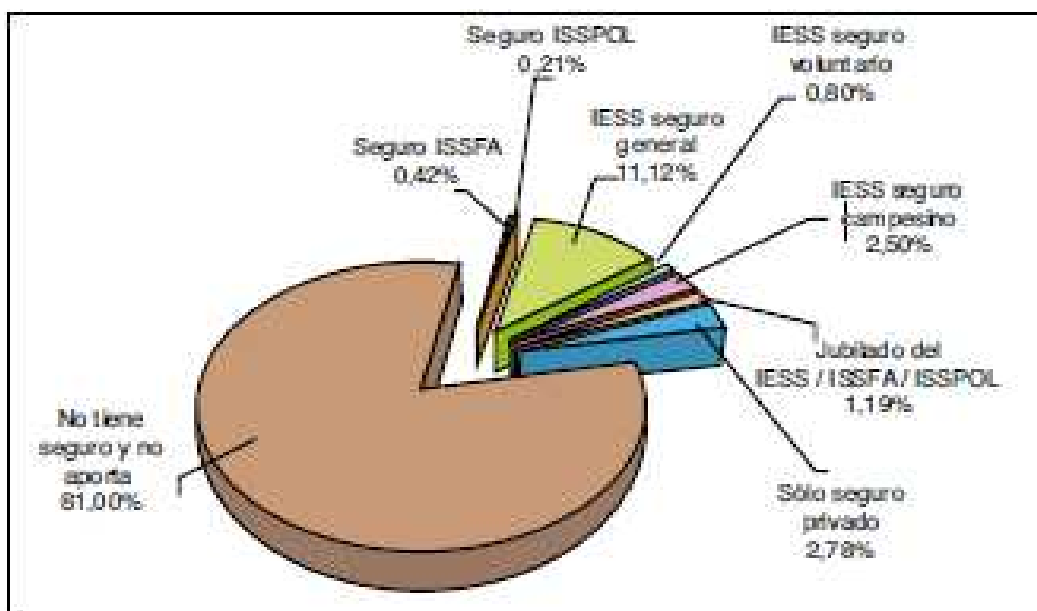
### 5.3 Población distribuida según Seguro de Salud, 2010

Según los datos del Censo de Población 2010<sup>51</sup>, el 19% posee algún tipo de seguro de salud, mientras el 81% no posee ninguno. Los problemas coyunturales relacionados con empleo y capacidad adquisitiva, han sido causas

<sup>51</sup> Datos esenciales de salud: Una mirada a la década. Ministerio de Salud Pública. Pdf. Pág. 23,25  
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>

históricas que han condicionado el acceso a un seguro de salud de la población ecuatoriana. De la población asegurada, la mayor cobertura está brindada por el sector público, a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Seguro Social Campesino, del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

Grafico 5. Población asegurada.



Fuente: INEC; Censo de Población, 2010.

La población no afiliada busca cubrir sus necesidades en salud tanto en los servicios públicos (especialmente en el MSP) como en los privados.

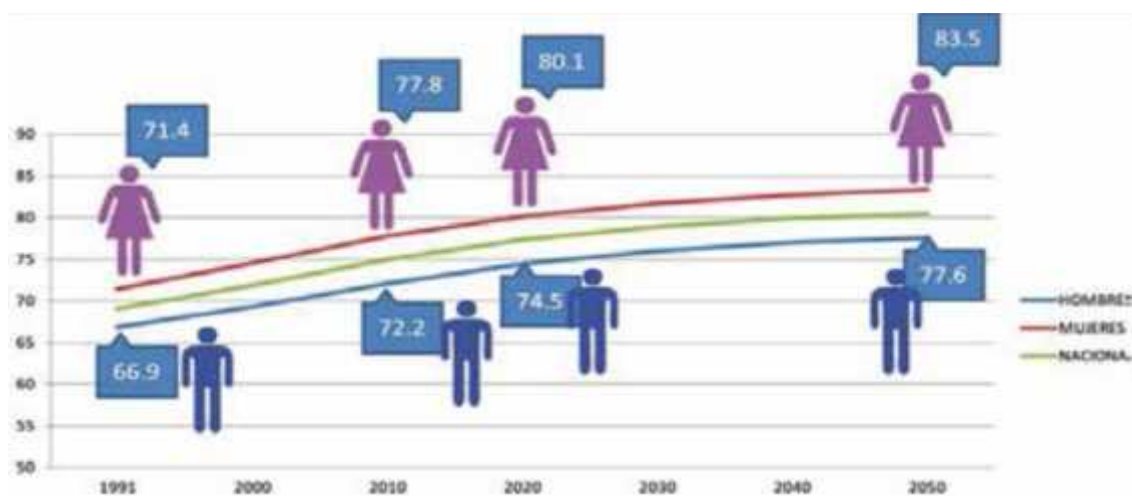
A lo anterior se le suma la prestación del servicio para los hijos menores de 18 años de los afiliados, a los conyugues que se les haya extendido la cobertura de salud a los jubilados.



## 5.4 Esperanza De Vida.

La esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. En los países occidentales, la esperanza de vida ha experimentado notables avances en el último siglo, y se ha conseguido con disminuciones en la probabilidad de morir debido a los avances médicos y tecnológicos, reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, mejora en los niveles de condiciones materiales de vida y en la educación, así como el acceso de la población a los servicios sanitarios. En las últimas décadas ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres.

Grafico 6. Proyección Esperanza De Vida



FUENTE. Estimaciones de proyecciones de población 2010 INEC<sup>52</sup>

<sup>52</sup> [http://www.inec.gob.ec/proyecciones\\_poblacionales/presentacion.pdf](http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf)

De acuerdo a las proyecciones<sup>53</sup> de población Ecuatoriana publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años, mientras que una nacida en el 2020 se esperaría que viva 77,3 años. Ecuador se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida promedio comparando con los países de la región. Cuba, Chile y Puerto Rico registran 79,3 años de vida, seguidos de Argentina, Uruguay, y Ecuador; en el otro extremo se encuentra Haití con 62.5 años de esperanza de vida.

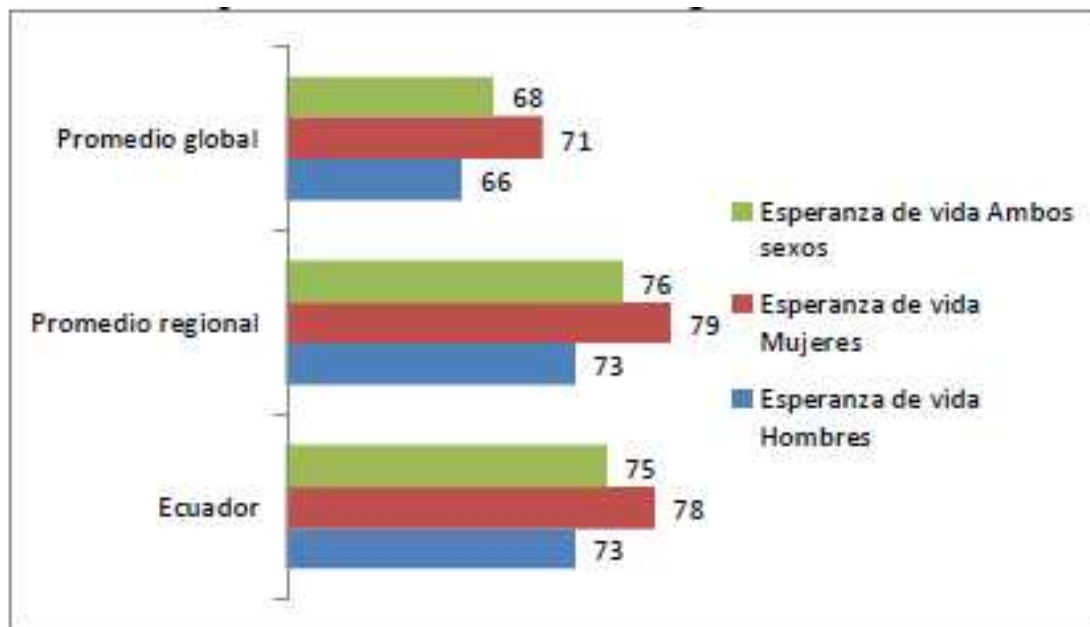
Tabla 1. Evolución de la Esperanza de vida de Ecuador.

Fecha	Esperanza de vida	Esperanza de vida - Hombres	Esperanza de vida - Mujeres
2013	76,17	73,67	78,10
2012	76,11	73,48	78,15
2011	75,92	73,00	78,09
2010	75,65	72,80	78,61
2009	75,40	72,53	78,41
2008	75,10	72,30	78,20
2007	74,98	72,09	78,01
2006	74,80	71,90	77,84
2005	74,63	71,73	77,67
2004	74,45	71,55	77,49
2003	74,24	71,36	77,26
2002	73,99	71,11	76,99
2001	73,70	70,87	76,66
2000	73,36	70,57	76,28
1999	72,97	70,23	75,85
1998	72,50	69,00	75,39
1997	72,13	69,18	71,92
1996	71,66	69,07	74,42
1995	71,23	68,60	73,93

<sup>53</sup> Datos esenciales de salud: Una mirada a la década. Ministerio de Salud Pública. Pdf. Pág. 2013 <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010>.

Grafico 7. Esperanza De Vida Al Nacer, Según Sexo.

Población Ecuatoriana



Fuente: Ecuador: Health Profile (World Health Organization)  
Realizado por: C. E. M. (U. Cuenca)

En 2013 la esperanza de vida en Ecuador <sup>54</sup>subió hasta llegar a 76,47 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 79,40 años, mayor que la de los hombres que fue de 73,67 años. Ecuador mantiene el puesto 53 en el ranking de los 182 países de los que publicamos la Esperanza de vida. Esto quiere decir que sus habitantes tienen una esperanza media-alta, en lo que respecta al resto de los países. Si miramos la evolución de la Esperanza de Vida en Ecuador en los últimos años, vemos que ha subido respecto a 2012 en

<sup>54</sup> <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador,2014>

el que fue de 76,19 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2003, en el que estaba en 74,24 años

## 5.5 Epidemiología.

### 5.5.1 Mortalidad.

El perfil epidemiológico en el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental. En el 2011<sup>55</sup>, en el país se reportaron 65.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 5,01 muertes/1.000 habitantes y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia las siguientes según sexo:

---

<sup>55</sup> index mundi. [http://www.indexmundi.com/es/ecuador/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/poblacion_perfil.html). 2003

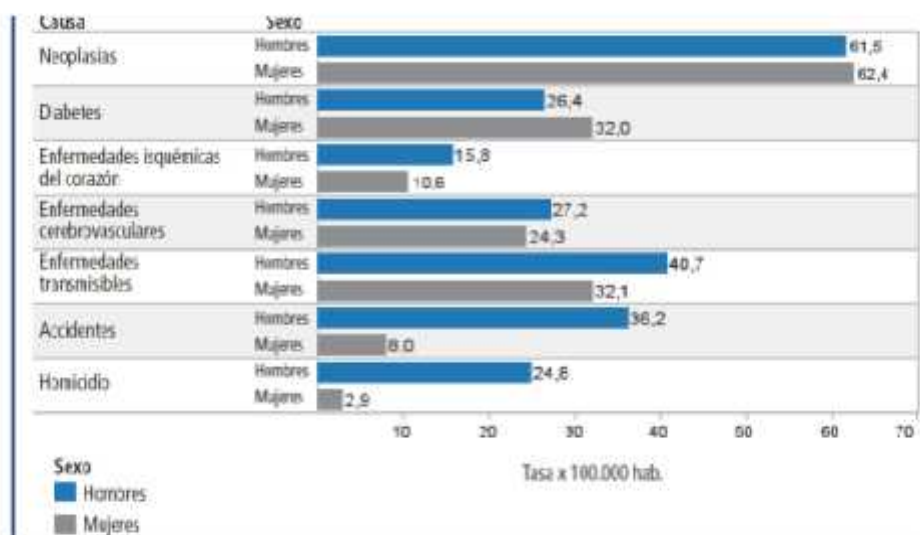
Tabla 2. Diez principales causas de mortalidad general.

Comparación entre el año 2001 y 2011.

Población Estimada 2001				Población Estimada 2011			
		12.479.924				15.266.401	
		55.211				62.901	
		442,42				408,11	
		[x 100.000 hab.]				[x 100.000 hab.]	
Nº Orden	Causas de Muerte	Número	Tasa	Nº Orden	Causas de Muerte	Número	Tasa
1	ENFERMEDADES CARDÍACAS	4164	33,37	1	DIABETES MELLITUS	4.455	29,18
2	ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL	2728	21,89	2	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	4.381	28,70
3	TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS	2841	22,76	3	ENFERMEDADES DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL	3.990	26,14
4	NEUMONÍA	2508	20,10	4	TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS	3.712	24,31
5	DIABETES MELLITUS	2500	20,03	5	ACCIDENTES DE TRANSITO	3.551	23,24
6	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ISQUÉMICA	2276	18,24	6	NEUMONÍA	3.088	20,21
7	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	1445	11,58	7	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	2.878	18,85
8	ACCIDENTES VARIOS	1408	11,28	8	ACCIDENTES VARIOS	2.106	13,79
9	ACCIDENTES DE TRÁNSITO	1344	10,77	9	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ISQUÉMICA	2.014	13,19
10	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	1456	11,66	10	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	1.997	13,08
RESTO DE CAUSAS		25.611	189,19	RESTO DE CAUSAS		25.053	164,11
CAUSAS MAL DEFINIDAS		6055	48,57	CAUSAS MAL DEFINIDAS		5.841	38,29

Fuente: INEC/Serie de defunciones por causa. Población estimada. Mortalidad por causa de defunciones, Departamento y Central de Gestión.

Grafico 8. Tasa de Mortalidad por Causas según sexo<sup>56</sup>.



<sup>56</sup> [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:situacion-salud](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=25:situacion-salud), 2012.

En el 2013 la diabetes con 4.695 y la hipertensión con 4.189 según la información del Anuario de Nacimientos y Defunciones publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)<sup>57</sup>. Según estos datos, la principal causa de muerte en los hombres fueron los accidentes de transporte terrestre con 2.469 casos registrados, mientras que en las mujeres la principal causa de defunción es la diabetes mellitus con 2.538 casos. Las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de defunción para las mujeres y tercera para los hombres. En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas<sup>58</sup> Entre las principales causas de egreso hospitalario<sup>59</sup> destaca la apendicitis, hernias y obstrucción intestinal que requieren un manejo quirúrgico, no han mostrado variabilidad y son comparables con la estadística mundial. Llama la atención la ubicación de las enfermedades intestinales en los primeros lugares del gráfico, considerando que el manejo esencial de esta patología es ambulatorio.

Las afecciones originadas en el periodo prenatal se han mantenido con poca variabilidad, no se llega a describir específicamente la patología, esto implica que en cuanto al registro se debe pasar de grupos de codificación amplios a definiciones particulares, lo que posibilitará intervenciones específicas.

---

<sup>57</sup> [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV\\_2015/documentos/Metodologia/Documento%20Metodologico%20ECV%206R.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/Metodologia/Documento%20Metodologico%20ECV%206R.pdf)

Metodología de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV 2014-

<sup>58</sup> OMS

<sup>59</sup> <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010>.

## 5.5.2 Morbilidad.

En Ecuador, estudios hechos por el Observatorio de los Derechos de la Niñez<sup>60</sup> y adolescencia en el 2002 no se reportan casos de polio. En relación a las enfermedades infecciosas, la reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha constituido un avance fundamental. En este ámbito se destacan los resultados alcanzados en Brasil, Ecuador y México (OPS, 2002).

Tabla 3. 10 principales causas de Morbilidad año 2012.

Lista Internacional Detallada Cie\_10

N° Orden	Causas	Número de egresos	%	Tasa (a1)
1ª	J12 Neumonía, organismo no especificado	34.235	3,23%	22,50
2ª	K90 Colitis/las	25.865	2,53%	18,02
3ª	N06 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	30.732	2,68%	19,00
4ª	K05 Apendicitis aguda	29.004	2,56%	19,07
5ª	O06 Evertia no especificada	20.775	1,78%	13,95
6ª	K90 Herida inguinal	14.632	1,28%	9,56
7ª	O47 Falta trabajo de parto	14.573	1,24%	9,26
8ª	O34 Atención materna para anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	14.295	1,24%	9,21
9ª	N09 Otros trastornos del sistema urinario	11.570	1,03%	7,30
10ª	O23 Infección de la vía genital urinaria en el embarazo	11.325	0,98%	7,30
	O00 Parto único espontáneo	111.263	9,82%	
	O02 Parto único por cesárea	67.680	5,85%	
	O01 O03, O04 Otro parto	793	0,07%	
	Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, NCOP (CAP - XVIII)	20.742	1,82%	
	Las Demás Causas de Morbilidad	725.490	63,73%	
	<b>Total de egresos hospitalarios</b>	<b>1.156.287,00</b>	<b>100,00%</b>	
	Población Estimada Año 2012 (1)	15.320.905		

a1) Fuente: Estadísticas y Publicaciones de Estadística 2012 - DISE, IPEC

\*\*Tasa por 10.000 habitantes.



En el gráfico <sup>61</sup> se puede observar que en años anteriores se presentan las diez principales causas de morbilidad de la población total, utilizando para ello la "Lista Internacional Detallada CIE-10", En este sentido con el código "J18",

<sup>60</sup> <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Margarita%20Velasco.pdf>, 2002

<sup>61</sup> [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Publicaciones-Cam\\_Egre\\_Host/Anuario\\_Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios\\_2012.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2012.pdf)

la "Neumonía, organismo no especificado" fue la primera causa de atención con una tasa de 22,50 por cada 10.000 habitantes y con una proporción del 3,02% del total de egresos. La segunda causa con el código "K80" fue la "Colelitiasis con una tasa de 21,82 por cada 10.000 habitantes y con una proporción de 2,93%; en tercer lugar está con el código "A09" "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 19,80 por cada 10.000 habitantes; y con una menor tasa dentro de las diez principales causas encontramos a la "Infección de las vías genitourinarias en el embarazo" con una tasa de 7,30 por cada 10.000 habitantes y un porcentaje de 0,98%. Se debe destacar que en este gráfico se incluye a más del "Parto Único Espontáneo" que representa el 9,62%, la información del número de egresos hospitalarios causados por "Parto Único por Cesárea", que significa el 5,85% de las atenciones y representa un poco más de la mitad del número de partos únicos espontáneos (parto normal). Es destacable también el porcentaje de causas de atención hospitalaria (2,92)%, que fue codificado como "Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte", que dan cuenta de una cierta dificultad en la especificación de los diagnósticos para determinar con mayor precisión la estructura de la morbilidad hospitalaria del país.



Grafico 9. Principales causas de Egreso Hospitalario (2000-2010)



Fuente: INLC, Egresos Hospitalarios, 2000-2011.  
 Nota: Las causas de egresos hospitalarios están basadas en la lista OPS-8/67 y laborado a partir de la CII - 10 a 3er dígito.

Tabla 4. Principales causas de Egresos Hospitalarios en Mujeres en Edad Reproductiva 2000 – 2011.

edad reproductiva 2000				edad reproductiva 2011			
No.	CAUSAS DE EGRESOS	2000		No.	CAUSAS DE EGRESOS	%	No. de egresos
		%	No. de egresos				
1	O60 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	50,7	128.530	1	O60 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	33,4	120.150
2	O02 PARTO ÚNICO POR CESÁREA	20,1	50.858	2	O62 PARTO ÚNICO POR CESÁREA	19,6	70.402
3	O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	7,3	18.381	3	O06 ABORTO NO ESPECIFICADO	6,5	23.350
4	O47 FALSO TRABAJO DE PARTO	2,1	5.405	4	O47 FALSO TRABAJO DE PARTO	4,0	14.501
5	O34 ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	1,0	2.581	5	O34 ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	3,4	12.100
6	O23 INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	1,7	4.254	6	O23 INFECCIÓN DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	3,0	10.819
7	O02 OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCIÓN	1,3	3.382	7	O02 OTROS PRODUCTOS ANORMALES DE LA CONCEPCIÓN	2,7	9.558
8	O33 ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	1,6	4.187	8	O33 ATENCIÓN MATERNA POR DESPROPORCIÓN CONOCIDA O PRESUNTA	2,4	8.757
9	O14 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	0,9	2.350	9	O14 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	2,0	7.352
10	O66 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	1,4	3.580	10	O66 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL	2,0	7.093
<b>TOTAL</b>			<b>253.387</b>	<b>TOTAL</b>			<b>358.862</b>

Fuente: INEC, Egresos hospitalarios 2000.

Fuente: INEC, Egresos hospitalarios 2011.

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. En el país no existe información actualizada sobre los problemas nutricionales, sin embargo, es importante considerar que los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera alarmante sobre todo en mujeres en edad fértil y población adulta mayor. Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad.

El VIH-SIDA también es uno de los problemas de salud pública<sup>62</sup> que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente.

---

<sup>62</sup> Proyecciones de Población, INEC – CEPAL, 2001 – 2010.

Grafico 10. Casos de VIH Y SIDA notificados por sexo Ecuador 2009

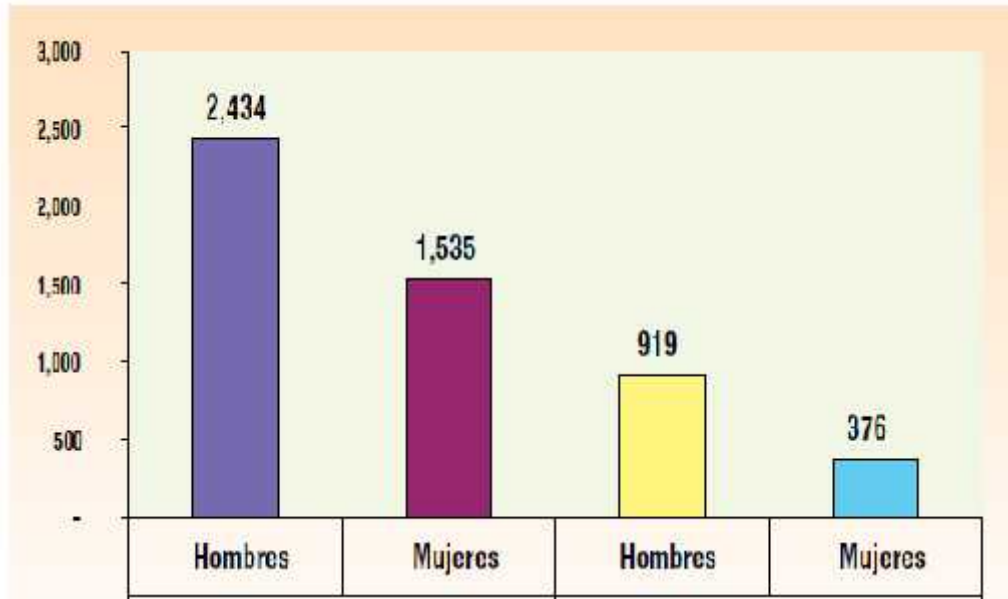
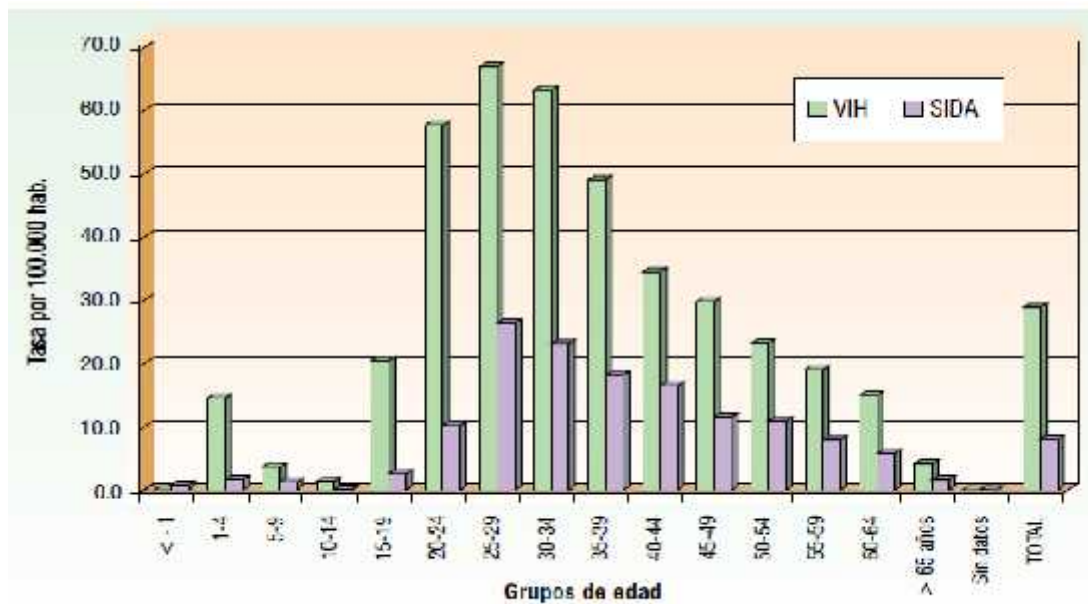
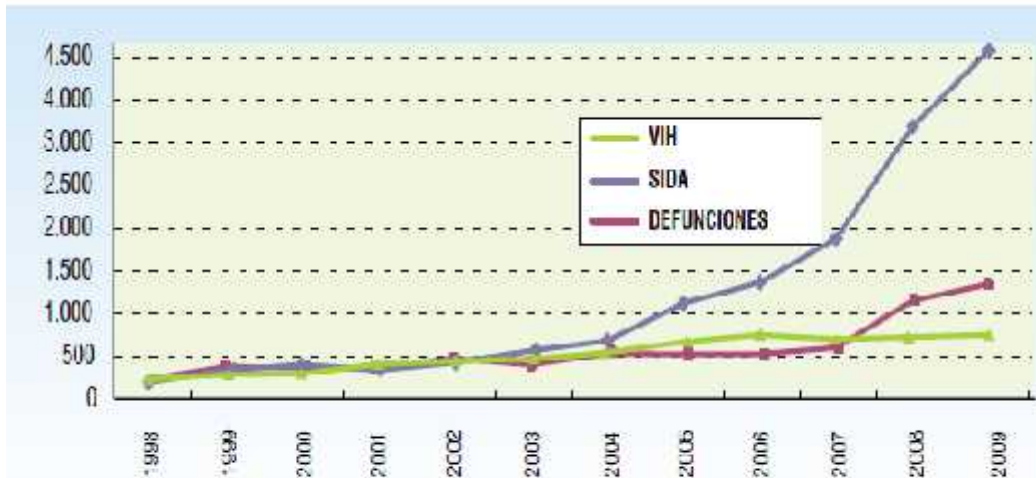


Grafico 11. Tasas de VIH y SIDA por grupos de edad Ecuador 2009



fuente: MSP - Programa Nacional de VIH/SIDA - IIS

Grafico 12. Evolución Anual de casos notificados por VIH, SIDA Defunciones en Ecuador (1998 – 2009).



Fuente: INEC - Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 1998 - 2006  
 MSP - Programa Control de VIH SIDA - ITS

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN 2009). Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional.

La salud mental y los riesgos ambientales<sup>63</sup> son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población del país<sup>64</sup>.

Tabla 5. Tasas de VIH Y SIDA, Notificaciones por Sexo.

Ecuador 2006 - 2010

Componente	2006	2007	2008	2009	2010
<b>VIH</b>	9,8	13,5	22,3	28,9	27,4
Hombres	11,0	15,5	27,7	34,7	37,9
Mujeres	8,6	11,4	17,9	22,0	14,1
<b>SIDA</b>	3,6	4,0	8,0	9,2	9,0
Hombres	5,2	5,9	11,9	13,1	12,9
Mujeres	1,9	2,2	4,1	5,4	5,1

\* Por 100 000 habitantes

Fuente: Programa control VIH/SIDA

Elaboración: Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión

<sup>63</sup> Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Canadá 1978

<sup>64</sup> <https://dtoepidemiologia.wordpress.com/2014/07/24/ecuador-gaceta-epidemiologica-se-27/,2014>

Grafico 13. Tasas de Incidencia de Tuberculosis Total Y Baciloscopia Positivas, Ecuador 2000 – 2010

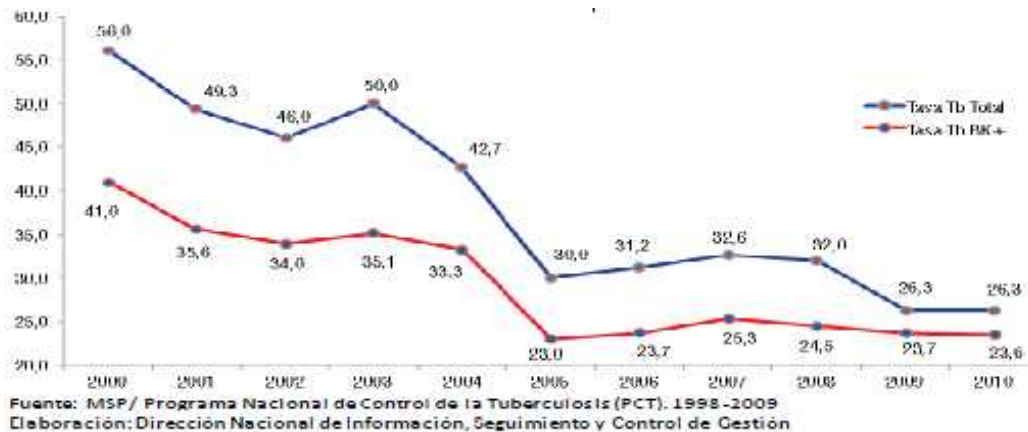


Tabla 6. Casos de enfermedades inmunoprevenibles.  
2013 - 2014

Enfermedad Inicial	2013	2014
	Confirmado	Confirmado
Varicela	6278	5841
Neumonía	20.928	39193
Parotiditis infecciosa	597	741
Hepatitis B	198	384
Tetanos	9	10

\* Evento no comparable hasta la SE 10 del año 2013, a partir de la SE 11 se vigila como evento Grupal

En relación al año 2013 en el mismo periodo podemos observar incremento en la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles, a excepción de Varicela ante la que existe una disminución de casos en relación al 2013. En el caso de Neumonía se observa incremento pero esto se debe a la inclusión de otros tipos de enfermedad incluidos en el 2013.

### 5.5.3 Toxicomanías.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>65</sup>, Ecuador es el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita. En la nación andina se ingieren 9.4 litros de alcohol por habitante al año, cifra superada en la región únicamente por Argentina (10 litros), donde la mayor parte de las bebidas alcohólicas que se consumen es vino.

Grafico 14. Casos de intoxicación por alcohol según grupo de edad, Ecuador 2010.



En este grafico se observa que el grupo mayor consumidor de alcohol se encuentra entre las edades de 20 a 49 años que pertenecen al sexo masculino.

<sup>65</sup> [http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/08/110812\\_ecuador\\_licor\\_consumo\\_alcohol\\_costos\\_cch.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/08/110812_ecuador_licor_consumo_alcohol_costos_cch.shtml), 2010

Tabla 7. Consumo de alcohol según provincia, Ecuador 2010.

Prov Domic	Semana (grupo)		Total general
	SE 1 - 26	SE 27	
AZUAY	8		8
ESMERALDAS	1		1
ORELLANA	1		1
PICHINCHA	1		1
<b>Total general</b>	<b>9</b>		<b>9</b>

El mayor número de consumo corresponde a la provincia de Azuay de las cuatro provincias que han notificado casos de intoxicación por Metanol, el grupo de edad mas afectado es el de 20 a 49 años predominando el sexo masculino. Se han notificado 4 casos de pacientes fallecidos.



## 6.SALUD PÚBLICA.

## 6.1 Transformación de la Salud Pública.

Nuestro país requiere de nuevas decisiones para continuar perfeccionándose, y dar solución a los problemas actuales, eliminando las causas que dieron origen desde sus raíces y avanzar con mayor seguridad hacia su desarrollo reorganizando, los servicios de salud; esto permitirá el uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos recursos que disponen, con una inversión de \$148 millones especialmente los tecnológicos, así como su disponibilidad, lo que garantizará la sostenibilidad de los servicios de salud. Es un hecho inédito en la historia nacional del Ecuador, desde año 2011 hasta mayo de 2014<sup>66</sup> se han terminado de construir 12 hospitales. Actualmente se encuentran en ejecución 29 hospitales (13 nuevos y 16 en repotenciación). Inaugurar los hospitales de San Cristóbal, Lago Agrio, Calderón, Baños y Sigchos.

Y en cuanto al primer nivel de atención, con una inversión de más de \$100 millones, se inauguraron 7 centros de salud hasta abril de 2014 y otras 72 unidades se encuentran en construcción. Hasta 2017 está planificada la edificación de 956 centros adicionales, en todos los rincones del país, con una inversión de \$1.300 millones. Por primera vez los hospitales y centros de salud

---

<sup>66</sup> <http://www.salud.gob.ec/transformacion-de-infraestructura-y-equipamiento-atrae-a-profesionales-de-la-salud/>,2014

se encuentran ampliamente equipados con tecnología, medicinas y suministros suficientes, que facilitan el trabajo de los profesionales de la salud, y garantizan mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento de las patologías. Los cambios son claros; ahora hay un incremento en la calidad de infraestructura y equipamiento en todo el país, además la oportunidad de capacitarnos; todo esto facilitara nuestro trabajo". En 2013<sup>67</sup> el Gobierno Nacional destinó \$2.425 millones para el sector salud, rubro que quintuplica lo destinado en 2006 e incluso supera ampliamente lo destinado en todo el período 2000-2006, en el que se presupuestaron apenas \$2.073 millones.

---

<sup>67</sup> <http://www.salud.gob.ec/transformacion-de-infraestructura-y-equipamiento-atrae-a-profesionales-de-la-salud/mayo,2014>

## 7.SISTEMA SANITARIO EN ECUADOR.

## 7.1 Historia

El 16 de junio de 1967<sup>68</sup> fue creado el ministerio de salud se publicó en el Registro Oficial y entra en vigencia el decreto promulgado por la Asamblea Nacional Constituyente, a través del cual se creó el Ministerio de salud Pública la misma que se encargaría de Atender las ramas de sanidad y asistencia social que se relacionan con la salud en general. Inicialmente estuvo estructurado en tres niveles básicos directivo, operativo y asesor, constituyéndose en el organismo que en representación de la función ejecutiva formularía y ejecutaría la política integral de salud en el país. Uno de los principales objetivos del Ministerio de salud fue coordinar con las instituciones autónomas o semi-autónomas y crear un sistema administrativo a nivel nacional. En 1968<sup>69</sup> El Congreso acepta el Código de Salud y el Plan de Medicina Rural. Su ejecución inicia en 1970. El 29 de agosto del mismo año se dispuso que el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (S.N.E.M.) funcionara como dependencia directa del M.S.P. y bajo el control de la Dirección Nacional de Salud. 1972 Se centraliza en Quito la Dirección General de salud. Las Juntas de Asistencia Social se integran al Ministerio, con lo cual pasa a administrar el 48% de camas hospitalarias del país. Se incorpora la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A) conocida en la actualidad como

---

<sup>68</sup> <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/cronologia-del-ministerio-de-salud-publica-48861.html>  
cronología del ministerio de salud pública, 1992

<sup>69</sup> <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/cronologia-del-ministerio-de-salud-publica-48861.html>, 1992

hospital Alfredo Valenzuela. 1973 Surgió el llamado Plan País, se pone en marcha el Primer Plan Quinquenal de Salud que creó la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental 1974-1979, se crean programas como. Programa ampliado de Inmunizaciones Control de Diarreas, Respiratorias Agudas, Materno-Infantil, Lucha operacional contra el Bocio Endémico, Complementación alimentaria, reequipamiento hospitalario, entre otros. en 1979-1988 Se crea el Consejo Nacional de Salud, órgano coordinador de acciones, de asesorías políticas, y estrategias de Salud. De igual manera se crea la Subsecretaría de la Región en Guayaquil en el año de 1982. Y se continúan con los Programas Prioritarios antes mencionados. Se elabora el Plan nacional de salud en 1991-2000; que obligará a priorizar actividades y a optimizar recursos disponibles, en una época de crisis nacional. Se establece un nuevo modelo de atención para la familia y la comunidad.

El Sector Salud quedó de esta manera integrado sobre la base del Subsector Público y del Subsector Privado, el primero formado por: Gobierno, entidades descentralizadas y Seguro Social; el segundo por el Subsector Privado organizado con fines de lucro en otros, por el Subsector Liberal.

## 7.2 Análisis del Sistema de Salud.

En el país el Sistema sanitario de Salud se ha caracterizado<sup>70</sup> por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biologista curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria<sup>71</sup> Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> Manual Del Modelo De atención Integral de Salud – Mais. Ecuador: El Sistema Nacional De Salud: Antecedentes, Avances Y Retos, Pág. 23. [Http://Instituciones.Msp.Gob.Ec/Somossalud/Images/Documentos/Guia/Manual\\_Mais-Msp12.12.12.Pdf](http://Instituciones.Msp.Gob.Ec/Somossalud/Images/Documentos/Guia/Manual_Mais-Msp12.12.12.Pdf)

<sup>71</sup> Bolívar, Kalindy. "Construyamos Salud".

[Http://Instituciones.Msp.Gob.Ec/Somossalud/Images/Documentos/Guia/Manual\\_Mais-Msp12.12.12.Pdf](http://Instituciones.Msp.Gob.Ec/Somossalud/Images/Documentos/Guia/Manual_Mais-Msp12.12.12.Pdf)

<sup>72</sup> Ídem.

La atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escasez e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud. De igual manera, el tercer nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad sufrió el embate del progresivo desmantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permita obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión.

El sistema de Salud Pública de Ecuador ha mejorado sustancialmente<sup>73</sup> durante el último gobierno, pero las mejoras en el sistema se deben principalmente al aumento de los recursos para este servicio público antes que a procesos de reestructuración institucional. Cabe recalcar que el aumento de recursos públicos para la salud siempre será una medida acertada dado a que la salud

---

<sup>73</sup> Latino barómetro, encuesta para Ecuador 2012 Enlace ciudadano No 341.  
Pagina web del IESS Pagina web del MSP. Banco Central de Ecuador



es constitucionalmente un derecho además de que la salud en términos económicos induce al aumento de la productividad. Según Latino barómetro y su encuesta de opinión del 2012 para Ecuador el 63.25% de la población encuestada considera: que está muy satisfecho 10.80% y satisfecho 52.45% con la calidad de los servicios médicos y de salud pública. Esto es producto de que los recursos públicos para salud han pasado de 195 dólares por habitante en 2005 a 332 dólares por habitante en 2011, sin embargo el aumento no ha sido sustancial pues aún se gasta menos que la mayoría de los países latinoamericanos. Lo anterior se deriva en que el presupuesto para la RPIS (Red Pública Integral de Salud) para el periodo del 2013 sea de 3,701 millones (Cifras del enlace ciudadano No 341).

La Red Pública Integral de Salud tiene varias deficiencias a nivel de institucionalidad, la más importante es la dispersión de la institucionalidad, lo que se traduce en desperdicio de recursos y discriminación en la atención a ciudadanos dado a la carencia de una adecuada coordinación. La RPIS está compuesta de cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud: el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), el ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), el ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía) y el MSP (Ministerio de Salud Pública). El primero corresponde a brindar servicios de salud a los afiliados de carácter obligatorio, a los afiliados del seguro social campesino y a los afiliados de carácter voluntario. El financiamiento del seguro de salud del IESS corresponde principalmente a los

aportes de los afiliados en servicio activo al sistema y otra parte a transferencias del presupuesto del gobierno central. En realidad el mayor aporte proviene de los empleadores, es decir de un impuesto a la generación de empleo formal, la tasa varía en función del tipo de empleador pero la más común (Trabajadores del sector privado bajo relación de dependencia) es de 5.71%. Según cifras del presupuesto del IESS el aporte de los empleadores al seguro de salud del IESS cifro en 1,042 millones de dólares para el año 2012, el equivalente al 1.24% del PIB.

En el caso de la salud pública, policías y militares tienen sus propios sistemas de salud el ISSFA y el ISSPOL, su financiamiento proviene del presupuesto del gobierno central, es decir de impuestos como el IVA, IR, ICE, Aranceles y etc. Estos sistemas de salud atienden a miembros activos y pasivos de las fuerzas armadas y de la policía, además de sus familiares.

La existencia de varios seguros de salud pública establecen una clara discriminación entre los ciudadanos de índole civil y los no civiles, lo que genera desigualdades en la atención, por ejemplo los hijos de los militares reciben cobertura del ISSFA hasta que cumplan 25 años de edad mientras que la cobertura para los hijos de beneficiarios del IESS o el ISSPOL se da solo hasta los 18 años. Por último está el MSP que en teoría brinda atención médica mediante su red de unidades hospitalarias a todas las personas que se encuentran por fuera del sector formal de la economía, es decir aquellas personas que no poseen un empleo formal o están desempleadas y por ende

no se encuentran afiliadas al IESS, ISSFA e ISSPOL. Los servicios prestados por el MSP históricamente han sido de menor calidad y se financian por medio del presupuesto del gobierno central, es decir impuestos a toda la ciudadanía independientemente de si directamente se usen estos servicios o no, pues quienes aportan al IESS, ISSPOL o ISSFA pero se hacen atender en los hospitales del MSP por distintos motivos contribuyen a ambos servicios, por cual se podría decir que el costo por los servicios de salud para estas personas es mucho más elevado. Según cifras expuestas por el presidente Rafael Correa, el MSP realiza más de 2,6 millones de atenciones a ciudadanos que deberían de ser entendidos por el IESS, ISSFA e ISSPOL, lo que se resume en una duplicidad de funciones que encarecen los costos unitarios al no existir suficiente coordinación entre los distintos prestadores de salud pública.

Es claro que la existencia de 4 sistemas prestadores de salud pública genera discriminación en la atención ciudadana entre civiles y no civiles; y entre trabajadores del sector formal y trabajadores informales, lo que genera desigual en la calidad los servicios prestados. No debería existir razón alguna por la cual existan desigualdades<sup>74</sup> en el acceso a la salud pública, por lo tanto es absurdo que convivan cuatro sistemas de salud pública, todas las instituciones prestadoras de salud pública deberían de unificarse en una sola institución que brinde salud a todos los ciudadanos independientemente de si

---

<sup>74</sup> latinobarometro, encuesta para ecuador 2012 enlace ciudadano no 341. <http://ecuanomica.blogspot.com/2013/10/el-absurdo-sistema-de-salud-publica.html>.  
pagina web del iess pagina web del msp. banco central de ecuador

estos son militares, policías, trabajadores formales, trabajadores informales o desempleados, es decir el sistema de aseguramiento en salud debería de ser universal. La unificación de los cuatro sistemas de salud pública ahorraría recursos, pues se tendría una mejor planificación territorial de la infraestructura hospitalaria y de la contratación de especialistas. Así mismo la unificación del sector público de salud demandaría que todo el financiamiento para salud provenga del presupuesto del gobierno central, en este orden de ideas el aporte patronal para el seguro de salud debería de eliminarse y otros impuestos como IVA (Impuesto al Valor Agregado)

En conclusión es evidente que la RPIS tiene una serie de deficiencias estructurales lo que impide avanzar más velozmente en el proceso de mejoras continuas que necesitan los servicios de salud pública. La existencia de cuatro sistemas dentro del sector público deriva en una serie de ineficiencias económicas que van desde la forma en la que se financian los servicios, pasando por la mala planificación de infraestructura dado a la duplicidad de funciones y por último a la existencia de un sistema de salud discriminatorio que presta un servicio desigual a los usuarios; discriminando entre no civiles y civiles; y entre ciudadanos pertenecientes al mercado laboral formal y ciudadanos del sector laboral informal o desempleados, por lo tanto es evidente que el absurdo sistema de salud pública no garantiza plenamente el derecho de la salud de los ecuatorianos y urge realizar cambios drásticos en

el sistema de salud pública para que los servicios de salud pública puedan ser de carácter universal. Como está la situación de las Evaluación de Tecnología sanitaria del ecuador (ETES) en el Ecuador?. En Ecuador se inició<sup>75</sup> el proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en el año 2012, con el fin de generar insumos para la toma de decisiones, por parte de la ASN. El número de evaluaciones realizadas hasta el momento se indica en la tabla a continuación:

Tabla 8. Evaluación de Tecnología Sanitaria

AÑO REALIZADAS	N. DE EVALUACIONES
2012	10
2013	83
2014	55
TOTAL	148

En la actualidad<sup>76</sup> el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los problemas, nuevos retos y necesidades provocados por cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período 2005-1010.

<sup>75</sup> [WwwSalud.Gob.Ec/Wp-Content/](http://www.salud.gob.ec/Wp-Content/) Evaluación De Tecnologías Sanitarias. Elaborado Por: Coordinación General De Desarrollo Estratégico En Salud , boletín-etes Ecuador,2014.

<sup>76</sup> plan nacional para el buen vivir 2009-2013.construyendo un estado plurinacional e intercultural <http://es.scribd.com/doc/37308555/resumen-plan-nacional-de-desarrollo-2009-2013>.

La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años.

Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kausay o el Buen Vivir, que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto<sup>77</sup> y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país. El logro de la transformación propuesta implica superar la deuda histórica que tiene el país con el sector salud y cambios profundos en la institucionalidad y las modalidades de prestación de servicios, que requieren estrategias de intervención de corto, mediano y largo plazo para fortalecer el Sistema Nacional de Salud. En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del

---

<sup>77</sup> [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf). En cinco años la inversión del Ministerio de Salud Pública pasó de menos de 600 millones de dólares en el año 2006 a 1.400 millones de dólares en el 2011.

Ministerio de Salud Pública, 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 primer nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) La política de gratuidad y la inversión en unidades del Ministerio de Salud Pública, incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención por otro lado se ha logrado reposicionar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades. El Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención. El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza<sup>78</sup> por la segmentación en sectores, privado y público<sup>79</sup> el mismo que está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de

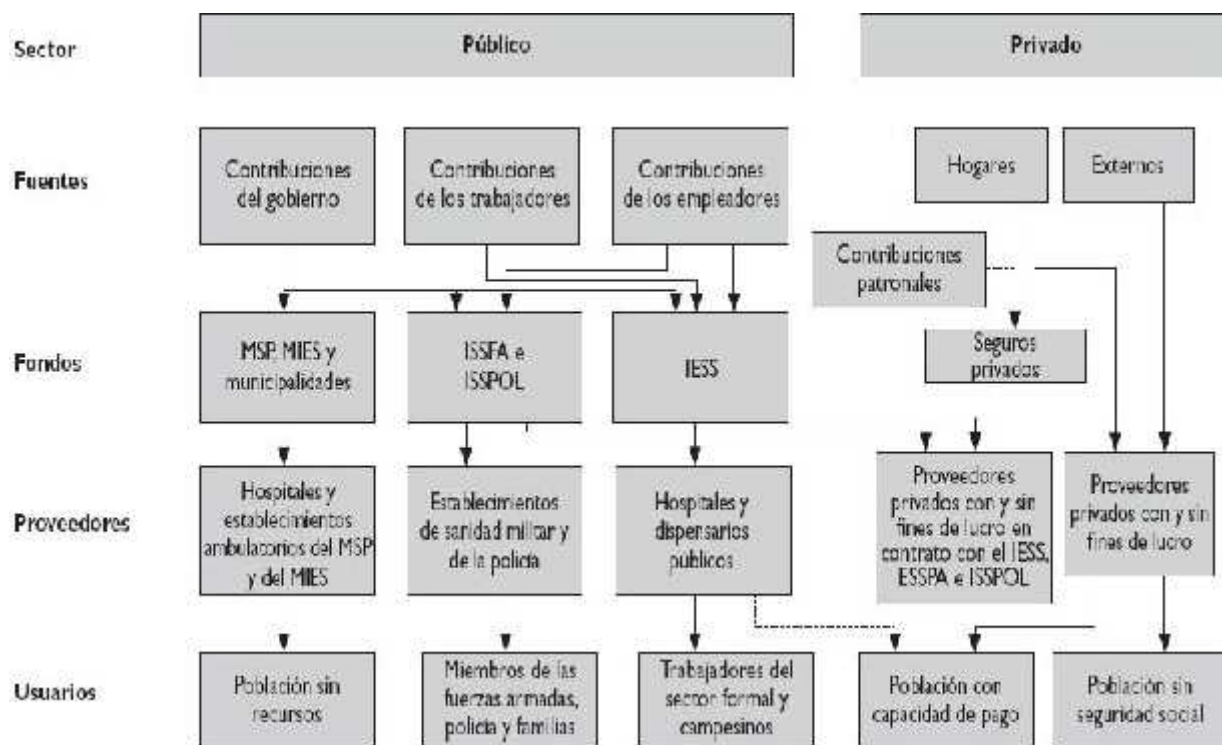
---

<sup>78</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud\\_en\\_el\\_Ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador). Salud en Ecuador. Políticas de gobierno.2002

<sup>79</sup> [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002621](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002621),2013

Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población.

### 7.3 Estructura del Sistema de Salud del Ecuador.



MSP: Ministerio de Salud Pública

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social



El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada ) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Actualmente Ecuador cuenta con un plan<sup>80</sup> que busca captar y retener la mayor cantidad de profesionales de la salud ecuatorianos y extranjeros que se encuentran en el exterior, priorizando médicos especialistas y sub-especialistas, mediante la ejecución del proceso de reclutamiento, selección y contratación, el cual garantice la idoneidad en la vinculación de postulantes altamente capacitados, que cuenten con los conocimientos, experiencia, destrezas y competencias técnicas necesarios, a fin de cubrir los requerimientos en la áreas críticas y regiones desabastecidas del ecuador, brindando un servicio de salud óptimo con calidad y calidez a todos los ciudadanos

---

<sup>80</sup>. <http://www.salud.gob.ec/ecuador-saludable-voy-por-ti/>,2013

ecuatorianos. Remuneraciones que oscilan desde los \$ 986 hasta los \$ 2.967, dependiendo de tu formación académica y experiencia laboral. Además, un viático por gastos de residencia adicional a tu remuneración, que oscila desde los \$ 595 hasta los \$ 935 en función de la jerarquía de tu cargo, por un tiempo máximo de 2 años, de conformidad a la ley.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón. El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. El gasto en salud total per cápita en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per cápita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte. Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante

el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de de transferencia de funciones a los gobiernos locales.

Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano,
- Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la
- Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años. Como ejemplo de descentralización relativa del SNS se han identificado cuatro cantones o municipalidades: Cotacachi, Pedro Moncayo, Cuenca y Guamote. Como denominador común destaca el alto grado de organización comunitaria, el apoyo político de las autoridades locales y la gran proporción de población indígena (Quichua). En todos los casos han desarrollado el plan cantonal de salud participativo pero en ningún caso han recibido fondos del Ministerio de Economía.

## 7.4 Incremento de la afiliación a la Seguridad Social.

El aumento de las coberturas del seguro de salud (a los hijos menores de 18 años y a los cónyuges de los afiliados); la reducción del período de carencia para causar el derecho a las prestaciones del seguro de salud de 6 a 3 meses; los cambios en los modelos de gestión (prestaciones de salud a través de la contratación de servicios a clínicas, hospitales y centros médicos privados); la creación del Banco del IESS (Biess) en mayo de 2009 y la reactivación de los créditos prendarios, quirografarios e hipotecarios para los afiliados y pensionistas; y el mejoramiento de servicios, infraestructura y equipamiento.

Grafico 15. Cobertura del Seguro de Salud Ecuador 2011



Fuente: BISS / EL COMERCIO

Paralelamente, el IESS ha facilitado los procesos de afiliación de trabajadores en general y de empleadas domésticas, así como el pago de obligaciones, a través de trámites en línea. De acuerdo los registros administrativos del IESS, la ampliación en 2010 de la cobertura legal del seguro de salud a hijos menores de 18 años y cónyuges implicó que se duplique el total de la población potencialmente asegurada<sup>81</sup>, de 3 146 198 en 2009 a 6 380 927 en 2010, alcanzando 8 151 385 en julio de 2013. Así, la cobertura legal pasó de 20% de la población total en 2007 a 52% en 2013, además se quiere captar a 400.000 personas (amas de casa) La propuesta de reforma establece que las amas de casa se afiliarán en el Seguro General Obligatorio e incluso establece multas y responsabilidades para que esto se cumpla.

El IESS puntualizó que, al inicio, la afiliación será progresiva y voluntaria, La meta inicial, es captar a 400 000 personas que realizan trabajo no remunerado y que reciben el BDH. Estos beneficiarios deberán aportar 20 años para empezar a cobrar la pensión. En los próximos cuatro o cinco años la entidad espera alcanzar al universo total de amas de casa del país, que suma alrededor de 1,5 millones. Todo dependerá de la acogida que tenga. El Seguro Social cruzará información con el Ministerio de Inclusión, el Registro Social y otros entes para garantizar que los ingresos que reportan las familias son reales. El

---

<sup>81</sup><http://www.telegrafo.com.ec/economia/masqmenos/item/la-afiliacion-a-la-seguridad-social-se-volvio-mas-atractiva.html>. La afiliación a la seguridad social se volvió más atractiva. Mauricio León Guzmán, 2013

IESS estableció cuatro rangos de aportes<sup>82</sup>. Por ejemplo, una persona que realiza un trabajo no remunerado de un hogar, categorizado como subsistencia (hogares que reciben el Bono de Desarrollo Humano - BDH), debe aportar USD 2 y el Estado contribuirá con 9,2. La pensión mensual que recibirá esta persona será de USD 77.dolares. El Estado no aportará para las amas de casa cuyas familias tengan ingresos altos, que van desde USD 544. En este caso el aporte deberá ser asumido completamente por el beneficiario y llega a USD 45. A medida que sube el aporte también sube el monto de la pensión, que va desde USD 77 hasta 213. En todos los casos representan el 13,25% del aporte, un porcentaje mayor al que cancela un afiliado hoy para el pago de pensiones (9,74%). Actualmente existen<sup>83</sup> un total de 8463.254 asegurados, de los cuales 2874.171 corresponden a afiliados activos. 1155.292 integran el seguro social campesino y 373.860 son pensionistas. los afiliados sin relación de dependencia paso de 42.817 afiliados en diciembre del 2013 a 82.903 afiliados en marzo del 2014. Existen 87.072 empleadas domesticas con los mismos beneficios que cualquier otro asegurado. El seguro de salud cubre a los hijos de los afiliados con o sin relación de dependencia desde los 0 a los 18 años de forma gratuita, el conyugue o pareja del afiliado también puede acceder a las prestaciones de salud para lo cual el afiliado debe pagar una prima del 3.41% sobre el salario percibido y para que los hijos de los jubilados tengan derecho, el jubilado deberá pagar3.41% de la pensión y para su conyugue

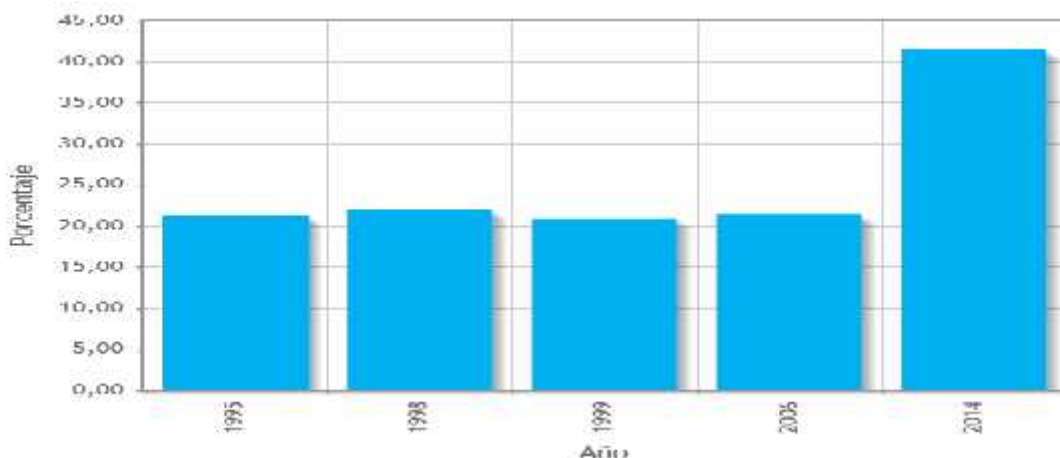
---

<sup>82</sup> <http://www.elcomercio.com/actualidad/ama-casa-debe-pagar-45dolares.html>,2015

<sup>83</sup> <tps://www.iesg.gob.ec/es/web/afiliado/noticias?2013>

4.15%. Sobre esto, el estudio del Banco Mundial, Las caras de la informalidad, sostiene que otras razones del incremento del porcentaje de trabajadores afiliados a la seguridad social “probablemente sean los recientes cambios que permiten la afiliación de trabajadores a tiempo parcial, cierta relajación de las normas que exigen un período mínimo de empleo continuo antes de poder tener acceso a las prestaciones y la posibilidad de recurrir a servicios médicos tanto en centros públicos como privados”. Plantea, además, que estas reformas y el control más estricto a los empleadores luego de la consulta popular que dispone la penalización de la no afiliación “pueden haber incrementado los índices de afiliación y la percepción del valor de la seguridad social”. según la encuesta realizada<sup>84</sup>, la cobertura de seguro de salud asciende exitosamente.(grafico obtenido del INEN)

Grafico 16. Cobertura del Seguro de Salud



<sup>84</sup> [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV\\_2015/documentos/Metodologia/Documento%20Metodologico%20ECV%206R.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/Metodologia/Documento%20Metodologico%20ECV%206R.pdf)

Grafico 17. Proyección de asegurados hasta 2017



Por otra parte, el estudio del Banco Interamericano<sup>85</sup> de Desarrollo (BID), *Andemic Informality. Assessing Labor Informality, Employment, and Income Risk in the Andes*, considera la concesión de préstamos hipotecarios en términos competitivos a los afiliados a la seguridad social como un incentivo novedoso para expandir voluntariamente la cobertura de los sistemas previsionales. En efecto, el volumen de crédito total que entregó el Biess en el año 2012 ascendió a \$ 1 875,7 millones y equivale al 2,1% del producto interno bruto (PIB). Actualmente, el BIESS es el principal actor en el mercado hipotecario y ha desplazado a la banca privada. Representa el 68% del volumen de crédito total en este segmento. Entrega créditos hipotecarios a

<sup>85</sup> <http://www.telegrafo.com.ec/economia/masqmenos/item/la-afiliacion-a-la-seguridad-social-se-volvio-mas-atractiva.html>. La afiliación a la seguridad social se volvió más atractiva. Mauricio León Guzmán, 2013



largo plazo y con menores tasas de interés que los bancos privados. En resumen, desde la perspectiva de la demanda, se puede indicar que hay un mayor incentivo para que los trabajadores reclamen su afiliación a la seguridad social.

Tabla 9. Seguro de Salud según area de residencia

(% Población )

<b>Seguro de Salud Público (% Población)</b>					
	1995	1998	1999	2006	2014
<b>País</b>	19,0	21,9	19,2	18,4	40,7
<b>Urbano</b>	17,1	20,4	18,0	18,0	42,5
<b>Rural</b>	21,7	24,1	20,8	19,1	37,0

Fuente y Elaboración: INEC

#### 7.5 Marco Legal y Normativo relacionado al Sector Salud.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales. De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población. La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social

y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

## 7.6 Constitución de la República del Ecuador.

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kausay. Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, algunos artículos establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, entre los cuales tenemos<sup>86</sup> "los siguientes artículos los mismos que fueron tomados del marco normativo 2008"

### Artículo. 32

#### "Derechos Del Buen Vivir"

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la

---

<sup>86</sup> <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>, 2012

educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”

#### Artículo 35.

Define las personas y grupos de atención prioritaria y establece que la responsabilidad del ámbito público y privado de garantizar una atención prioritaria y especializada. El Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad. Con respecto a estos grupos en varios articulados menciona sus derechos en salud. Incorpora artículos importantes en cuanto a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

#### Artículo 66

Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios

para que estas decisiones se den en condiciones seguras. Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud.

#### Artículo 361

Establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos. Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

#### Artículo. 363

Las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. La actual Constitución también promueven la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado. El Sistema de Información de Salud, está regido por un marco legal que va desde la Constitución de la República, pasando por el código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, la Ley de Estadística, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hasta el Estatuto Orgánico de Gestión

Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. Además, cuenta con reglamentos<sup>87</sup>, normas, resoluciones, etc., que son las que estructuran adecuadamente a la Institución y al Proceso del Sistema de Información para canalizar adecuadamente la información a usuarios internos y externos.

## 7.7 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron suscritos en septiembre de 2000, para ese entonces parecía muy difícil su cumplimiento para muchos países. Para el Ecuador<sup>88</sup> era casi imposible, especialmente por el contexto de la crisis macroeconómica y política que vivía a inicios del nuevo milenio. Ahora, 13 años después hay optimismo. El Ecuador ha logrado cumplir con casi el 80% de las metas de los Objetivos del Milenio. Mediante una acción integral orientada a la reducción de inequidades durante el período de la Revolución Ciudadana (2007-2013), se registran avances significativos en el cumplimiento de los ODM, sobre en todo en educación, salud y vivienda.

La educación básica se ha universalizado y el país tiene ahora una tasa de asistencia neta del 95,6%. Asimismo, las brechas en educación entre hombres y mujeres desaparecieron, y el acceso a la educación media y superior se incrementó sustancialmente. La tasa de asistencia neta en educación media

---

<sup>87</sup> ministerio de salud pública del ecuador. modelo de atención integral del sistema nacional de salud

<sup>88</sup> [http://ecuadoruniversitario.com/noticias\\_destacadas/ecuador-esta-a-punto-de-alcanzar-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/](http://ecuadoruniversitario.com/noticias_destacadas/ecuador-esta-a-punto-de-alcanzar-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/), 2013

se incrementó en 16 puntos porcentuales entre 2006 y 2012 (pasando del 48% al 64%), mientras que el incremento entre 2000 y 2006 fue de cinco puntos porcentuales. De manera similar, la asistencia a la educación superior se incrementó en seis puntos porcentuales entre el 2006 y 2012 (pasando del 23% al 29%), duplicando el crecimiento del período 2000-2006. En los últimos seis años, gracias a la fuerte inversión en salud, se redujo la mortalidad infantil de forma considerable (de 18,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 se redujo a 10,9 en 2010), lo cual ubica al Ecuador muy por debajo del promedio latinoamericano. En el mismo sector se priorizaron recursos económicos que permitieron prácticamente erradicar los casos de paludismo. La población ecuatoriana tiene ahora un acceso creciente a vivienda digna: el hacinamiento se redujo en casi 10 puntos porcentuales entre 2006 y 2012. En el año pasado, apenas un 9,2% de hogares viven en condiciones de hacinamiento y existe un mayor porcentaje de viviendas que disponen de acceso a agua entubada. Finalmente, entre 2003 y 2012, la pobreza por ingresos se redujo en más del 50%, y la pobreza extrema tuvo una disminución del 42%. Los importantes avances del Ecuador, en el alcance de los Objetivos del Milenio, no distraen ni disminuyen el compromiso nacional y la profundización de la Revolución ecuatoriana.

El Ecuador mira a los ODM como mínimos sociales, que son superados por el alcance de los propios objetivos y metas definidas en su Plan Nacional para el

Buen Vivir, lo cual constituye su más fuerte desafío para garantizar un proceso sostenido de mejora de la calidad de vida de toda su población.

## 7.8 La Reforma del Sector Salud

En la reunión de Alma-Ata, donde se fijó la meta de "Salud Para Todos en el año 2000<sup>89</sup>" y se establecieron los indicadores sanitarios mínimos, a alcanzar por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe. Unos cuantos años después empezaron a generarse propuestas de Reforma al Sector Salud, muchas de ellas dentro de las Reformas a los Estados. Lamentablemente, el desarrollo político y social fue insuficiente, se acentuó la falta de equidad y al culminar el siglo XX, más del 20% de la población carecía de acceso a la protección total de la salud. El análisis de la reforma del sector salud intentó extender la cobertura, vincular a éstas con los factores condicionantes y determinantes de las estrategias adoptadas para alcanzar estas metas.

El sistema nacional de salud garantiza la cobertura universal en salud, la gestión de recursos financieros, humanos materiales físicos y tecnológicos para la ejecución del plan integral de prestaciones en salud la participación ciudadana y la promoción de la salud. En la región de las Américas, la Reforma del Sector de la Salud y del desarrollo de las políticas sanitarias producen consolidación democrática y ajuste estructural de los Estados. Procesos que

---

<sup>89</sup> Wikipedia, Salud En El Ecuador. [Http://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Salud\\_En\\_El\\_Ecuador,2002](http://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Salud_En_El_Ecuador,2002)

han influido en los mecanismos y estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población a los sistemas de protección social, especialmente en la década de los 90, donde se intensificaron estos procesos. En la I Cumbre de las Américas, celebrada en EEUU en 1994<sup>90</sup>, los gobiernos de la región reafirmaron su compromiso de incorporar en sus procesos de Reforma del Sector de la Salud, mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de mejorar la calidad de los mismos. Un año después, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras agencias internacionales, patrocinaron una reunión especial sobre Reformas del Sector de la Salud, donde se establecieron sus criterios rectores, basados en los principios de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. En los primeros años de la década de los 90 los países de la región aún no tenían una unificación de criterios respecto a la Reforma del Sector de la Salud, la reunión convocada en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud produjo luego, una definición que se ha venido utilizando ampliamente desde entonces:

“La Reforma en Salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de necesidades de salud de la población. Se trata de una

---

<sup>90</sup> Wikipedia, Salud En El Ecuador. [Http://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Salud\\_En\\_El\\_Ecuador,2002](http://Es.Wikipedia.Org/Wiki/Salud_En_El_Ecuador,2002)



fase intensificada de transformación de los Sistemas de Salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan<sup>91</sup>".

En 1998 la OPS redactó<sup>92</sup> y sugirió unos lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de la salud, en los países de la región, en sus componentes básicos: contexto político, económico y social; organización general, recursos y funciones; y, seguimiento y evaluación de las reformas. En este último, se examinan las diferentes fases en los procesos de Reforma: génesis, diseño, negociación, ejecución y evaluación, identificándose además los actores principales del proceso tanto en la sociedad cuanto en el propio sector. Los contenidos generales propuestos para pretender establecer estrategias de cambio dentro del proceso de Reforma del Sector Salud en los países de la región, y que son los que han sido considerados en diferente magnitud por nuestras naciones:

- Marco Jurídico
- Derecho a los cuidados de la Salud y al aseguramiento.
- Aumento de la Cobertura.
- Función Rectora de los Ministerios de Salud.
- Separación de Funciones

---

<sup>91</sup> ministerio de salud pública del ecuador. modelo de atención integral del sistema nacional de salud  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>,2013

<sup>92</sup> WIKIPEDIA, Salud en el ecuador. [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud\\_en\\_el\\_Ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_en_el_Ecuador),2000

- Descentralización
- Participación y control Sociales.
- Financiamiento y Gasto
- Oferta de Servicios
- Modelos de Gestión
- Formación y Capacitación de los Recursos Humanos
- Calidad y Evaluación de Tecnologías

Con las políticas implantadas se han logrado adelantos importantes, fundamentalmente en el aspecto normativo y teórico, ya que los sistemas de salud de toda la región reconocen, de manera implícita y explícita el carácter universal del derecho a la Salud de toda la población. No obstante, las reformas adoptadas en este sentido no siempre han logrado en la práctica dar cobertura de salud a todos los habitantes.

En las últimas décadas, el sector salud en el Ecuador refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológico, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos

años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los ochenta.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector Salud. (Abril de 2001.)<sup>93</sup>, que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector, este proceso de Reforma Sanitaria se ha insinuado a través de esfuerzos dispersos e inconexos, generados tanto desde el Estado, cuanto desde organizaciones autónomas, ONG y organismos internacionales. En este contexto se inserta el Programa PASSE Estas experiencias acumuladas permiten evaluar la validez de ciertas propuestas y definir los principales lineamientos de la Reforma que le convienen al Ecuador.

### 7.9 Innovación de la Reforma.

Todos quisieran ver cristalizada la reforma, y así, ver estructuras públicas mejoradas donde se practiquen los valores éticos de la equidad, de la mano con la calidad y la eficiencia. Pero este sueño adquiriría matices de pesadilla

---

<sup>93</sup> <https://www.healthresearchweb.org/files/Ecuador.pdf>, abril 2001.

desde cierta perspectiva unilateral de la globalización, que buscaba liberar las fuerzas del mercado, “modernizar” los Estados e implementar “reformas” sectoriales, en la salud y educación por ejemplo, para favorecer los intereses Privados. Esto exigía reducir el papel, tamaño y presupuesto del Estado. La responsabilidad pública sobre lo social parecía perderse en un camino sin retorno. Esta tendencia proponía un “modelo de mercado” para la salud, caracterizado, entre otros aspectos, por separar la “salud pública” (definida sólo como atención primaria no rentable) que quedaría en manos del Estado, de la atención individual a las personas (usualmente referida a la atención hospitalaria) que pasaría a manos privadas. Así, la propuesta pasaba por separar las funciones de rectoría y financiamiento, en manos del Estado, de las de provisión, en manos privadas; también por entregar todas las competencias y recursos financieros del MSP (cuyo 75% corresponde a personal) a los municipios, en el marco de la “descentralización”; y, finalmente, por cobrar servicios antes gratuitos, a nombre de la “autogestión” combatiendo el “paternalismo” estatal), impidiendo que el Estado asumiera su responsabilidad de atender lo social con una cobertura universal. Esta “modernización” (con sus “reformas” sectoriales y su “descentralización” correspondiente), aunque negada en un referéndum de la década de los noventa, continuó siendo impulsada. Aquí jugó un papel clave la influencia externa apalancada, básicamente, desde los organismos internacionales de crédito.

Dichos organismos prestaban dinero para estos proyectos de “reforma”, sobre todo a través del Consejo Nacional de Modernización (CONAM) y de nuevas asociaciones, como la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), que inicialmente veían a la privatización como la gran panacea. Sin embargo, en el caso de la salud, la cultura participativa logró oponer a la corriente privatizadora del mercado, una tendencia propia de carácter “plural” o interinstitucional. Esta alternativa defendía procesos de amplia participación (que permitieran a los y las ecuatorianas sumar sus propios esfuerzos, no duplicarlos), que garanticen la cobertura universal mediante la coordinación local y nacional. Las instancias señaladas para efectivizar esta coordinación entre distintos niveles eran los Consejos Cantonales, Provinciales y Nacional de Salud, que prepararían los respectivos Planes Integrados de Salud a cumplirse mediante redes interinstitucionales de servicios.

#### 7.10 Política y Ley del SNS.

En el año 2002, el Congreso por la Salud y la Vida, una expresión de la sociedad civil, adoptó en el mes de mayo la Política Nacional de Salud. A la vez, en el mes de septiembre, el Parlamento Nacional aprobó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (CONASA, MSP, 2004). Tanto esta nueva política como esta nueva ley fueron el resultado de un trabajo interinstitucional, colectivo y participativo, en el cual el CONASA actuó como facilitador y gestor, principalmente a través de su Comisión Técnica de

Reforma. Por medio de estos instrumentos se juntaron los esfuerzos de las instituciones y organizaciones pertenecientes al CONASA y las de las agencias de cooperación externa, particularmente de las Naciones Unidas, en una construcción nacional con identidad, basada en la participación y el consenso, que inició su largo proceso de implementación.

Los antecedentes históricos más recientes de esta reforma nos remiten al año 1998, cuando se aprobó la nueva Constitución y se inició una nueva gestión ministerial. Entre otras acciones, el renovado MSP implementó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia, estableció propuestas claras de reforma del sector (CONASA, MSP, 1998) y fomentó las iniciativas locales para la constitución y desarrollo de los Consejos Cantonales de Salud, como por ejemplo el de Cuenca (Consejo Cantonal de Salud de Cuenca, 1998). Para cuando se celebró la Asamblea Constituyente de 1998, ya existían propuestas de las organizaciones sociales que permitieron que la Constitución incluyera una sección específica referida a salud con varios artículos, uno de los cuales incluso exigía la creación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Posteriormente, en abril del 2001, y como consecuencia del seminario nacional sobre financiamiento del Sistema Nacional de Salud (AFEME, 2001) varios miembros del CONASA propusieron al ministro la preparación de las propuestas de la Política Nacional de Salud y el anteproyecto de ley del Sistema Nacional de Salud (tareas que se concluyeron en diciembre del 2001). El mencionado seminario mostró que, más allá del ejemplo colombiano de la Ley

100 (único modelo recomendado hasta entonces), en los sistemas de España, Reino Unido, Canadá, Cuba, Costa Rica y otros países, toda la población tiene aseguramiento de cobertura universal y el sistema de salud no requiere que las personas dispongan de dinero en su bolsillo cuando solicitan un servicio. A inicios del año 2002, el MSP a través del CONASA y con el apoyo de la OPS/OMS, designó a la comisión organizadora del Congreso por la Salud y la Vida. Realizando talleres y foros previos de consulta, esta comisión nacional aseguró el éxito del Congreso, consiguiéndose definir la Política Nacional de Salud.

El CONASA analizó la reforma sectorial, estableció el proceso, lo coordinó, le dio direccionalidad y articulación, y tomó la opción más conveniente para su propia identidad y supervivencia. En lo que se refiere a los contenidos de la Ley del SNS, ésta plantea que no se diferenciarán pobres de no pobres, sino que las atenciones y los servicios se proveerán con un criterio de equidad y con el concepto integral de salud. Es decir, los y las ciudadanas serán atendidas por una red de servicios que incluyen, tanto la atención primaria de salud pública, como los servicios hospitalarios (individuales y curativos), de acuerdo a las disponibilidades y sin "paquetes" especiales para los más pobres. Los hospitales no serán autónomos sino que se constituirán en nodos de las redes interinstitucionales. Por otro lado, para garantizar la equidad como valor fundamental de la Política y del SNS, se propone activar los Consejos Cantonales y Provinciales y el CONASA, basados en un esfuerzo colectivo de

participación y complementariedad, no de competencia. Los Consejos permitirán la participación y veeduría de la sociedad civil, y abrirán una alternativa diferente tanto para el modelo de gestión como para el de los servicios. La opción ecuatoriana actual se encuentra, por una parte, entre los paradigmas nuevos de la salud y los antiguos de la enfermedad. Y por otra, entre los intereses del mercado que propicia diversas líneas de privatización y el fortalecimiento del Estado como defensor de lo público. Desde luego, en la historia del país y en la situación actual, siempre coexistieron los intereses públicos junto con los privados, de tal modo que su coordinación no es nueva (OPS/ OMS, 2002). Resulta crucial diferenciar los niveles del Estado en los que se puede realizar esta coordinación. Por ejemplo, en la formación de los recursos humanos en salud, el mercado profesional no puede responder a una planificación central, como tampoco puede quedar sujeto sólo al libre juego de oferta y demanda. Debe, más bien, ser el fruto de una gestión interinstitucional coordinada, negociada y consensuada, a partir de los niveles locales del Estado hacia el nivel central. En el proceso de construcción de la ley del SNS, se retomaron los desafíos que presenta la desigualdad –de diverso origen, naturaleza y alcance– en el país, y se trató de sistematizar la heterogeneidad nacional. Actualmente, las diferencias nacionales se dan sobre todo entre los sectores urbanos y rurales, siendo tradicionalmente los últimos los excluidos de las atenciones y los servicios.



El SNS parece ser la única posibilidad que tiene el país de garantizar esa cobertura y ese acceso universal, articulando funcionalmente a las instituciones que prestan servicios en el Ecuador, operando con redes plurales y optimizando los recursos existentes, con equidad, calidad y eficiencia. En una sociedad como la ecuatoriana, que se regula por una economía de mercado, y en la que existen brechas enormes producto de la desigual distribución de la riqueza, el SNS es la posibilidad de garantizar la anhelada equidad. En el marco del mandato constitucional, es necesario emprender procesos ordenados de descentralización que no impliquen el mayor fraccionamiento del sector y den respuestas efectivas a la realidad y necesidades locales y nacionales.

#### 7.11 Retos del Sistema de Salud.

- Cambios del perfil demográfico.
- Transición acumulación epidemiológica.
- Determinantes de la salud.
- Incremento de la esperanza de vida.
- Promover prácticas de vida saludable en la población.
- Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
- Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural.
- Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos.
- Garantizar vivienda y hábitat dignos, seguros y saludables, con equidad, sustentabilidad y eficiencia.
- Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.

#### 7.12 Políticas Públicas y la Revolución Ciudadana.

El gobierno de Rafael Correa plantea que la Seguridad Social sea universal. Es decir, que proteja a todos los ecuatorianos de las contingencias como muerte, maternidad, desempleo, etc. Pero este anuncio ha hecho surgir voces críticas que señalan que la universalidad de las prestaciones ya estaba en la Ley, vigente aún, de 2001.

¿Qué falta para que todos los ecuatorianos tengan cobertura de la Seguridad Social? La respuesta que dan los expertos consultados es que el Estado debería<sup>94</sup> definir cómo va a sustentar a la población no contributiva. Es decir, todas aquellas personas que tienen bajos ingresos y que no pueden aportar al sistema de seguridad. Ramiro González, presidente del Consejo Directivo del IESS, ha adelantado en varias entrevistas que la nueva ley tomará en cuenta a los contributivos (IESS, Issfa e Isspol), a los semicontributivos (campesinos, ferroviarios, telegrafistas) y a los no contributivos (más de un millón de adultos mayores, amas de casa, etc.). Sin embargo, hasta ahora ninguna persona del Gobierno ha explicado cómo se va a sostener a los nuevos afiliados.

### 7.13 Innovaciones

Posiblemente el mayor impacto de las innovaciones recientes sea la ampliación de la coordinación interinstitucional. Hasta 1998 cada institución del sector salud en Ecuador mantenía un esquema de organización, gestión y financiamiento particular sin mecanismo alguno de articulación y coordinación interinstitucional. Con la reforma de 2008, que definió el derecho a la salud, su promoción y protección, y al MSP como rector expreso, se han logrado condiciones favorables para la articulación del sector. La inclusión de la SBS como parte de los organismos de control en el sector salud, específicamente

---

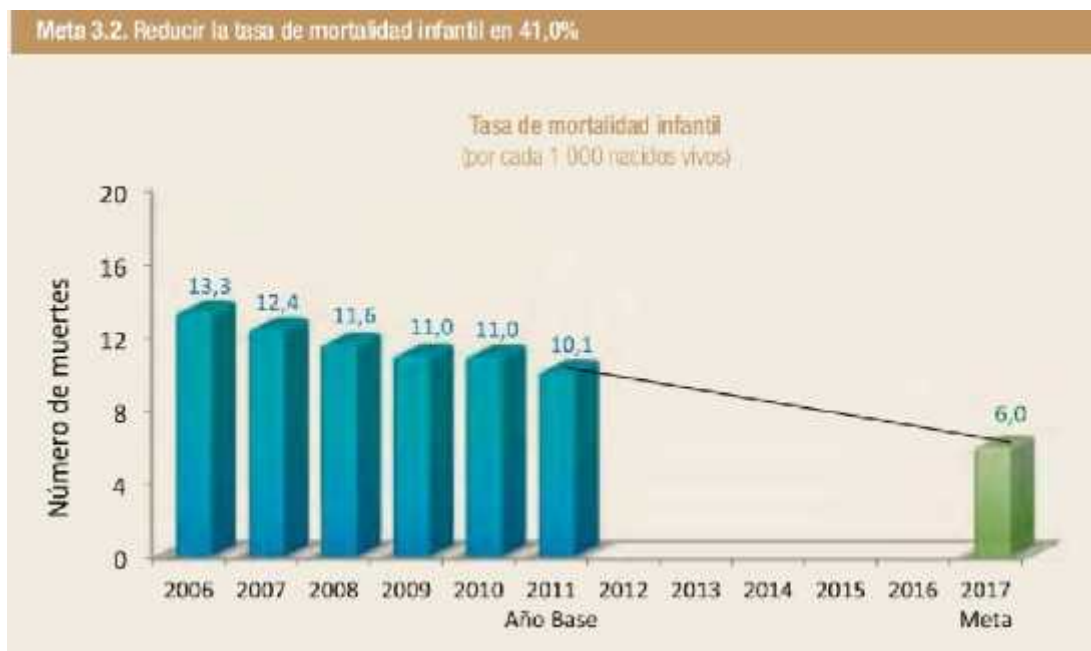
<sup>94</sup> Políticas públicas. [http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-IESS\\_0\\_892110853.html](http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-IESS_0_892110853.html). publicado el 30/03/2013.

a lo que se denominó Sistema de Seguridad Social, ha generado ya resultados interesantes que expresan la necesidad de entidades de control tipo superintendencias.

En 2001 se aprobó la Ley de Seguridad Social, que introdujo nuevos elementos, apartando la provisión de servicios de salud de las prestaciones de seguridad social generales y estableciendo mecanismos de control al sector. Esta ley se encuentra vigente todavía, aunque en la actualidad el gobierno se encuentra trabajando una propuesta para una nueva Ley Orgánica de Seguridad Social. En 2005 se creó la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio, con rango de Ministerio, institución que impulsó la estrategia del Aseguramiento Universal de Salud en Ecuador. En 2006 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo de 90 millones de dólares a Ecuador para apoyar el Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud (PRO-AUS) que comenzaría por cubrir a la población más pobre del país y en su primera etapa mejoraría la calidad de los servicios de salud. En etapas subsiguientes se incorporaría a otras personas de escasos recursos y a trabajadores independientes. La experiencia arrancó en Quito y Guayaquil. Sin embargo, con el cambio de gobierno en 2007 hubo un alejamiento de la visión propuesta por el PRO-AUS y en 2008, con la definición del gobierno de impulsar otro modelo distinto al de aseguramiento, se dio por concluida esta experiencia.

La actual administración se plantea crear un sistema nacional de salud subsidiado que brindaría acceso universal a la salud sin cobro en el momento de utilización, crearía una Red Pública Integral de Salud, protegería a grupos vulnerables o con necesidades especiales, elevaría a rango constitucional las declaraciones de Doha de 2001 según las cuales el derecho al acceso a medicamentos debe anteponerse al derecho de propiedad intelectual, y fortalecería el papel rector del MSP. Se logra reducir la tasa de mortalidad materna, mortalidad infantil<sup>95</sup>

Grafico 18. Proyección de reducción de tasa de mortalidad infantil de Ecuador hasta 2017



<sup>95</sup> <http://es.slideshare.net/fullscreen/jennycordero520/plan-nacional-para-el-buen-vivir-2013-2017-extracto1/81>

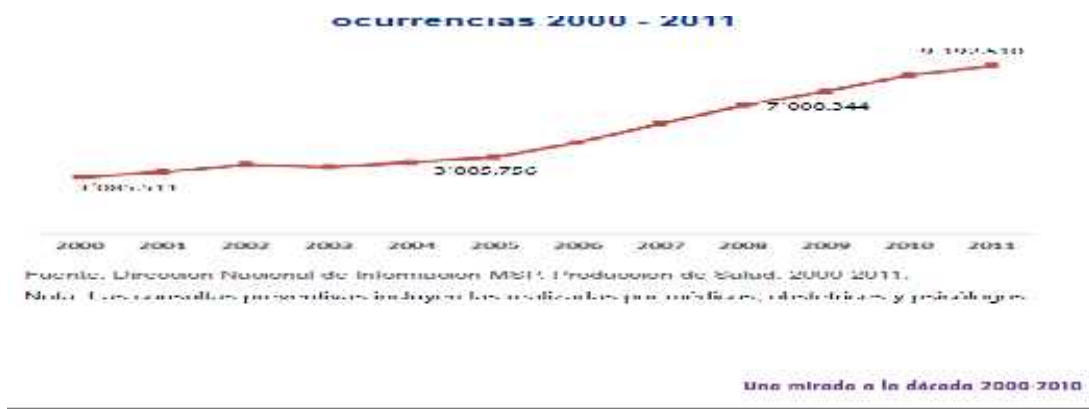
## 7.14 Perspectivas del Sistema de Salud.

Uno de los principales desafíos en materia de salud es dar cobertura a casi uno de cada cuatro ecuatorianos que actualmente no tienen acceso a ningún servicio de salud. En el gobierno anterior, después de tropiezos presupuestales y políticos, se implantó el proyecto de aseguramiento universal de salud PRO-AUS. El nuevo gobierno tiende hacia la cobertura universal para todos los ecuatorianos, para lo cual ha incrementado sustancialmente la inversión en este rubro.

Otro desafío del sector es integrar todas las instituciones en un verdadero sistema nacional de salud bajo la rectoría del MSP. Aunque muchas de las leyes y reformas constitucionales han estado encaminadas hacia ello, todavía es mucho lo que falta para concretarlo. Por ejemplo, según una disposición transitoria de la Ley de Seguridad Social, las unidades médicas del IESS tendrían un plazo de dos años para transformarse en empresas prestadoras de servicios de salud para los afiliados y la población en general. Esto no ha sucedido aunque se encuentra en camino. Lo más relevante tal vez sea la conformación de la Red Pública Integral de Salud .

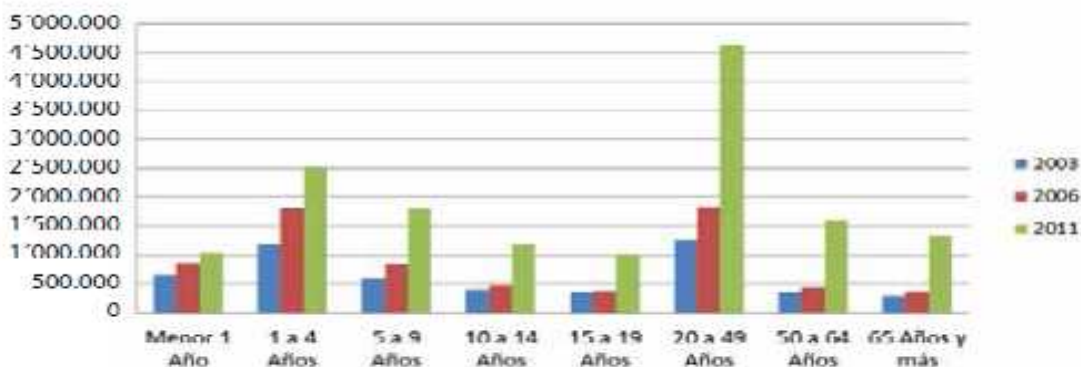
entre los avances obtenidos se desatacan algunos en los siguientes gráficos.

Grafico 19. Consultas preventivas brindadas por año, Ecuador 2000 - 2011



En el periodo 2000 y 2005 se registró un incremento de 1.093.487 consultas preventivas, mientras que entre el 2008 al 2011, el aumento de consultas preventivas fue de 2.345.081, es decir, en los últimos tres años del período analizado, el número de atenciones preventivas se incrementó en más del doble en comparación a los primeros cinco años del Siglo XXI.

Grafico 20. Consultas de morbilidad por año, según grupos de Edad



Fuente: MSP. Dirección Nacional de Información, Producción de Salud, 2003, 2006, 2011.

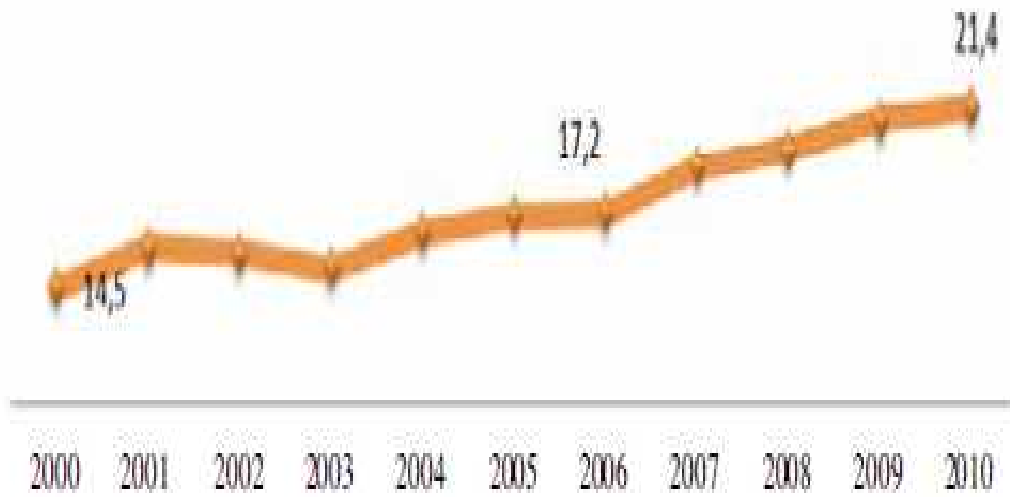
se evidencia un aumento general de atenciones brindadas. Esto se constata, principalmente, en el grupo de 20 a 49 años, como resultado de las campañas de salud pública enfocadas en especial en el grupo de mujeres en edad fértil (MEF) y a la ampliación de atención a la población adulta.

El segundo grupo que registra mayor número de consultas, es el de 1 a 4 años, población que en el 2010, según datos de la publicación Indicadores Básicos de Salud para el Ecuador, acudió a consulta principalmente por problemas respiratorios.

En el año 2011 se evidencia un incremento sustancial en las consultas de morbilidad, en las personas mayores de 50 años, en relación con las atenciones brindadas a estos grupos etarios en el 2003 y 2006, lo cual destaca algunas Políticas de Estado para personas de la tercera edad, como la expedición de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores en el año 2010 y el Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, que incluye el Programa de Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador, 2011-2013.



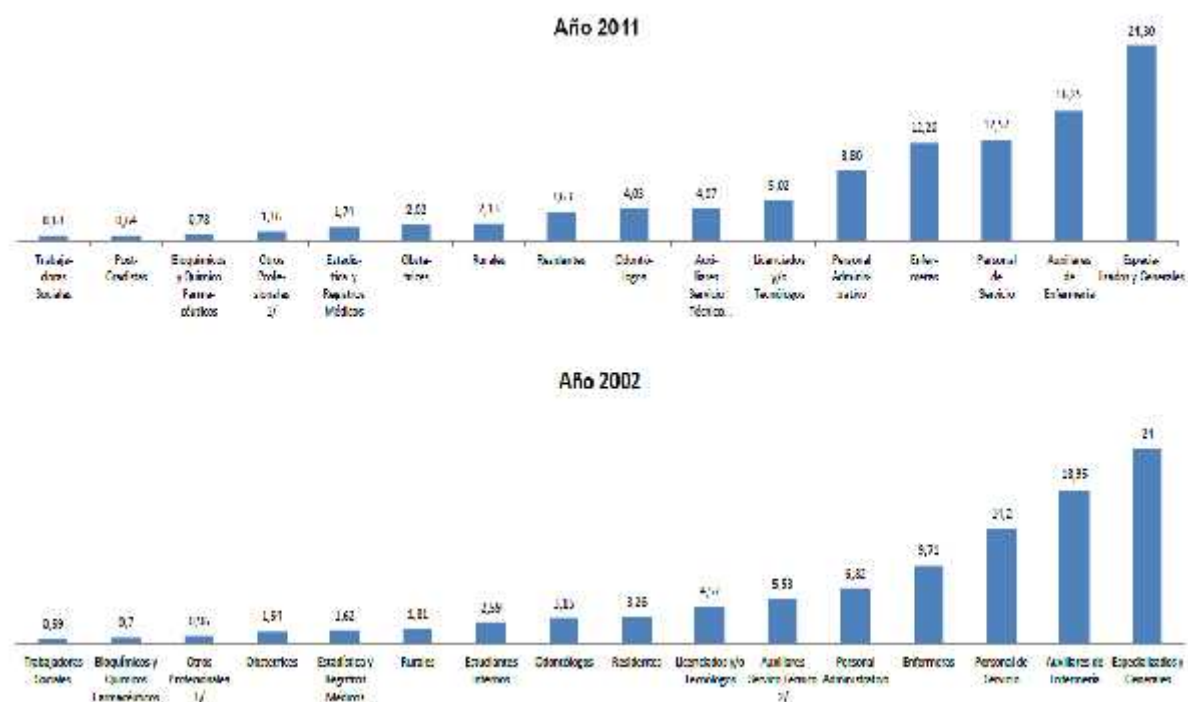
Grafico 21. Tasa de médicos públicos y privados por 10.000 habitantes. Ecuador 2000 -2010



Fuente: INEC; Estadísticas de recursos y actividades en salud, 2000-2010.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 23 médicos, por cada 10.000 habitantes, para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil. En el país, en el año 2000 se contaba con 14,5 médicos para cada 10.000 habitantes. Actualmente, el Ecuador cuenta con 21,4 médicos por esa cantidad de habitantes, estadística favorable, ya que se acerca a lo sugerido por la OMS; mas, aún existe un déficit de 1,6 personal médico por los 10.000 habitantes.

Grafico 22. Personal que labora según servicios de salud, Ecuador  
Años 2002 – 2011.



En referencia<sup>96</sup> al personal que durante el año 2011 prestó sus servicios en establecimientos de Salud, del total de 103.796, entre los de mayor relevancia constan en su orden, los Médicos ( Médicos Especializados y Generales, Residentes, Rurales Post- Gradistas) con el 30,71% (31.879), Auxiliares de Enfermería 16,25% (16.869), Personal de Servicio 12,57% (13.046) y Enfermeras 12,20% (12.668).

Si consideramos el personal que trabajó en el año 2002, el mayor porcentaje corresponde a los Médicos (Médicos Especializados y Generales, Residentes,

<sup>96</sup> [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/Publicaciones/Anuario\\_Rec\\_Act\\_Salud\\_2011.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2011.pdf)

Rurales) con el 29,08% (20.599), le siguen Auxiliares de Enfermería con el 18,95% (13.424), Personal de Servicio 14,20% (10.058) y Enfermeras con el 9,71% (6.875). Al analizar estos dos años, se aprecia un incremento considerable tanto en el número de Médicos Especialistas y Médicos Generales, que prestan servicio en los Establecimientos de Salud del País, pasando de 17.002 en el 2002 a 25.227 en el año 2011.

Tabla 10. Médicos que trabajan en establecimientos de salud según Especialidades 2002 - 2011

No.	Especialidades	Año 2011		Año 2002	
		Número 5/	Porcentaje	Número 5/	Porcentaje
	<b>Total Republica:</b>	<b>25.341</b>	<b>100,00</b>	<b>16.995</b>	<b>100,00</b>
1	Médico General	6258	24,70	4.457	26,25
2	Cirujano General	1997	7,83	1.539	9,06
3	Anestesiólogos	1946	7,68	1.260	7,41
4	Cardiólogos	801	3,15	568	3,34
5	Neurologos	515	2,03	382	2,25
6	Traumatólogos	1202	4,74	849	5,00
7	Psiquiatras	327	1,29	315	1,85
8	Oftalmólogos y Otorrinolaringólogos 3/	938	3,70	663	3,90
9	Pediatras	1391	5,45	1.355	7,97
10	Ginecólogos y Obstétricos	2016	7,95	1.560	9,18
11	Laboratorio 2/	393	1,55	288	1,69
12	Radiólogos	522	2,05	306	1,80
13	Otros 1/	871	3,44	1.013	5,96
14	Cirujanos Plásticos	500	1,97	357	2,08
15	Neonatólogos	515	2,03	288	1,69
16	Hematólogos	148	0,58	110	0,65
17	Intensivistas	436	1,72	298	1,75
18	Nefrólogos	199	0,79	145	0,85
19	Neumólogos	264	1,04	198	1,17
20	Gastroenterólogos	543	2,14	370	2,18
21	Geriatras	85	0,34	42	0,25
22	Oncólogos	223	0,88	166	0,98
23	Urologos	591	2,33	477	2,81
24	Dermatólogos	375	1,48	-	-
25	Infectólogos	74	0,29	-	-
26	Endocrinólogos	181	0,71	-	-
27	Alergólogos	71	0,28	-	-
28	Diabéticos	137	0,54	-	-
29	Medicina Interna (Internista)	1071	4,23	-	-
30	De Salud Pública	42	0,17	-	-
31	Epidemiólogos	71	0,28	-	-
32	De Salud Familiar y Comunitaria	188	0,74	-	-

Año 2009, incluye: Venereólogos, Acupunturistas, Deportólogos, Proctólogos, Genetistas, Terapistas del dolor, etc.

Año 2000, incluye: Neumología, Gastroenterología, Urología, Dermatología, Patología, Venereología. Años 2009, incluye: Patólogo Clínico, Anatómo Patólogo y Citólogo. Para el año 2000, consta como un solo dato. Para el 2009 están desglosados en: 473 Oftalmólogos y 524 Otorrinolaringólogos

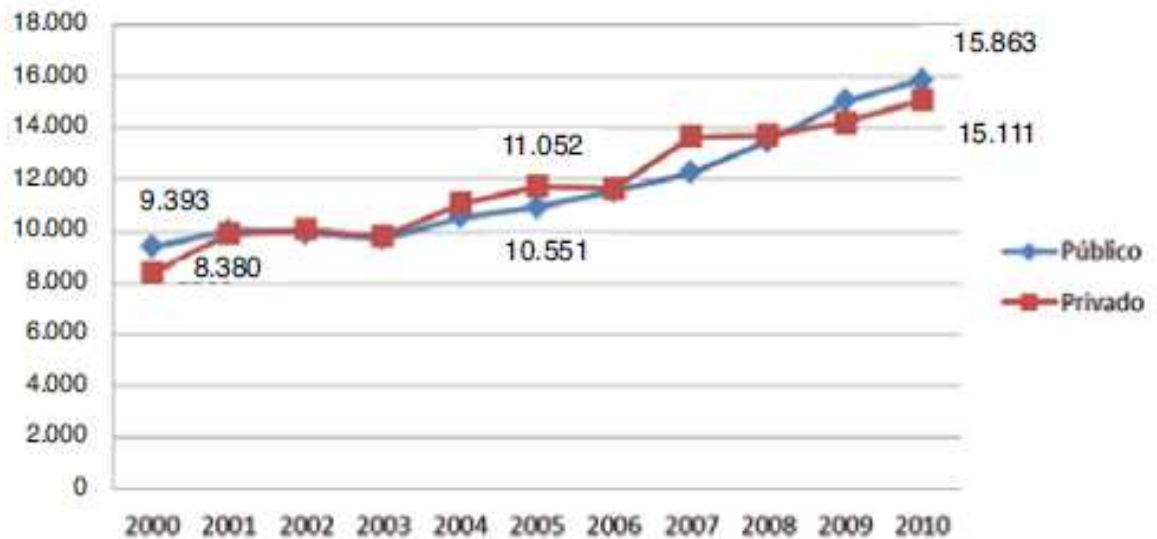
Desde el año 2005, se excluye a Médicos Residentes y Rurales, por cuanto no son especialistas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>97</sup> recomienda un mínimo de 23 médicos, por cada 10.000 habitantes, para prestar servicios esenciales de salud materna e infantil. En el país, en el año 2000 se contaba con 14,5 médicos para cada 10.000 habitantes. Actualmente, el Ecuador cuenta con 21,4 médicos por esa cantidad de habitantes, estadística favorable, ya que se acerca a lo sugerido por la OMS; mas, aún existe un déficit de 1,6 personal médico por los 10.000 habitantes.

---

<sup>97</sup> <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>

Grafico 23. Número de médicos, sector público y privado. Ecuador  
2000 – 2010



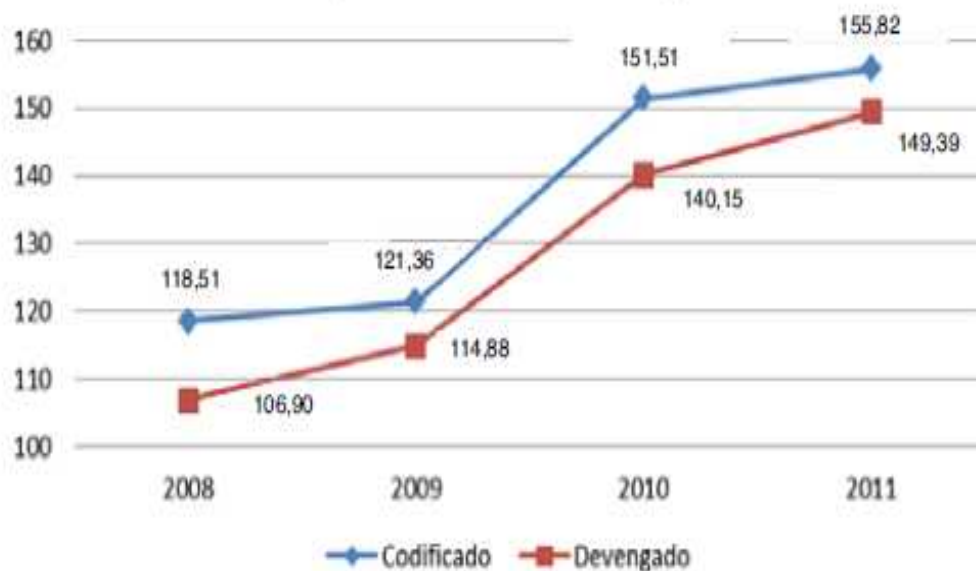
Fuente: INEC; Estadísticas de recursos y actividades en salud, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010.

El número de médicos tanto en el sector público como en el privado parece similar, al comparar las tasas se registra un crecimiento del 68% de profesionales médicos en el sector público, en contraste al 80% de incremento en el sector privado. Cabe puntualizar, sin embargo, que las estadísticas nacionales respecto a este indicador aún no son muy claras, pues los galenos podían laborar por horas tanto en el sector público y sector privado en diferentes horarios.

Se espera que la nueva reforma de trabajo que establece 8 horas laborables

para el personal de salud, aplicada por el MSP desde 2 de febrero 2011, permita evitar duplicidades en el registro y contar con un dato real de profesionales de la salud por sector público y por sector privado.

Grafico 24. Presupuesto codificado y devengado de medicamentos



Elaboración: CGDES- MSP

El monto de la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos aumentó desde el 2008, resaltando que en el 2011 el MSP invirtió USD 150 millones. En el año 2011, estuvo en vigencia el estado de excepción sanitaria, lo cual determinó entre otros, la mayor adquisición de medicamentos.

Grafico 25. Tasa de Mortalidad en población Ecuatoriana.



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, defunciones 2000-2011; INEC, Proyecciones de población, 2000-2011.

La tasa de mortalidad a nivel nacional para el año 2000 ascendía a 4.6 por 1.000 habitantes; posteriormente, la tendencia indica que comienza su descenso, hasta mantenerse en 4.3 por casi 6 años; hasta el 2011 cuando se registra una disminución a 4.1. Si bien dentro los datos de estadísticas vitales puede todavía haber subregistro, el decrecimiento puede explicarse a través del análisis de aspectos demográficos de la población ecuatoriana, que cuenta con mayor esperanza de vida.

Tabla 11. Número de establecimientos de salud por institución,  
Ecuador 2000 – 2010

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	2000	2006	2010
Ministerio de Salud Pública	1.685	1.737	1.922
Instituto de Seguridad Social (IESS)	85	51	72
Seguro Social Campesino	577	577	606
Municipios	38	38	75
Ministerio de Defensa Nacional	82	66	73
Ministerio de Justicia y de Gobierno y Policía	41	36	36
Ministerio de Educación	98	97	92
Privados	555	682	760
Junta de Beneficencia de Guayaquil	5	3	5
Sociedad Lucha con el Cáncer (SOLCA)	7	12	13
Anexos al IESS	352	294	257
OTROS *	71	88	70
<b>TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS</b>	<b>3.596</b>	<b>3.681</b>	<b>3.981</b>

fuente: INEC, Estadísticas de recursos y actividades de salud – ERAS, 2000, 2006, 2010

La cobertura alcanzada en el año 2012<sup>98</sup> fue de 785 establecimientos informantes, con un total de 1.156.237 pacientes egresados, 25.688 camas de dotación normal y 23.138 camas disponibles. El número de establecimientos se encuentra distribuido de la siguiente manera según la clase del establecimiento:

<sup>98</sup> [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Publicaciones-Cam\\_Egre\\_Host/Anuario\\_Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios\\_2012.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2012.pdf)



Tabla 12. Número de establecimientos de salud según clase

Establecimientos de salud según la clase	Total
Hospital básico	96
Hospital general	76
Hospital de infectología	1
Hospital gineco - Obstétrico	9
Hospital pediátrico	5
Hospital psiquiátrico y sanatorio de alcohólicos	6
Hospital dermatológico (leprocomios)	2
Hospital oncológico	8
Hospital neumológico (Antituberculoso)	1
Hospital geriátrico	2
Hospital de especialidades	8
Clínica general (sin especialidad)	537
Clínica especializada en gineco-obstetricia	25
Clínica especializada en pediatría	1
Clínica especializada en traumatología	3
Clínica especializada en psiquiatría	1
Otras clínicas especializadas	4
<b>Total</b>	<b>785</b>

En el sector público, el Ministerio de Salud Pública es quien concentra la mayor cantidad de establecimientos de salud, principalmente con establecimientos del primer nivel cuya cobertura es tanto urbana como rural; en esta línea, inmediatamente se encuentran los establecimientos del IESS a través del seguro social campesino. Posteriormente se ubican los establecimientos

privados con un número similar. Hay que destacar que en un número importante de establecimientos figuran los anexos al IESS, que son consultorios privados acreditados por esta institución para brindar atención a la población de su responsabilidad.

Grafico 26. Establecimientos de salud del Ministerio de Salud Publica.

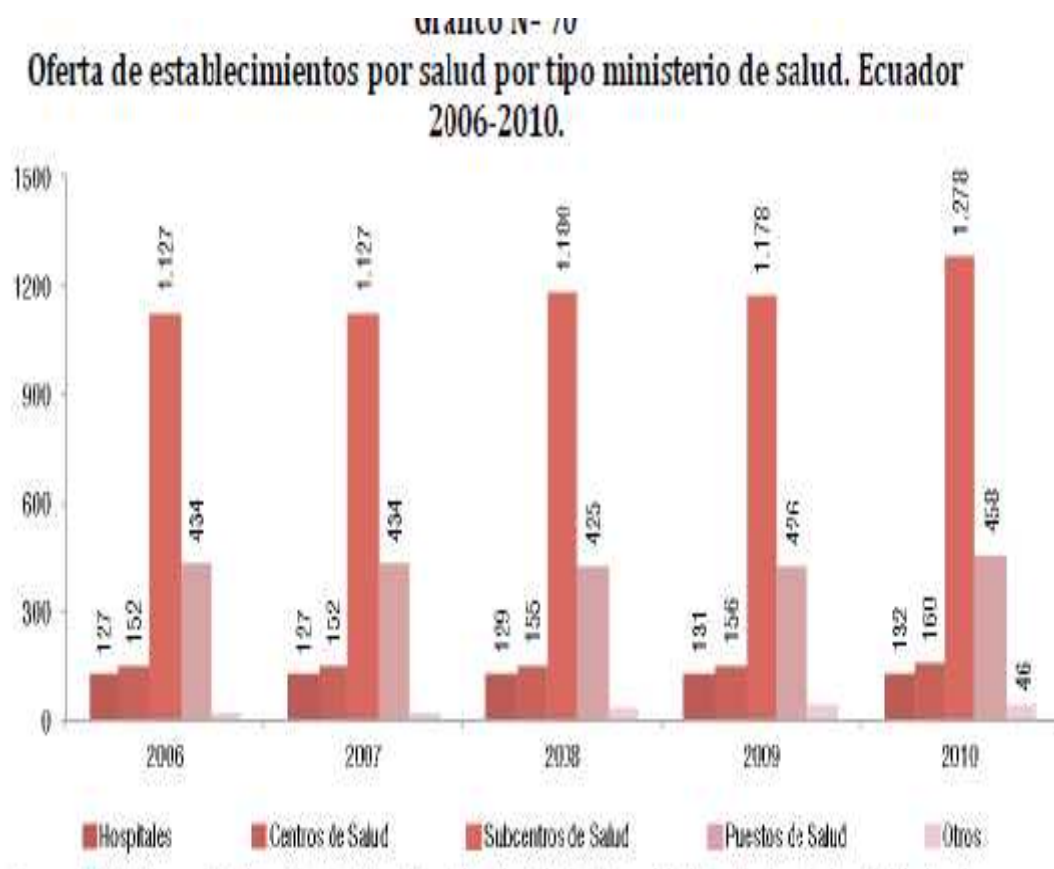
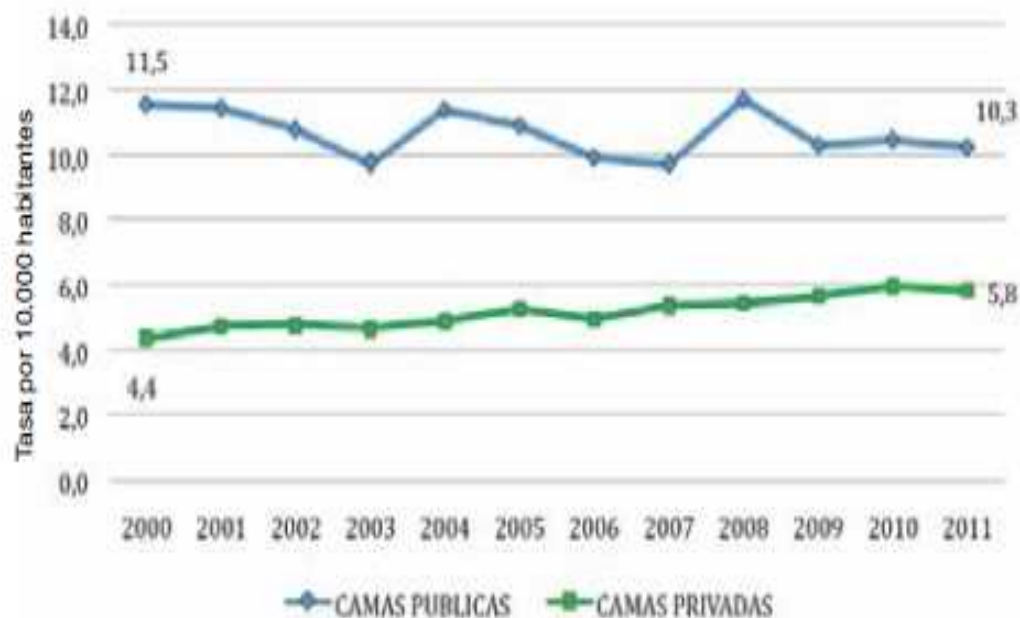


Grafico 27. Tasa de camas publicas y privadas por 10000 habitantes.

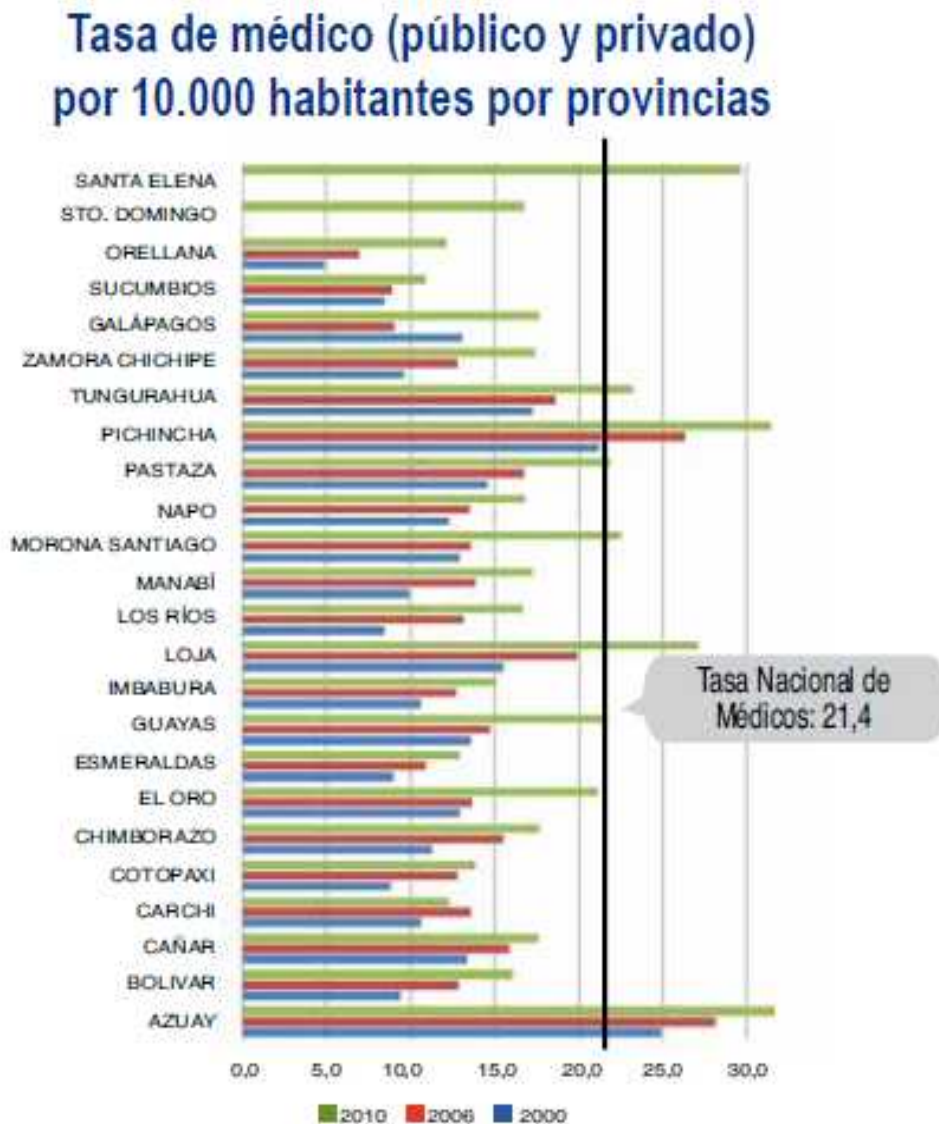
### Tasas de camas públicas y privadas por 10.000 habitantes



Fuente: INEC, Camas hospitalarias, 2000-2011.

La densidad de camas hospitalarias se utiliza para indicar la disponibilidad de servicios para pacientes ingresados. Ecuador tiene una tasa nacional de 16.1 camas hospitalarias por 10.000 habitantes en contraste con el dato de la OMS de la región Latinoamérica que estima un estándar de 24 camas por 10.000 habitantes. Desglosando este indicador, Ecuador presenta una tasa de 10.3 camas públicas y 5.8 camas privadas.

Grafico 28 Tasa de médicos públicos y privados por 10.000 habitantes por provincia.



Fuente: INEC, Estadísticas de Recursos y Actividades en Salud, 2000, 2006, 2010.

Tomando como referencia la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en cuanto al número mínimo de 23 médicos por cada 10.000 habitantes, provincias como Santa Elena, Pichincha, Tungurahua, Loja, y

Azuay superan el umbral sugerido. Sin embargo, 19 provincias del país aún no han llegado al mismo, siendo Sucumbios, la provincia que menor tasa posee con un índice de 11 médicos por cada 10.000 habitantes. La provincia de Carchi, en el 2010, es la única que registra una disminución de médicos por habitante en comparación al año 2006.

### 7.15 Infraestructura.

La Constitución de la República del Ecuador señala la obligatoriedad de “Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura”, así como el deber del Estado de “proporcionar la infraestructura física y el equipamiento adecuado a las instituciones públicas de salud” con los más altos estándares de calidad.

Para cumplir con estas disposiciones, el Ministerio de Salud Pública (MSP) se encuentra implementando un nuevo Modelo de Atención Integral, dentro de un sistema cuya base es la atención en el primer nivel y que culmina con los hospitales especializados y de especialidades. La ejecución de este modelo, en el ámbito de la infraestructura, implica una evaluación global de las unidades existentes para repotenciarlas o reemplazarlas por nuevas unidades, que aseguren óptimas condiciones de acceso, servicio, calidad y oportunidad para todos los usuarios. El ministerio de salud publica cuenta con centros de salud tipo A,B,C<sup>99</sup>, que se están poniendo en marcha .

---

<sup>99</sup> [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo\\_uniope.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/ficglo_uniope.htm)

### 7.15.1 Centro de salud tipo "A".

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud creado para atender a una población de 2.000 a 10.000 habitantes, asignados o adscritos, presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene farmacia/botiquín institucional; cumple con las normas de atención del Ministerio de Salud Pública. El Cálculo de población rige por el sector público.

**CENTRO DE SALUD TIPO A**  Ministerio de Salud Pública 

Población de Responsabilidad		2.001 A 10.000
Cartera de Servicios		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención integral de medicina familiar.</li> <li>✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>✓ Salud oral.</li> </ul>
<b>Talento Humano</b>	Equipo de Atención Integral de Salud: ⇄ Médica/o ⇄ Enfermera/o ⇄ Técnico de Atención Primaria de Salud	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 1500 a 2500 H
	➤ Odontólogos/o	1 por cada 5000 habitantes (itinerante)
	➤ Otros Profesionales de Salud	1
	➤ Asistentes Administrativos: (Administración, Manejo de archivos, Farmacia)	1-4

 Ministerio de Salud Pública

Fuente: Ministerio De Salud Pública

### 7.15.2 Centro de salud tipo "B".

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud que atiende a una población de 10.000 a 50.000 habitantes, asignados o adscritos, que brinda acciones de salud de promoción, prevención, recuperación de la salud y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general, odontología, psicología y enfermería; puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública.

<b>CENTRO DE SALUD TIPO B</b>	
Población de Responsabilidad	10.001 A 25.000
Cartera de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención integral de medicina familiar.</li> <li>✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>✓ Salud oral.</li> <li>✓ Salud mental</li> <li>✓ Pediatría de Interconsulta (Discreto)</li> <li>✓ Imágenes: Rayos X y ecografía.</li> </ul>
Equipo de Atención Integral de Salud:	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 15000 a 25000
❖ Médica/o	
❖ Enfermera/o	
❖ Técnico de Atención Primaria en Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 por cada 1.000 habitantes (áreas dispersas)</li> <li>➤ 1 por cada 4.000 habitantes (áreas con entornos)</li> </ul>
➤ Odontólogo/a	➤ 1 por cada 5000 habitantes (Discreto)
➤ Psicólogo/a	➤ 1-2 (apoyo al equipo)
➤ Otros Profesionales de Salud	12
➤ Asistentes Administrativos: (Administración, manejo de archivo, farmacia)	4



Fuente: Ministerio De Salud Pública

### 7.15.3 Centros De Salud Tipo "C" .

Es un establecimiento del Sistema Nacional de Salud<sup>100</sup> que realiza acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los servicios de medicina general y de especialidades básicas (ginecología y pediatría), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia y emergencia; dispone de servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública. Atiende referencia y contrareferencia. El Cálculo de población rige por el sector público.

<b>CENTRO DE SALUD TIPO C</b>  Ministerio de Salud Pública 	
<b>Población de Responsabilidad</b>	<b>25.001 A 50.000</b>
<b>Cartera de Servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención integral de medicina familiar.</li> <li>✓ Promoción de salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>✓ Salud oral.</li> <li>✓ Salud mental.</li> <li>✓ Pediatría de interconsulta (itinerante)</li> <li>✓ Imágenes: Rayos X y ecografía.</li> <li>✓ <b>Rehabilitación.</b></li> <li>✓ <b>Atención de Urgencias y parto.</b></li> </ul>
<b>Talento Humano</b>	
Equipo de Atención Integral de Salud:	
↳ Médica/o	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 1 por cada 1.500 habitantes áreas dispersas.</li> <li>➢ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.</li> </ul>
↳ Enfermera/o	
↳ Técnico de Atención Primaria en Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 1 por cada 1.000 habitantes áreas dispersas.</li> <li>➢ 1 por cada 4.000 habitantes áreas concentradas.</li> </ul>
↳ Odontólogo/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 1 por cada 5000 hab. (itinerante) a. dispersas</li> <li>➢ 1 por cada 10000 hab. Áreas concentradas</li> </ul>
↳ Psicólogo/a	➢ 1-2 (apoyo al equipo)
↳ Otros Profesionales de Salud	18-26
↳ Asistentes Administrativos: (Admisión, manejo de archivos, farmacia).	4

Fuente: Ministerio De Salud Pública

<sup>100</sup> [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figclo\\_uniopo.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figclo_uniopo.htm).

<sup>101</sup> <http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf>



#### 7.15.4 Hospital móvil (Hm)

Unidad clínica - quirúrgica reubicable, que integra actividades de prestación de Hospital del día y Consulta Externa con la finalidad de ampliar el acceso a los servicios de salud, de manera rápida a poblaciones en áreas geográficas diversas; de asistir en emergencias y desastres con movilización de recursos a áreas afectadas por eventos naturales o causados por el hombre; y de apoyar a hospitales fijos con reducción de su capacidad instalada por causas de diferente índole



#### 7.16 Metas.

- Reducir al 5% la obesidad en escolares.
- Reducir la incidencia de paludismo en un 40%
- Disminuir a 4 la razón de letalidad del dengue hemorrágico

- Reducir en un 25% la tasa de mortalidad por SIDA.
- Reducir a 2 por 100.000 la tasa de mortalidad por tuberculosis al
- Reducir a la tercera parte la tasa de mortalidad por enfermedades causadas por mala calidad del agua al Reducir en un 18% la tasa de mortalidad por neumonía o influenza
- Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público
- Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud publica
- Reducir en 25% el embarazo adolescente
- Disminuir en 35% la mortalidad materna
- Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz
- Disminuir en un 33% el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento
- Alcanzar el 80% de las viviendas con acceso a servicios de saneamiento
- Disminuir a 35% el porcentaje de hogares que habitan en viviendas con características físicas inadecuadas
- Disminuir a 60% el porcentaje de viviendas con déficit habitacional cualitativo
- Revertir la tendencia creciente de los delitos hasta alcanzar el 23%
- Aumentar a 7 la calidad del servicio de la Policía Nacional según los usuarios.

8. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD  
FAMILIAR, COMUNITARIO E  
INTERCULTURAL- MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud<sup>102</sup> para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Esto implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La salud como productor de desarrollo implica un esfuerzo consciente de los individuos y los grupos sociales, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, de la generación de oportunidades, adquiere un papel de cohesión social y puede constituirse en una de las fuerzas que juega un papel constructivo en el proceso de desarrollo social. La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen vivir.

---

<sup>102</sup> manual del modelo de atención integral de salud – MAIS.  
[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf), 2012

Grafico 29. Modelo de Atención Integral de Salud.



Fuente: Ministerio de Salud Pública.

El propósito de este modelo garantiza<sup>103</sup> los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir mejorando las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud

<sup>103</sup> <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE-Nilda%20Villacres.pdf>,2012

individual, familiar, comunitaria como un derecho humano su principal objetivo es Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

### 8.1 Grupos de Atención Prioritaria.

La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35<sup>104</sup> establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria<sup>105</sup> y especializada de los servicios públicos y privados. Personas y familias en las que alguno de sus miembros tiene problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención

---

<sup>104</sup> <http://es.slideshare.net/fxer92ldu/constitucion-de-la-republica-del-ecuador-2008>

<sup>105</sup> [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia. El MSP brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal.

## 8.2 Escenarios de la Atención Individual.

Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida, la atención integral individual se orienta a promover una cultura y una práctica de cuidado y autocuidado de la salud, de atención a las necesidades específicas en cada momento de su ciclo vital, su estilo de vida, garantizando continuidad para la recuperación de la salud en caso de enfermedad, rehabilitación de la funcionalidad y cuidados paliativos cuando ya la condición sea terminal.

## 8.3 Atención Familiar.

La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio

productor de riesgos y enfermedad para sus miembros. El equipo de salud debe identificar oportunamente problemas y factores de riesgo de cada uno de sus miembros y de la familia en su conjunto, así como factores protectores y brindar una atención integral, promoviendo el autocuidado, brindando apoyo y seguimiento, educando y potenciando prácticas y relaciones saludables.

#### 8.4 Atención a la Comunidad.

La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

#### 8.5 Atención al ambiente o entorno natural.

La provisión de servicios debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud. El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población que deben ser enfrenados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los



riesgos ambientales. El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad.

## 8.6 Contexto Socioeconómico Y Político.

Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social<sup>106</sup>. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno en su aspecto amplio, b) políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo; c) políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; d) otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.). Aún se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población, aunque ya hay algunos que demuestran la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, y logran mejores resultados en algunos indicadores de salud. En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social,

---

<sup>106</sup> [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales.

### 8.7 Determinantes Ambientales.

La protección de la salud depende de la capacidad de la sociedad para mejorar la interacción entre la actividad humana y el ambiente químico, físico y biológico. Esto debe hacerse de manera que promocioe la salud humana y prevenga la enfermedad, manteniendo el equilibrio y la integridad de los ecosistemas, y evitando comprometer el bienestar de las futuras generaciones. En el país, los determinantes ambientales tienen una gran relevancia en la exposición a condiciones de riesgo, por ejemplo las limitaciones en el acceso a agua segura, servicios básicos, a condiciones para la seguridad alimentaria, que afecta sobre todo a las poblaciones de zonas rurales y barrios populares de las ciudades. En el país, los determinantes ambientales tienen una gran relevancia en la exposición a condiciones de riesgo, por ejemplo las limitaciones en el acceso a agua segura, servicios básicos, a condiciones para la seguridad alimentaria, que afecta sobre todo a las poblaciones de zonas rurales y barrios populares de las ciudades. El

Ecuador se encuentra amenazado por la acción de varios fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas e inestabilidad de terrenos, además de inundaciones sequías, granizadas, heladas, entre otros, debido a su ubicación geográfica en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico. Además, la actividad humana ha generado y genera deforestación, incendios forestales, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas peligrosas, contaminación del agua superficial y subterránea que, en conjunto, pueden ocasionar desastres, y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y del agua de calidad Sanitaria.

9. INTERVENCIONES PRIORITARIAS DEL  
SISTEMA DE SALUD.

En el transcurso de los últimos años se observa un mejoramiento de las condiciones de salud de la población ecuatoriana, sin embargo, se sigue trabajando en muchos puntos tales como: gestión oportuna de medicamentos, fortalecer el PAI prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, extensión en la cobertura de salud, fortalecimiento de la red de servicios de salud, mejorar la infraestructura, equipamiento, recursos humanos entre otras.

### 9.1 El programa de Medicamentos Básicos

El Programa de Medicamentos Básicos<sup>107</sup> que arranca desde el año 1980, tal y como fue diseñado originalmente, buscó utilizar la capacidad instalada de la industria nacional e incorporar a los importadores que lo quisieran, para la fabricación y provisión de medicamentos genéricos. Esta iniciativa se complementó con la creación, a nivel de todo el país, de farmacias de medicamentos básicos. Sin embargo, esta idea novedosa debió enfrentar, no solamente el creciente incremento de los precios de las medicinas, sino las dificultades del Estado para adquirirlas, a consecuencia del decrecimiento de los presupuestos oficiales del sector. Por otro lado, la deteriorada capacidad adquisitiva de los ciudadanos también constituyó un factor indiscutiblemente limitante para una adecuada accesibilidad a los medicamentos.

---

<sup>107</sup> <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19429es/s19429es.pdf>, 2010

El primer listado de medicamentos básicos, fue elaborado en 1975 por el Convenio Hipólito Unanue, integrado por los países de la región andina. La decidida participación del Ecuador fue clave para estructurar el listado definitivo del Convenio. Ya para 1977, el Decreto 1592 (publicado en el Registro Oficial #377, del 12 de julio de 1977) define otros aspectos fundamentales de una política de medicamentos. Por un lado, puntualiza la actividad de la industria farmacéutica exigiéndole que cada casa matriz cuyos medicamentos se elaboren o comercialicen en el país, estará obligada a producir por lo menos dos medicamentos para el Programa de Medicamentos Básicos Sociales del Ministerio de Salud". Por otro lado, este mismo decreto, aborda uno de los aspectos más delicados de la política de medicamentos: Los precios de tales medicamentos se calcularán de tal manera, que al último precio de venta a Farmacia fijado por el Ministerio de Salud Pública, se le disminuirá entre el 25 y 30%, evitándose así, que el precio pudiese ser manipulado al ser contratado en forma personal o en condiciones variables con cada empresa productora o distribuidora. Esta manera de hacer efectiva la contratación fue un logro importante, ya que se introdujeron cambios radicales con el propósito de clarificar o transparentar este tipo de transacciones.

A partir de 1980 expertos del MSP en el tema, hicieron los ajustes pertinentes al Convenio y comenzó la implantación del Cuadro de medicamentos básicos en todas sus unidades operativas. De este modo, se puso en vigencia un

sistema que se ocupó de la selección y estructuración de los pedidos y de la adjudicación y metodología de la entrega (recepción, condiciones de almacenamiento, forma de comercialización, de pago y control de calidad de los productos adquiridos). Estas medidas marcaron el nacimiento de una política en materia de medicamentos que, adecuadamente diseñada y técnicamente ejecutada, ofrecería a la población más necesitada un acceso oportuno, amplio y conveniente a los servicios de salud.

El 14 de octubre del 2013, en Ecuador se realizó<sup>108</sup> novación en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), que contiene alrededor de 500 medicamentos. El CNMB contiene el listado de las medicinas consideradas esenciales para atender las necesidades de la población y fue elaborado por la Comisión Nacional de Medicamentos, comisión especializada del Consejo Nacional de Salud, cuyo fin es la elaboración y actualización del cuadro el mismo que divide a los medicamentos por capítulos, respecto a su complejidad: uso general para enfermedades catastróficas, antídotos y medicamentos de uso especial garantizando el acceso gratuito a los medicamentos esenciales y estratégicos, cuya eficiencia y eficacia están comprobados. Con este cuadro básico de medicamentos se espera asegurar a la ciudadanía y transparentar la evidencia relacionada a medicamentos que son esenciales y estratégicos para la población.

---

<sup>108</sup> [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1011%3Apresentacion-cuadro-nacional-medicamentos-basicos-cnmb-&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1011%3Apresentacion-cuadro-nacional-medicamentos-basicos-cnmb-&Itemid=360),2013

## 9.2 Dilema de Medicamentos en Ecuador.

El acceso a medicamentos esenciales de grandes sectores de la población, sobre todo rural, es muy limitado en Ecuador. Se estima que menos del 25% de la población puede tener acceso a ellos. En la mayoría de los casos es porque el precio de los medicamentos llega al consumidor final con un recargo muy alto en relación al costo de fabricación de dicho medicamento. Actualmente en la mayoría de los laboratorios farmacéuticos al igual que muchas otras empresas, se incurren en gastos de ventas demasiado elevados, lo cual resulta en un precio de venta alto para el consumidor final, estos gastos que pueden llegar a alcanzar un 40% del valor total de las ventas, se deben en su mayor parte a muestras medicas, visitantes médicos, gastos en viáticos, transporte y comisiones de ventas que muchas veces no son necesarias ya que el vendedor fue un simple tomador de pedidos dentro del negocio entre el cliente y la empresa. El precio es un factor determinante en el acceso de la población a los medicamentos. Además, la escasez de mecanismos reguladores efectivos, contribuye a la inequidad en el acceso. En el mercado farmacéutico<sup>109</sup> ecuatoriano, se observan cuatro tipos y categorías de precios: Productos de marca del mismo principio activo, similar concentración y forma farmacéutica, con diferencias sustanciales de precios; Productos de marca, con precios muy superiores a los genéricos de igual concentración y forma farmacéutica; Productos genéricos de igual composición

---

<sup>109</sup> <http://www.salud.gob.ec/msp-hace-publica-la-novena-edicion-del-cuadro-nacional-de-medicamentos-basicos/>, 2013



química y forma farmacéutica, que se comercializan con amplios rangos de precios; y, Productos del mismo principio activo, que han modificado su forma farmacéutica, para obtener mayores precios.

En nuestro país, se ha mantenido un esquema de fijación de precios, controversial para algunos sectores, pues existen<sup>110</sup> varios rubros, que inciden en el costo final del producto. Otro tema polémico, es el de los márgenes de ganancia, particularmente del distribuidor. Los precios de comercialización de los productos, son siempre inferiores al precio de fijación, salvo en el caso de algunos medicamentos exclusivos. Se reconoce que, dado el margen de utilidad, las farmacias prefieren vender un producto importado. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la fijación de precios es uno de los componentes del control de precios, el cual debe ser moderno, ágil y efectivo. El proceso de fijación de precios, debe realizarse de acuerdo a la población objetivo. Esto es enfocar el problema desde el punto de vista de la población; y, no desde el punto de vista de la industria. Mantener el control de precios, mejorando el sistema de fijación de los mismos con apego estricto a la normativa legal, por parte de la industria y del Estado, a través del Consejo de Fijación de Precios de Medicamentos de Uso Humano.

---

<sup>110</sup> Consejo Nacional de Salud Comisión de Medicamentos e Insumos.  
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19794es/s19794es.pdf?ua=1>

### 9.3 Industria farmacéutica en Ecuador.

La industria farmacéutica en Ecuador tiene más de cien años de existencia, empezó como pequeños emprendimientos familiares que pasaron de preparar fórmulas magistrales a convertirse en verdaderas industrias<sup>111</sup> a finales de los años 60. Laboratorios H.G. es el pionero quien a partir de 1895 empieza la producción de productos farmacéuticos en el Ecuador. Durante el gobierno del General Rodríguez Lara hubo el primer intento de sustitución de importaciones, con lo que se dio un gran impulso al sector, laboratorios farmacéuticos internacionales se instalaron en el país creando plazas de empleo y preparando profesionales que fueron parte de un proceso de transferencia tecnológica.

Actualmente, más del 90 por ciento de las 53 plantas farmacéuticas en el país son de capital ecuatoriano, administradas por ecuatorianos y dirigidas técnicamente por ecuatorianos. Una política farmacéutica nacional debe encajar en el marco de un determinado sistema de atención de salud, una política sanitaria nacional y quizá un programa de reforma del sector sanitario. En cada país la política sanitaria y el nivel de provisión de servicios son determinantes importantes de la política farmacéutica y definen el abanico de elecciones y opciones. Por otra parte, también la situación farmacéutica afecta a la manera en que se ven los servicios de salud. Estos servicios pierden

---

<sup>111</sup> El Mercado Farmacéutico en el Ecuador: Diagnóstico y Perspectiva. <http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/articulos/ElMercadoFarmaceuticoenelEcuadorDiagnosticoyPerspectiva.pdf>, 2014

credibilidad si no existe un abastecimiento adecuado de medicamentos de buena calidad o si éstos son mal prescritos. De ahí que la aplicación de una política farmacéutica efectiva promueva la confianza en los servicios de salud y su utilización.

El Ecuador tiene vigente desde el 19 de julio de 2006 la Política Nacional de Medicamentos promulgada por el Consejo Nacional de Salud (CONASA), la misma que ha sido revisada en enero y marzo de 2007 mediante Acuerdos Ministeriales<sup>112</sup>. Entre otros objetivos, la Política Nacional de Medicamentos pretende Favorecer el acceso universal de la población<sup>113</sup> a medicamentos genéricos que correspondan a los principios activos constantes en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobado por el Consejo Nacional de Salud, y uso racional de medicamentos, que garantice que los pacientes reciban la terapia apropiada para sus necesidades, en dosis que se ajusten a sus necesidades individuales, durante un período de tiempo adecuado y al costo más bajo posible, tanto para el paciente, como para la comunidad, Garantizar la transparencia total en los procesos destinados a la adquisición de medicamentos e insumos, vigilando la aplicación estricta de la normativa legal vigente, mediante la implantación de Buenas Prácticas de Manufactura, modelos éticos de selección, compra y promoción de medicamentos. La Política Nacional de Medicamentos puntualiza en cuanto a accesibilidad: a) Declarar

---

<sup>112</sup> [http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/publicaciones\\_medios/EyE\\_Industria\\_Farmaceutica\\_2011.pdf](http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/publicaciones_medios/EyE_Industria_Farmaceutica_2011.pdf)

<sup>113</sup> [http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810EC/sdocs/survey\\_report.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810EC/sdocs/survey_report.pdf). Acción Internacional para la Salud - Ecuador AIS - Ecuador. 2008

que la salud pública y el acceso a los medicamentos están sobre las patentes, b) "Otorgar licencias para importaciones en casos de enfermedades catastróficas y emergencias sanitarias, c) Precautelar el acceso equitativo a la atención de salud y consecuentemente a los medicamentos a los sectores sociales de menores recursos y d) Implementar mecanismos de adquisición, distribución y dispensación eficientes y transparentes.

Los cambios constitucionales y el momento histórico que vive el país con la propuesta de edificar una sociedad más justa, equitativa y solidaria, son una oportunidad para contribuir a la construcción de un sistema universal de salud, aportando con el conocimiento de los precios de los medicamentos en nuestro país, para facilitar la revisión de la estructura de precios de los medicamentos vigente, como un elemento clave para facilitar el acceso a los mismos.

En 2005 la demanda de medicamentos correspondía en un 87% a requerimientos del sector privado y en un 13% al sector público<sup>114</sup>, según un estudio de la Corporación de Estudios para el Desarrollo (CORDES) De la demanda atendida en el sector privado, ese año 85% fue de medicamentos bajo prescripción y 15% de venta en estanterías. Estas proporciones corresponden a una economía en la cual los servicios de salud se prestan preferentemente por los canales del mercado. Sin embargo, si se atiende a los cambios de política pública realizados a partir de 2007 por el Gobierno

---

<sup>114</sup> <https://www.flacso.edu.ec/portal/pnTemp/PageMaster/s6vbaqytnbmj5yec4c57yz83byz62.pdf>, Producción de medicamentos genéricos para exportación.2013

nacional, eventualmente la demanda atendida por medio del sector privado habría decrecido, mientras que la gratuidad de servicios de salud prescrita por la Constitución de la República habría expandido la atención a través de los servicios públicos

El mercado farmacéutico en el año 2007 fue de \$580 millones. De ese total, el sector privado adquirió 86.9% y el sector público 13.1%. Del mercado privado, 85.4% fueron medicamentos de prescripción y 14.6% de venta en estanterías, además para el año 2005 el país contaba con un aproximado de 22.128 médicos y 4.620 farmacias. Para febrero del 2008 existen 13.439 productos con registro sanitario; de esos, se comercializaban 8.869 productos de los cuales 2.239 son genéricos. La totalidad de productos contienen 1.696 principios activos.

En el año 2009, el Presidente de la República propuso crear una empresa pública para la investigación y producción de medicamentos, después de abrir el mercado mediante licencias. Empresas como Enfarma que fue creada por un Decreto del Ejecutivo por considerar que es deber del Estado crear condiciones para mejorar los niveles de producción y comercialización de los medicamentos. Han existido convenios de cooperación como es el caso de La Habana y Quito, el convenio se realizó para la producción de medicamentos genéricos además de contar con plantas en el Ecuador. En octubre de 2009,

el gobierno emitió licencias obligatorias<sup>115</sup> para la producción local o importaciones de medicinas a bajo costo. Según esta medida fue extendida a los agroquímicos, también buscaba el pago de compensaciones económicas a los propietarios de las franquicias.

Unos de los problemas que está enfrentando el sector es que el Gobierno está buscando la manera de fijar los precios de los medicamentos importados considerando el costo real de producción en el país donde se fabrican. Éste es uno de los planteamientos que se analizan para armar el nuevo reglamento de fijación de precios, cuyo borrador se está discutiendo. Otros laboratorios como Kronos aduce que la demanda ocasionó una subida en la fabricación de medicinas anti gástricas, para diabéticos y para hipertensos. También explica que en el 2010 la producción creció un 15%. Esto estuvo acompañado de inversión para la compra de maquinaria que significó alrededor de US\$200 mil. En el año 2011, se planteo superar esta cifra, pues proyectan iniciar los trámites de liberación de patentes para la producción de antirretrovirales, medicamentos oncológicos y renales. El incremento de la demanda de fármacos también llegó a Laboratorios HG a tomar medidas como la duplicación de los turnos de los trabajadores.

---

<sup>115</sup> situación económica actual del mercado de fármacos del Ecuador, Mauro Toscanini Segale

<http://www2.ucsg.edu.ec/dmdocuments/medicina-Situacion-economica-148-152.pdf>,2002

Según el Presidente de Laboratorios HG, la producción de la empresa en el año 2010 creció un 17%, no han presentado más productos sino aumentado la producción de antibióticos inyectables, triaxona y cefazolina por la constante demanda de los centros de salud pública. Algunas distribuidoras de químicos y fármacos, dicen que el sector está atravesando por un buen momento en sus ventas, que sobrepasan los US\$1.000 millones muchos creen que esto desencadenará en un incremento en el precio de los fármacos que se trasladará al consumidor y afectará a la inflación. Pero para que no ocurra este incremento el Gobierno presentará un borrador del Reglamento para la fijación de precios de medicamentos, dentro del cual se establecerán tres mecanismos para el caso: libertad controlada, libertad vigilada y establecimiento de precios por parte del estado a ciertos ítems. Según el analista Jorge Izaguirre, esta medida solo busca equilibrar la balanza comercial que resultó en un déficit de US\$1.213 millones de dólares hasta octubre de 2010 para apoyar a la producción nacional. El Ministerio de Salud era quien regulaba los valores de 11.000 productos<sup>116</sup>. Ahora el Ministerio de la Producción se encargará del proceso y se tomará en cuenta el comportamiento competitivo de los productos. Para los productos que no tienen competencia y una alta demanda se regulará de forma específica, para que los precios no sean tan altos como venía ocurriendo hasta el momento. La vigilancia regulada

---

<sup>116</sup> [http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/publicaciones\\_medios/EyE\\_Industria\\_Farmaceutica\\_2011.pdf](http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/publicaciones_medios/EyE_Industria_Farmaceutica_2011.pdf)

implica independencia para establecer los precios siempre y cuando se haga un monitoreo de los mismos.

#### 9.4 Medicamentos genéricos.

Según la OMS, un medicamento genérico<sup>117</sup> es aquel vendido bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo lo suficientemente parecido a la marca original, es decir, igual en composición y forma farmacéutica y con muy parecidos recursos que la misma, Todos los preparados farmacéuticos, de marca o genéricos, deben poseer cualidades mínimas para satisfacer los requisitos técnicos y analíticos de las farmacopeas mundiales. Las farmacopeas constituyen normas oficiales que deben ser cumplidas por todos los laboratorios farmacéuticos antes de comercializar sus medicamentos los cuales, además, deben cumplir con las regulaciones emitidas por las autoridades sanitarias de los respectivos países donde se los fabrica; en nuestro país es el Instituto Nacional de Higiene Izquieta Pérez. Estas regulaciones de calidad, seguridad y eficacia son iguales para todos los medicamentos, sean genérico o de marca, y se expresan a través del Registro Sanitario. Sólo aquellos medicamentos cuyo registro está vigente pueden ser utilizados en el Ecuador. Un medicamento, es autorizado por el estado

---

<sup>117</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Medicamento\\_gen%C3%A9rico](http://es.wikipedia.org/wiki/Medicamento_gen%C3%A9rico),2008



después de evaluar su utilidad y poder terapéutico, se convierte en garante de la calidad de ese producto, sea cual fuere el nombre con el cual se expende. La Organización Mundial de la salud (OMS) recomienda su uso con la estrategia para que todo pueda hacer uso y prevenir enfermedades y mantener un estado de salud compatible con la dignidad humana.

Ecuador trabaja con importantes farmacéuticas de España, y de la India para desarrollar en Ecuador medicamentos genéricos para garantizar a la población el acceso a medicinas a precios accesibles. El Gobierno ecuatoriano está impulsando su política basada en que el acceso a los medicamentos es un derecho, no un negocio, por lo que esta empresa pública sin ánimo de lucro, pretende proveer medicinas seguras a un costo justo. Ecuador apuesta por una fármaco-economía con la que espera reducir<sup>118</sup> hasta en un 40 por ciento su gasto público en medicinas, Este gasto ronda los 600 millones de dólares anuales y en el último año y medio se ha logrado recortar en cerca de un 30 por ciento, con el objetivo de alcanzar el 40% entre 2015 y 2016. Para ello, desde hace un año se trabaja con empresas indias, cuyos medicamentos están avalados por sistemas de salud como los de la Unión Europea o Estados Unidos, para cerrar acuerdos que permitan distribuir genéricos en Ecuador. La Ciudad del Conocimiento Yachay, en la provincia ecuatoriana de Imbabura, incluye siete plantas de producción de medicinas, cuya construcción ya ha comenzado y se espera concluir en un plazo de 18 a 24 meses,

---

<sup>118</sup> <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/10/19/nota/4125861/ecuador-desarrollara-medicamentos-genericos-farmacéuticas-india>

con una inversión cercana a los 200 millones de dólares. Además de genéricos, producirán medicamentos oncológicos, hormonales y biotecnología.

Ecuador trabaja Promoción de la comercialización y Cuadro de Medicamentos básicos, garantía de calidad Incentivos económicos a la oferta y demanda Desarrollo de estrategias de aceptación entre los profesionales de la salud y sociedad Promoción de la prescripción por nombre genérico las iniciativas deben dirigirse en forma clara, sencilla, transparente a prescriptores, dispensadores, consumidores, etc. para que los acepten, evidenciando los beneficios y también los sesgos de otros intereses.

10. PROGRAMAS PARA MEJORAR EL  
SISTEMA DE SALUD

## 10.1 El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador

La Constitución supera la visión reduccionista del desarrollo como crecimiento económico y coloca en el centro del desarrollo al ser humano y como objetivo final, alcanzar el *sumak kawsay* o Buen Vivir. Frente a la falsa dicotomía entre Estado y mercado, impulsada por el pensamiento neoliberal. La Constitución formula una relación entre Estado, mercado, sociedad y naturaleza<sup>119</sup>. El mercado deja de ser el motor que impulsa el desarrollo y comparte una serie de interacciones con el Estado, la sociedad y la naturaleza. El Buen Vivir en la Constitución del Ecuador Reivindicaciones de los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas por reforzar la necesidad de una visión más amplia, la cual supere los estrechos márgenes cuantitativos del economicismo, que permita la aplicación de un nuevo modelo económico cuyo fin no sea los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que incorpore a los actores que históricamente han sido excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado. El Buen Vivir “la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la

---

<sup>119</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (versión completa)  
[http://www.planificacion.gob.ec/wp-ntent/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir](http://www.planificacion.gob.ec/wp-ntent/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir)

prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora con objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). Nuestro concepto de Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros -entre diversos pero iguales- a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido”

Esta ruptura conceptual propuesta por el MSP tiene orientaciones éticas y principios que marcan el camino hacia un cambio radical para la construcción de una sociedad justa, libre y democrática. Las orientaciones éticas se expresan en cinco dimensiones: justicia social y económica, justicia democrática y participativa, justicia intergeneracional e interpersonal, justicia transnacional y justicia como imparcialidad. A su vez, propone desafíos al proyecto de cambio que se pueden sintetizar en:

- Construir una sociedad que reconozca la unidad en la diversidad.

- Reconocer al ser humano como gregario que desea vivir en sociedad.
- Promover la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de Convivencia.
- Garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las Capacidades humanas.
- Construir relaciones sociales y económicas en armónica con la naturaleza.

Implica además mejorar la calidad<sup>120</sup> de vida de la población, desarrollar sus capacidades y potencialidades; contar con un sistema económico que promueva la igualdad a través de la redistribución social y territorial de los beneficios del desarrollo; garantizar la soberanía nacional, promover la integración latinoamericana; y proteger y promover la diversidad cultural

## 10.2 Plan Nacional para el Buen Vivir.

El Plan Nacional de Desarrollo, denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013, es el instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública. El Plan cuenta<sup>121</sup> con 12 Estrategias Nacionales; 12 Objetivos Nacionales, cuyo cumplimiento permitirá consolidar el cambio que los ciudadanos y ciudadanas ecuatorianos con el país que anhelamos para el Buen Vivir.

---

<sup>120</sup> [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir\\_.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_.pdf) 2012

<sup>121</sup> <http://Plan.Senplades.Gob.Ec/> PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009- 2013

El Plan fue elaborado por la SENPLADES en su condición de Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, conforme el Decreto Ejecutivo, febrero de 2009 fue presentado por el Presidente Rafael Correa Delgado, para conocimiento y aprobación en el Consejo Nacional de Planificación.

Tabla 13. Plan Nacional del Buen Vivir.



El Buen Vivir forma parte de una larga búsqueda de modos, formas de vida que han impulsado los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones

del nuevo pacto social. No obstante, el Buen Vivir se construye continuamente desde reivindicaciones que buscan una visión que supere los estrechos márgenes cuantitativos del economicismo y permita la aplicación de un nuevo paradigma cuyo fin no sea los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes, sino que promueva un estrategia económica incluyente, sostenible y democrática; es decir, que incorpore a los procesos de acumulación y redistribución a los actores que históricamente han sido excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado. Asimismo, se construye desde las posiciones que reivindican la revisión y reinterpretación de la relación entre la naturaleza y los seres humanos, es decir, desde el tránsito del actual antropocentrismo al biopluralismo (Guimaraes en Acosta, 2008): que la actividad humana realice un uso de los recursos naturales adaptado a la generación (regeneración) natural de los mismos. Finalmente, el buen vivir se construye también desde la búsqueda de igualdad y justicia social y desde el reconocimiento, la valoración y el diálogo de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida. Entonces, el Buen Vivir es un concepto complejo, no lineal, históricamente construido y en constante re-significación. Con estas precisiones, sintetizan qué entienden que Buen Vivir es “la satisfacción de las necesidades,<sup>122</sup> la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar

---



y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas.

El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). El concepto de Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocer, comprender y valorarse unos a otros - entre diversos pero iguales- a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido” Esta ruptura conceptual propuesta tiene orientación éticas y principios<sup>123</sup> que marcan el camino hacia un cambio radical para la construcción de una sociedad justa, libre y democrática. Las orientaciones éticas se expresan en cinco dimensiones: justicia social y económica, justicia democrática y participativa, justicia intergeneracional e interpersonal, justicia

---

<sup>123</sup> Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (versión completa).  
[http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir\\_](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir_)

transnacional y justicia como imparcialidad. A su vez, propone desafíos al proyecto de cambio que se pueden sintetizar en:

- Construir una sociedad que reconozca la unidad en la diversidad.
- Reconocer al ser humano como gregario que desea vivir en sociedad.
- Promover la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de Convivencia.
- Garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas.
- Construir relaciones sociales y económicas en armónica con la naturaleza. Edificar una convivencia solidaria, fraterna y cooperativa.
- Consolidar relaciones de trabajo y de ocio liberadoras.
- Reconstruir lo público.
- Profundizar la construcción de una democracia representativa, participativa y deliberativa.
- Consolidar un Estado democrático, pluralista y laico.

Durante la Primera Asamblea<sup>124</sup> Ciudadana Plurinacional e Intercultural para el Buen Vivir, Ana María Larrea, subsecretaria general de Planificación para el Buen Vivir y secretaria técnica del Consejo Nacional de Planificación, informo los logros en la garantía de los derechos para el Buen Vivir de nuestra

---

<sup>124</sup> <http://www.planificacion.gob.ec/el-plan-para-el-buen-vivir-busca-hacer-irreversible-la-revolucion/>,2013

población, orientados a alcanzar la equidad y la justicia social. Entre los objetivos alcanzados tenemos los siguientes.

- Se redujo el porcentaje de presupuesto destinado al pago de la deuda externa (24% en 2006 frente a 5,5% en 2012), para dirigirlo a inversión social;
- 1 millón 50 mil ecuatorianos (as) dejaron de ser pobres entre 2006 y 2012,
- Los niños y niñas van gratuitamente a la escuela,
- 450 mil niños, niñas y adolescentes dejaron de trabajar y se erradicó el trabajo infantil en basurales, minas y camales;
- 197 mil personas recibieron ayudas técnicas a través de la Misión Manuela Espejo.
- En 2012, el país registró un crecimiento de 4,8%, un porcentaje más alto que el promedio de la región (3,1%). "
- Tenemos la tasa de desempleo más baja en la historia republicana del Ecuador y la más baja de Sudamérica (4,8), mejorando la cantidad y la calidad del empleo gracias al acceso a seguridad social",
- además se ha invertido en la Refinería del Pacífico y en nueve centrales hidroeléctricas, proyectos emblemáticos para alcanzar la soberanía energética. "En 2016 seremos exportadores de electricidad",

Para profundizar estos cambios continuaran con el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 donde propone cerrar las brechas aún existentes para erradicar la pobreza, privilegiar el desarrollo integral de la niñez y avanzar con paso firme en la construcción de la sociedad del conocimiento.

11. PAI (EL PROGRAMA AMPLIADO DE  
INMUNIZACIONES)

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), lleva participando en la erradicación de enfermedades en la prevención y control desde hace 30 años asegurando y garantizando la inmunización universal y equitativa de la población objeto aplicando siempre estrategias y conocimientos actualizados. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un propósito de controlar, erradicar y eliminar estas enfermedades. El (PAI) fue aprobado<sup>125</sup> por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS/OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectaban con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

El PAI estaba dirigido a la niños menores de 5 años en especial a los de un año y a las embarazadas con el propósito de disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunas tales como: tétanos, sarampión tuberculosis poliomielitis, difteria, tos ferina. La principal estrategia recomendada es cumplir con la programación de vacunas simultánea y permanente. Con la gran experiencia adquirida año tras año se han ido

---

<sup>125</sup> Biblioteca virtual de vacunas. <http://www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=ci2&r=cit>

creando las condiciones favorables para lograr otro tanto con otras enfermedades como: sarampión, rubéola, rubéola congénita, tétanos neonatal, hepatitis B y algunas enfermedades invasivas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib) como la meningitis y la neumonía.

Cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Estos Programas de Vacunación pueden estar dirigidos a grupos de riesgo determinado o a toda la población según sea el caso y siempre que todas las condiciones para este empeño sean dadas. La introducción de un Programa de Vacunación en cada país debe ser siempre colegiada y analizada con las autoridades de salud de los diferentes países.

Tabla 13 Esquema nacional de vacunación. Ecuador.

Grupos de edad	Vacuna	No. Dosis	Dosis asociada	Año de introducción	Frecuencia de administración					
					Dosis según edad			Refuerzos		
					1 dosis	2 dosis	3 dosis	1 Refuerzo	2 Refuerzos	
Menores de 1 año	BCG	1	0,1 ml	LM	N.N.					
	IB (Polio/Americana)	1	0,5 ml	LM	N.N.					
	OPV	1	2 Gotas	SG	2m	4m	6m	uno después de la tercera dosis		
	PERMANENTE (DTP+IP+Hib)	3	0,5 ml	LM	2m	4m	6m	1 año después de la tercera dosis de pentavalente		
12 a 23 meses	SRP	1	0,5 ml	S.G.	Dosis única de 12 a 23 meses					
Escolares	DT	2	0,5 ml	LM	2do año de básica			7mo año de básica		
	HE (Polio/Americana)	5	0,5 ml	LM	en contacto	1 mes	3 meses	7mo año de básica		

Este es el esquema mínimo recomendado. Para más detalles consulte su médico.  
Manual de Herramientas Técnico-Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública (2022).

La misión del PAI es un desarrollo de políticas y estrategias para maximizar el uso de las vacunas de importancia de salud pública y su distribución, a través del apoyo a las regiones y países para adquirir las competencias, habilidades, e infraestructura a fin de implementar las políticas y estrategias tendientes a conseguir los objetivos de control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.

En 1990<sup>126</sup> se eliminó la polio. La erradicación de la poliomielitis impactó no sólo en la interrupción de la circulación del poliovirus sino en el alto grado de compromiso político de los países. En consecuencia, en 1994 los ministros de Salud de las Américas aprobaron la resolución de la eliminación del sarampión y, sobre la base de lo aprendido con esta enfermedad, en el 2003 se estableció la resolución de la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita (SRC) para el año 2010. Por otra parte, en 1979 se creó el Fondo Rotatorio (FR) del PAI con la finalidad de:

- 1 Mantener a los países provistos de vacunas que se ciñan a las normas de la OPS/OMS a precios bajos y de acuerdo a la programación anual de cada país.
- 2 Facilitar la planificación de las actividades de vacunación, evitando perturbaciones debido a la falta de vacunas o de fondos.

---

<sup>126</sup> [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/siquito/ficsiq\\_Q17.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/siquito/ficsiq_Q17.htm)



- 3 Facilitar el uso de la moneda local para el pago de facturas de los países (la aceptación de moneda local depende de la situación de cada nación).
- 4 Celebrar contratos consolidados con proveedores de vacunas y jeringas, a fin de conseguir precios bajos y realizar pedidos urgentes.

En Ecuador las primeras acciones de vacunación<sup>127</sup> en el país se iniciaron aproximadamente a partir del año 1942. En 1943 se organizaron campañas de protección masiva con la vacunación antivariólica. Mediante la producción nacional de la vacuna DT (mixta o doble) en 1945 y luego de la vacuna BCG, empieza la protección de niños susceptibles de contraer estas enfermedades. En 1972, se desarrolla la primera campaña de vacunación antipoliomielítica, y en 1974 se marca el comienzo de la lucha contra el sarampión. Las denominadas “campañas de vacunación” no eran de tipo permanente o sistemático, sino más bien de carácter emergente y se emprendían ante brotes epidémicos de una u otra enfermedad. Las coberturas obtenidas y, en consecuencia, los efectos de protección, lograban el descenso progresivo y constante de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil ocasionadas por enfermedades transmisibles como poliomielitis y tuberculosis sarampión, tos ferina, difteria, tétanos, A esta realidad han contribuido factores geográficos, demográficos y socioculturales, la disponibilidad mínima de servicios con capacidad de ofrecer estas vacunas en todo tiempo y lugar. Por otra parte, los

---

<sup>127</sup> Ministerio de salud pública del Ecuador. Programa ampliado de inmunización. Manual de normas. Pdf. [www.paho.org/ecu/index.php?gid=40&option=com\\_docman](http://www.paho.org/ecu/index.php?gid=40&option=com_docman)

aportes presupuestarios del Estado asignados a las actividades de tipo preventivo, eran insuficientes ante la magnitud y trascendencia de las enfermedades transmisibles y de la vulnerabilidad de los grupos expuestos. Ante lo señalado, para mejorar las coberturas e indicadores de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas, se hacían necesarias las siguientes acciones: Aumentar el presupuesto destinado a la compra de vacunas y Fortalecer la conducción y gerencia del PAI en todos los niveles, incluyendo las áreas de salud como unidad técnica-administrativa, para apoyar efectivamente el sostenimiento y mejoramiento de todos los componentes del PAI tales como, cadena de frío, vacunación segura, capacitación, comunicación social, supervisión, monitoreo, evaluación, organización, coordinación, sistema de información, logística y Fortalecer la vigilancia epidemiológica y Cumplir con compromisos internacionales adoptados en el seno de la OPS/OMS por los países miembro, como campañas de puestas al día y seguimiento para la erradicación del sarampión.

### 11.1 Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Hace unos años, enfermedades como el sarampión, la tos ferina y la difteria aparecían entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil<sup>128</sup>. No obstante, a medida que la vacunación pasó de la fase de control de brotes a

---

<sup>128</sup> Ministerio de salud pública del Ecuador. Programa ampliado de inmunización. Manual de normas. Pdf. [www.paho.org/ecu/index.php?gid=40&option=com\\_docman](http://www.paho.org/ecu/index.php?gid=40&option=com_docman)

la de consolidación del programa, el impacto comenzó a ser más evidente. Tras la alianza entre los países para alcanzar la interrupción de la circulación del poliovirus, la eliminación de la poliomielitis es una de las primeras metas logradas: 1990 fue el último año en que se presentaron casos en el país. En cuanto al sarampión, las exitosas campañas de puesta al día implementadas en 1994 tuvieron una cobertura del 100% en los menores de 15 años. En 1998, las dos campañas de seguimiento tuvieron coberturas superiores al 95% para menores de cinco años. Y en el 2002, la revacunación a menores de 15 años sirvió para que el virus dejara de circular. Con las campañas del 2002 y 2004, dirigidas a la población de 16 a 39 años, se consolidó la erradicación del sarampión. En lo que se refiere a la rubéola, su erradicación se inició conjuntamente con la consolidación de la erradicación del sarampión. Asimismo, la vigilancia de ambas enfermedades ha sido conjunta. La circulación del virus rubéola se interrumpió, fundamentalmente, por el impacto de la campaña de vacunación sarampión rubéola (SR) realizada a niños y niñas de 6 meses a 14 años en el año 2002 y, posteriormente, a hombres y mujeres de 15 a 39 años en el 2004. Como resultado, se lograron coberturas óptimas en ambos eventos. El impacto de la intervención quedó demostrado con la ausencia de casos registrada después de la segunda jornada de vacunación a fines del 2004 y en la posterior ausencia de casos. Con esta estrategia también se persigue eliminar el síndrome de rubéola congénita (SRC). A la luz de estos

resultados, el Ecuador aparece como país pionero en la subregión andina, constituyéndose como un ejemplo para el resto de los países.

El tétanos neonatal (TNN) también ha dejado de constituir un problema de salud pública nacional. Con la aplicación de la vacuna DT su incidencia ha disminuido notoriamente. En la actualidad, la vigilancia epidemiológica es un desafío para el programa pues cada vez los casos son más esporádicos. En cuanto a la fiebre amarilla, la vacuna se introdujo en el esquema del PAI en 1999. Hasta entonces, era utilizada solamente para el control de brotes. El sostenimiento de altas coberturas en el grupo de 12 a 23 meses, las campañas emprendidas especialmente en el 2005 en las zonas enzoóticas y la provisión de vacunas para viajeros de zonas no enzoóticas a zonas enzoóticas, ha permitido mantener la ausencia de casos en el país. El último caso fue registrado en el año 2000. Para controlar la meningitis bacteriana y la neumonía bacteriana, en 1999 se inició la vigilancia centinela de la meningitis bacteriana aguda (MBA) y de las neumonías bacterianas agudas (NBA) en Guayaquil. En el 2003, se introdujo la vacuna pentavalente en el esquema regular del PAI, y se ha observado que la incidencia de MBA y NBA producidas por hemophilus influenza de tipo b disminuye. En cuanto a la difteria, con el aumento de las coberturas de DPT en los menores de un año antes de 2003, y luego de la aplicación de la vacuna pentavalente después de ese año, se ha logrado la ausencia de casos. El último brote data de 1999. No obstante, los

refuerzos en los niños de 1 a 4 años han disminuido, por lo que se recomienda a los niveles locales el cumplimiento de las normas. Dentro de la misión del PAI, se pretende mantener bajas las tasas de incidencia la tos ferina, una de las enfermedades endémicas. La vacuna tiene una eficacia aproximada de 80% con la tercera dosis y su impacto es evidente: la mortalidad y la morbilidad han disminuido notoriamente. De acuerdo a la epidemiología, se espera que se presenten casos esporádicos ya que la protección se consigue con las 3 dosis y, en condiciones óptimas, se logra a los 6 meses cuando se han administrado las 3 dosis según el calendario. Sin embargo, el niño es susceptible a partir de los 15 días de vida.

## 11.2 Prevención y control de enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas transmisibles siguen siendo un problema que afecta a la salud de nuestros ciudadanos, a pesar de los grandes avances realizados en su prevención, control y tratamiento. Son una importante causa de morbi-mortalidad, constituyendo un problema de salud importante sobre todo en los países en desarrollo, sin embargo la aparición de nuevas enfermedades o el distinto comportamiento de enfermedades ya conocidas nos demuestra que todos los países son vulnerables. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles es prioridad de salud pública y todo el sistema sanitario. Por ello, en el año 2006 dentro de las actividades incluidas

en el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, bajo el apoyo de la Vice consejera de Sanidad, se elaboró una Guía para la Prevención y el Control de Enfermedades Transmisibles en Atención Primaria. Las enfermedades transmisibles comunitarias siguen siendo hoy, un tema a considerar, ya que las infecciones han persistido de forma importante, con igual o mayor intensidad en gran parte del mundo, aunque de forma diferente según nos encontremos en zonas de mayor o menor nivel de desarrollo económico. Se ha observado un aumento insospechado de enfermedades transmisibles emergentes como el SIDA y la legionelosis, pero también el incremento de enfermedades que se creían controladas como la tuberculosis, la hepatitis y la malaria. Desde hace muchos años han llevado a cabo acciones de vigilancia y control de la infección con un relevante éxito, sin que puedan olvidar que la incidencia de estos procesos y sobre todo la puesta en marcha de procedimientos de vigilancia y prevención, siguen constituyendo buenos indicadores de calidad de nuestro sistema sanitario, tanto de la Gestión de Atención Primaria como de la Hospitalaria.

Son enfermedades causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible, conocidas comúnmente como enfermedades contagiosas o infecciosas. Salud Pública ha implementado equipos funcionales responsables del proceso de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica a nivel nacional mediante la coordinación, orientación y asistencia técnica; así como la recopilación, análisis y evaluación del sistema

de información con el fin de monitorear el comportamiento de estas enfermedades y generar acciones que permitan dar cumplimiento a las metas de los Programas de Prevención y Control que reduzcan la posibilidad de ocurrencia de brotes, epidemias, complicaciones y muertes. Cada enfermedad debe contar con una definición de caso clara y un mecanismo de notificación eficiente y oportuno, para que el análisis de los datos resulte apropiado y sirva a la toma de decisiones.

### 11.3 Prevención y control de enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles son aquellas afecciones no contagiosas que son perjudiciales para la vida de la persona que ha sido diagnosticada por un especialista. En Ecuador las enfermedades crónicas no trasmisibles representan un problema de salud pública, evitable, por ello se trabaja en prevención y tratamiento de las enfermedades, basados en la Constitución de la República que garantiza el ejercicio pleno del derecho ciudadano a la salud. En esta área el principal logro obtenido fue la versión avanzada del Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus Factores de Riesgo. Ecuador está participando<sup>129</sup> activamente en el análisis de las propuestas de resolución presentadas por los

---

<sup>129</sup> [HTTP://WWW.ELMERCURIO.COM.EC/280914-ECUADOR-PROPONE-BUEN-VI VI R-EN-ASAMBLEA-MUNDIAL-DE-LA-SALUD/#.VS4BG-9WVIU](http://www.elmercurio.com.ec/280914-ecuador-propone-buen-vivir-en-asamblea-mundial-de-la-salud/#.VS4BG-9WVIU)

estados miembros de la Organización Mundial de la Salud – OMS. Los lineamientos de Ecuador se inscriben en la política regional construida por UNASUR – Salud en este sentido indicó que las ECNT son cada vez más frecuentes y graves y que tienen una mayor tendencia al crecimiento en las poblaciones de los países pobres, generando un impacto mayor en el gasto en salud y escenarios de alta incertidumbre para la población que no dispone de un seguro de salud, aquellos que padecen escasos ingresos económicos y que se diagnostican tardíamente cuando ya han presentado complicaciones graves o discapacidades todo esto va ligado al envejecimiento de la población, cambios demográficos, alteración de los hábitos alimenticios, etc.

Entre las enfermedades más frecuentes están la obesidad, el consumo del tabaco, la afectación a la calidad de vida por la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, que afectan especialmente a la población más productiva. También destacó los avances en materia de políticas públicas para enfrentar estos nuevos perfiles epidemiológicos en Ecuador, entre los principales se destacan: Fortalecimiento de una unidad técnica y un plan de Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Inclusión específica de un componente de control de sobrepeso y obesidad en el Programa Nacional de Nutrición, políticas para control de alimentos y procesados.

Existen factores de riesgo modificables como la alimentación, el sedentarismo, sobrepeso, obesidad, consumo de sal, tabaco, alcohol, grasas saturadas y



azúcares; y no modificables como la herencia, genética, edad, sexo o etnia que influyen en la aparición de las enfermedades crónicas desde el proceso reproductivo hasta la muerte de la persona. De acuerdo a datos de la oficina<sup>130</sup> de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido desde 1994. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país. El Archipiélago de Galápagos le sigue en importancia y su incidencia es mayor en la mujer. En Ecuador de cada 10 muertes 6 corresponden a ENT.

---

<sup>130</sup> <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>

12. LOS DESAFÍOS ACTUALES DEL  
ECUADOR FRENTE A LA CRISIS MUNDIAL.

Las crisis han sido fenómenos constitutivos del sistema, en los últimos 200<sup>131</sup> años han existido 23 crisis económicas en los países llamados del primer mundo. La crisis actual no solo es financiera, ésta ha sido la última característica visible. La crisis mundial se evidencia con más fuerza a raíz de la crisis en los mercados financieros estadounidenses y ha contagiado a todo el mundo.

No obstante, este hecho no debe eclipsar la crisis que ha existido en Ecuador al menos en los casi últimos treinta años. No considerar este dato sería condenar al olvido a las desfavorables secuelas de las políticas económicas del Consenso de Washington, y por ende, no extraer las adecuadas conclusiones de los porqués y de las políticas que debió haber sido instrumentadas, y no lo fueron. Esta concentración de esfuerzos en el presente contexto internacional debe ir acompañada de una radiografía de los últimos años que nos permita conocer sobre qué tablero impacta la crisis, y qué soluciones ya fueron recetas fallidas.

El estudio de la CEPAL (2008), El Panorama Social de América Latina, muestra los siguientes resultados para el año 2006<sup>132</sup>, justo antes de la llegada de

---

<sup>131</sup> Ecuador frente a la crisis económica internacional: un reto de múltiples aristas: por Alberto Acosta Profesor e investigador de la FLACSO Alfredo Serrano Profesor visitante de la FLACSO .Pag. 5 – 10.  
[http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/polemika/Documents/polemika001/polemika001\\_005\\_articulo001.pdf](http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/polemika/Documents/polemika001/polemika001_005_articulo001.pdf)

<sup>132</sup> Ecuador frente a la crisis económica internacional: un reto de múltiples aristas: por Alberto Acosta Profesor e investigador de la FLACSO Alfredo Serrano Profesor visitante de la FLACSO .Pag. 5 – 10.  
[http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/polemika/Documents/polemika001/polemika001\\_005\\_articulo001.pdf](http://www.usfq.edu.ec/publicaciones/polemika/Documents/polemika001/polemika001_005_articulo001.pdf)

Rafael Correa a la Presidencia de la República, y antes que se viniera la crisis económica internacional:

- el índice de Gini para Ecuador en el año 2006 fue de 0,507,
- el 19,3% de la población poseía un ingreso inferior al 50% de la mediana,
- el 10% de la población más pobre solo disponía del 1,2% del total de ingresos,
- el decil más rico poseía 14,8% más de ingresos de lo que tenían los cuatro deciles más pobres, la tasa de pobreza y de indigencia eran de 36,8% y 13,6%, respectivamente.

En las décadas de los ochenta y noventa, el PIB per capital había caído en 14%. El PIB per capital en el año 1995 era menor que en 1980. El analfabetismo en el año 2000 era del 8,4% de la población mayor de 15 años, y por el contrario, el gasto público en educación era para ese mismo año del 1,5% del PIB (el más bajo de toda América Latina para ese año). La tasa de mortalidad para menores de 5 años para el año 2006 era de 24 por 1000 nacidos vivos. En cuanto al servicio de agua por tubería, para el año 2007, Ecuador tiene uno de los porcentajes más bajos de toda la región (73,7% para el total, y 33% para la población rural). ¿Quién podría decir que esto no es estar en una situación crítica?

Ante esa situación, Ecuador poseía un valor de su presión fiscal del 10,38%, muy por debajo del promedio para América latina (13,58%). Esto ha supuesto una importante limitación respecto al papel redistribuidor del Estado en las

últimas décadas. El gasto social en Ecuador para el año 2004 representaba solo el 6,6% del PIB, muy por debajo del que poseía en el año noventa (8%). Era el segundo porcentaje más bajo de toda América Latina, muy por debajo del valor promedio, 15,9% para el periodo 2004-2005. La función de redistribución del Estado brillaba por su ausencia más aún cuando el panorama al que se enfrentaba Ecuador no era nada alentador. Esta escueta mirada muestra un importante déficit del Buen Vivir en todos estos años previos a la actual crisis (y claramente podría ser acentuada por la misma). Esto sugiere que las soluciones deben basarse en la búsqueda de causas estructurales que han llevado a una situación como la que se presenta, más allá de las consecuencias directas de la crisis (que están íntimamente relacionadas con la otra). Prestar la atención en las causas y efectos de la actual crisis de manera exclusiva eclipsaría gran parte del problema sistémico en el que estamos envueltos.

## 13. CONCLUSIONES

1ª) Entre los años de 1992 y 2006, el sistema de salud del Ecuador se encontraba en un proceso de transición, la propuesta del gobierno actual se fundamenta en cinco ejes de reformas: la revolución constitucional y democrática; la revolución ética; la revolución económica y productiva; la revolución educativa y de salud; y la revolución por la dignidad, la soberanía y la integración latinoamericana. Entre los resultados logrados se destacan “la ampliación de la cobertura de salud, mejorando la gestión y calidad de la información para lograr una planificación territorial equitativa.

2ª) En el año 2007 el presupuesto bordeaba los 500 millones de dólares, mientras que en 2014 ascendió a 2.400 millones, recursos que han sido invertidos en una recuperación integral del sistema de salud Ecuatoriano. Entre 2014 y 2015 se invirtieron aproximadamente unos 4.800 millones en la infraestructura sanitaria y equipamiento médico, además de potenciar la formación de talento humano y cubrir la necesidad operativa del Ministerio, para ello más de 1.500 médicos salieron a otros países para especializarse de acuerdo a las necesidades del país, provocando un cambio significativo en el sistema de salud, con nuevos, hospitales, centros de salud con la última tecnología, así mismo con la meta de que todos los ecuatorianos tengan un servicio de salud. Desde el año 2011 hasta el 2014 se han terminado de construir 12 hospitales. Actualmente se encuentran en ejecución 29

hospitales, 7 centros de salud, y otras 72 unidades se encuentran en construcción. Hasta 2017 está planificada la edificación de 956 centros adicionales, en todos los rincones del país. Por primera vez los hospitales y centros de salud se encuentran ampliamente equipados con tecnología, medicinas y suministros suficientes, que facilitan el trabajo de los profesionales de la salud, y garantizan mayor precisión en el diagnóstico y tratamiento de las patologías.

3ª) Ecuador ha logrado cumplir con casi el 80% de las metas de los Objetivos del Milenio. Ello mediante una acción integral orientada a la reducción de inequidades durante el período de la Revolución Ciudadana, con avances significativos en el cumplimiento de los ODM, sobre todo en educación, salud y vivienda. La educación básica se ha universalizado y el país tiene ahora una tasa de asistencia neta del 95,6%, asimismo, con la fuerte inversión en salud, se redujo la mortalidad infantil de forma considerable (de 18,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 se redujo a 10,9 en 2010), lo cual ubica al Ecuador muy por debajo del promedio latinoamericano. En el mismo sector se priorizaron recursos económicos que permitieron prácticamente erradicar los casos de paludismo. entre 2003 y 2012, la pobreza se redujo en más del 50%, y se estima que para el 2017 la pobreza disminuya al 20% y la pobreza



extrema tuvo una disminución del 42%. y se aspira que para el año 2017, se reduzca 3%.

4ª) En el 2010, Cuba, Chile y Puerto Rico registran una esperanza de vida 79,3 años , seguido de Ecuador que registra una esperanza de vida de 75 años. En 2013 la esperanza de vida en Ecuador subió hasta llegar a 76,47 años, las mujeres con 79,40 años, mayor que la de los hombres que fue de 73,67 años. Ecuador mantiene el puesto 53 en el ranking de los 182 países que publican la Esperanza de vida. Esto quiere decir que los habitantes tienen una esperanza media-alta, en lo que respecta al resto de los países. Si miramos la evolución de la Esperanza de Vida en Ecuador en los últimos años, vemos que ha subido respecto a 2012 en el que fue de 76,19 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2003, en el que estaba en 74,24 años, y se estima que para el 2020 la esperanza de vida será de 77,3 años.

5ª) Los cambios sociales ocurridos en los últimos años en Ecuador, con la Revolución Ciudadana, han propiciado transformaciones radicales en el sistema de salud, destacándose el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que centra su acción no solo en el individuo sino también en la familia y en la comunidad, con un enfoque

predominante hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, logrando la equidad en la prestación de los servicios y el respeto a la interculturalidad.

6ª) El perfil epidemiológico en el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos. En el 2011, en el país se reportaron 65.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 5,01 muertes/1.000 habitantes. Según el INEC, 4.456 personas murieron en el 2011 a causa de diabetes mellitus, cuya tasa de mortalidad creció casi nueve puntos en cinco años. En el 2006, de cada cien mil habitantes 20,6 morían por esta enfermedad; en el 2011 de cada cien mil, fallecían 29,18. En ese mismo año hubo 4.381 muertes por enfermedades hipertensivas, con una tasa de 28,70 por cada cien mil personas.

En el 2013 las muertes por diabetes presentan un incremento de 240 casos, llegando a un total de 4.695 defunciones, y la hipertensión con un incremento de 192, arrojando un resultado de 4.189 casos de mortalidad. Según las estadísticas oficiales la principal causa de muerte en los hombres en el 2014 fue la de los accidentes de transporte terrestre con 2.469 casos registrados, mientras que en las mujeres la principal causa de defunción es la diabetes mellitus con 2.538 casos. Las enfermedades hipertensivas son la segunda causa de defunción para las mujeres y tercera para los hombres.

7ª) ACTUALMENTE EL SISTEMA DE SALUD ECUADOR apuesta por una fármaco-economía con la que espera reducir hasta en un 40 % su gasto público en medicinas. Este gasto ronda los 600 millones de dólares anuales. En el 2014 se ha logrado recortar en cerca de un 30% este gasto, con el objetivo de alcanzar el 40% entre 2015 y 2016. Para ello, desde hace un año se trabaja con empresas indias, cuyos medicamentos están avalados por sistemas de salud como los de la Unión Europea o Estados Unidos, para cerrar acuerdos que permitan distribuir genéricos en Ecuador.

La Ciudad del Conocimiento Yachay, en la provincia ecuatoriana de Imbabura, incluye siete plantas de producción de medicinas, cuya construcción ya ha comenzado y se espera concluir en un plazo de 18 a 24 meses, con una inversión cercana a los 200 millones de dólares. Además de genéricos, producirán medicamentos oncológicos, hormonales y biotecnología. Ecuador trabaja en promoción de la comercialización y en establecer un Cuadro de Medicamentos básicos, con garantía de calidad, e incentivos económicos a la oferta y demanda, y con un desarrollo de estrategias de aceptación entre los profesionales de la salud y la sociedad. Se promociona la prescripción por nombre genérico con diversas iniciativas en profesionales prescriptores, a dispensadores, y a consumidores, etc. para que los acepten.

8ª) El Plan Nacional de Desarrollo, denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013, es el instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública. El Buen Vivir forma parte de una larga búsqueda de modos, formas de vida que han impulsado los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social.

El Buen Vivir en Ecuador ha logrado algunos objetivos es decir se redujo el porcentaje de presupuesto destinado al pago de la deuda externa (24% en 2006 frente a 5,5% en 2012), para dirigirlo a inversión social; 1 millón 50 mil ecuatorianos (as) dejaron de ser pobres entre 2006 y 2012, Los niños y niñas van gratuitamente a la escuela, 450 mil niños, niñas y adolescentes dejaron de trabajar y se erradicó el trabajo infantil en basurales, minas y camales; 197 mil personas recibieron ayudas técnicas a través de la Misión Manuela Espejo. En 2012, el país registró un crecimiento de 4,8%, un porcentaje más alto que el promedio de la región (3,1%). Tenemos la tasa de desempleo más baja en la historia republicana del Ecuador y la más baja de Sudamérica (4,8), mejorando la cantidad y la calidad del empleo gracias al acceso a seguridad social. Se ha invertido en la Refinería del Pacífico y en nueve centrales hidroeléctricas, proyectos emblemáticos para alcanzar la soberanía energética.

“En 2016 seremos exportadores de electricidad”. Para profundizar estos cambios continuaran con el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 donde propone cerrar las brechas aún existentes para erradicar la pobreza, privilegiar el desarrollo integral de la niñez y avanzar con paso firme en la construcción de la sociedad del conocimiento.

## 14. BIBLIOGRAFÍA.

ATENCIÓN-PRIMARIA-DE-SALUD.

<http://www.slideshare.net/rruizdeadana/la-7596789>, 2011

AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL SE VOLVIÓ MÁS ATRACTIVA.

[HTTP://WWW.TELEGRAFO.COM.EC/ECONOMIA/MASOMENOS/ITEM/LA-FILIACION-A-LA-SEGURIDAD-SOCIAL-SE-VOLVIO-MAS-ATRACTIVA.HTML](http://www.telegrafo.com.ec/economia/masomenos/item/la-filiacion-a-la-seguridad-social-se-volvio-mas-atractiva.html). ,2013

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/modelo-de-atencio%cc%81n-integral-de-saludu-mais.pdf>.2012

ACCIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD

[http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810ec/sdocs/survey\\_report.pdf](http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810ec/sdocs/survey_report.pdf). ecuador ais – ecuador. 2008

AMAS DE CASA Y SEGURIDAD SOCIAL.

<http://www.elcomercio.com/actualidad/ama-casa-debe-pagar-45dolares.html>,2015

ANÁLISIS DE LA REALIDAD NACIONAL DEL ECUADOR.

<http://www.sicsal.net/asambleas/venezuela2006/informes/informeecuadorasambleasicsal1.html>, 2006.

BANCO MUNDIAL

<http://datos.bancomundial.org/indicador/ny.gdp.mktp.kd.zg>, 2010 - 2014.

BREVE ANÁLISIS HISTÓRICO Y CONTEMPORÁNEO DEL DESARROLLO  
ECONÓMICO DEL ECUADOR

<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/cau-a.htm>. 2007

CORREA ENTRA EN LA HISTORIA DE ECUADOR.

<http://www.eluniverso.com/2007/01/15/0001/8/e17ec4899c1c4c6c926a25c37652437f.html>, correa. 2007

CORREA ENTRA EN LA HISTORIA DE ECUADOR.

[http://es.wikipedia.org/wiki/rafael\\_correa](http://es.wikipedia.org/wiki/rafael_correa), 2013.

CIFRAS DE ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA.

<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ecv/>. 2015



CRONOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

<http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/cronologia-del-ministerio-de-salud-publica-48861.html>, 1992.

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD,  
ALMA-ATA

<http://www.inclusion-ia.org/espa%20norm/almaata-02-1.pdf>1978

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR.

<http://es.slideshare.net/fxer92ldu/constitucion-de-la-republica-del-ecuador-2008>

CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE  
OTTAWA HASTA HELSINKI .

<http://blogs.murciasalud.es/edusalud/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/2013>.

COBERTURA UNIVERSAL ES LA PROPUESTA OFICIAL

<http://www.ubicacuena.com/noticiaspais/noticia/249807>, 2013.

DATOS ESENCIALES DE SALUD.

<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads-datos-esenciales-de-salud-2000-2010>

DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL ECUADOR

[http://biblioteca.epn.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl.pl..1967-1995.](http://biblioteca.epn.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl.pl..1967-1995)

ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA. SALUD PÚBLICA , REVISTA CUBANA.

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28\\_1\\_02/spu07102.htm,200](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu07102.htm,200)

ECUADOR-DESARROLLARA-MEDICAMENTOS-GENERICOS-FARMACEUTICAS-INDIA

<http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2014/10/19/nota/4125861/>,2014

EL MERCADO FARMACÉUTICO EN EL ECUADOR DIAGNOSTICO Y PERSPECTIVA

<http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/articulos/elmercadofarmaceuticoenelecuadordidiagnosticoyperspectiva.pdf>,2014

ECONOMÍA DEL ECUADOR.

[http://es.wikipedia.org/wiki/econom%C3%ada\\_de\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/econom%C3%ada_de_ecuador),2015.

ESPERANZA DE VIDA .ECUADOR.

<http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>,2014.

ENCUESTA PARA ECUADOR

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual\\_mais-msp12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual_mais-msp12.12.12.pdf). 2012.

ECONOMÍA DEL PAIS.

<http://ecuanomica.blogspot.com/10/el-absurdo-sistema-de-salud-publica.html>. 2013.

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS.

[www.salud.gob.ec/wp-content/boletín-etes-ecuador](http://www.salud.gob.ec/wp-content/boletín-etes-ecuador),2014.

ECUADOR Y LOS OBJETIVOS DEL MILENIO.

[http://ecuadoruniversitario.com/noticias\\_destacadas/ecuador-esta-a-punto-de-alcanzar-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/](http://ecuadoruniversitario.com/noticias_destacadas/ecuador-esta-a-punto-de-alcanzar-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio/), 2013

ECUADOR SALUDABLE.

<http://www.salud.gob.ec/ecuador-saludable-voy-por-ti/>, 2013

EQUIDAD EN LA MIRADA.

<https://www.google.es/search?q=la+equidad+en+la+mirada&ei=ltzrvzxidohbu9gggkao.pdf>. 2008.

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA.

[http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-salud-publica\\_1.html.pdf](http://html.rincondelvago.com/historia-de-la-salud-publica_1.html.pdf). 1996.

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA.

<http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml#ixzz3zpzunriz>.  
estampar, andrija. ,1946.

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA

<http://www.monografias.com/trabajos88/salud-publica-historia-conceptos-derechos/salud-publica-historia-conceptos-derechos.shtml>. terris milton, 1990.

HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR. PROYECTO Y ANÁLISIS. <http://www.msp.gob.ec/index.php/historia/historia-del-ministerio-de-salud-publica.html>. 2010.

HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

<http://www.msp.gob.ec/index.php/historia/historia-del-ministerio-de-salud-publica.html>, 2006.

HUMANIDADES MÉDICAS. LA SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

<http://scielo.sld.cu/scielo...> 2002

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1315-85972007000100003&lng=en&nrm](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1315-85972007000100003&lng=en&nrm), 2007

[http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/08/110812\\_ecuador\\_licor\\_consumo\\_alcohol\\_costos\\_cch.shtml](http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/08/110812_ecuador_licor_consumo_alcohol_costos_cch.shtml),2010

[http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador),2000

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/margarita%20velasco.pdf>, 2002 – 2005.

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/margarita%20velasco.pdf>,2002

[http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-ies\\_0\\_892110853.html](http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-ies_0_892110853.html). 2013.

[http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador),2001

<https://www.healthresearchweb.org/files/ecuador.pdf>,2001

[http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-ies\\_0\\_892110853.html](http://www.elcomercio.com.ec/politica/cobertura-universal-reforma-politica-ies_0_892110853.html). publicado el /2013.

<http://www.scielosp.org/scielo.php=s0864-34662010000400014&script=>

sci\_arttext.rev.cub.salud pública vol.36 n.4 la habana dec. 2010.

<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38050770>,  
2007.

<http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-presenta-primerainvestigacion-condiciones-vida-gbti.html>, 2013.

<http://contenido.bce.fin.ec/documentos/publicacionesnotas/catalogo/notastecnicas/nota48.pdf>, 1972.

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-spanish.pdf> ,2013

<http://contenido.bce.fin.ec/documentos/publicacionesnotas/catalogo/memoria/3situacion%20macroeconomica.pdf>, 2006

[http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002621](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002621), 2013

MEDICAMENTOS BÁSICOS.

[http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1011%3apresentacion-cuadro-nacional-medicamentos-basicos-cnmb-&itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1011%3apresentacion-cuadro-nacional-medicamentos-basicos-cnmb-&itemid=360), 2013

LA AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL SE VOLVIÓ MÁS ATRACTIVA.

<http://www.telegrafo.com.ec/economia/masgmenos/item/la-filiacion-a-la-seguridad-social-se-volvio-mas-atractiva.html>, 2013

INDICADORES BÁSICOS DE SALUD

[http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi\\_bs\\_%202011.pdf](http://www2.paho.org/ecu/dmdocuments/indi_bs_%202011.pdf). 2012.

LA REFORMA Y REESTRUCTURACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

<http://www.who.int/about/es/index.html-oms>, 2008

LA RECONSTRUCCIÓN NEOLIBERAL DE ECUADOR.

[http://www.uasb.edu.ec/index\\_publicacion.php?cd](http://www.uasb.edu.ec/index_publicacion.php?cd), 1984 - 1988

MINISTERIO DE SALUD DE ECUADOR.

<http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/2013>.

MINISTERIO DE SALUD DE ECUADOR.

<http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/mayo>, 2012.



MEDICAMENTOS

[http://es.wikipedia.org/wiki/medicamento\\_gen%C3%A9rico](http://es.wikipedia.org/wiki/medicamento_gen%C3%A9rico), 2008.

MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – MAIS.

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual\\_mais-msp12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/manual_mais-msp12.12.12.pdf), 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS

[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf): 2006

POBLACIÓN DE ECUADOR.

<http://countrymeters.info/es/ecuador>, 2015

PSICOLOGÍA Y EL CONCEPTO DE SALUD

[http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=264:un-recorrido-sobre-el-concepto-de-salud](http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=264:un-recorrido-sobre-el-concepto-de-salud), 2011

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR..

<http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads.pdf>. 2013

PLAN DE GOBIERNO DEL BINOMIO RAFAEL CORREA - LENÍN MORENO  
GARCÉS

<http://www.ecuaworld.com/ecuablog/index.php?itemid=..>,2007 - 2011.

POLÍTICA DEL GOBIERNO / POLÍTICA

[http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador),2005

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

<http://es.scribd.com/doc/37308555/resumen-plan-nacional-de-desarrollo-2009-2013>

PROYECCIONES DE POBLACIÓN

[.http://repositorio.cepal.org/handle/11362/80051950](http://repositorio.cepal.org/handle/11362/80051950)-2025.

PROMOCIÓN DE LA SALUD, UNA NUEVA CULTURA.

[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_una\\_nueva\\_.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_.pdf), 2002 - 2007

PROFESIONALES-DE-LA-SALUD.

<http://www.salud.gob.ec/transformacion-de-infraestructura-y-equipamiento-atrae-a-profesionales-de-la-salud/>,2014

PROMOCIÓN DE SALUD EN ECUADOR

<http://promosaludecuador.blogspot.com/2010/12/la-promocion-de-la-salud-en-el-ecuador.html>, 2010.

PRODUCCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS PARA EXPORTACIÓN

<https://www.flacso.edu.ec/portal/pntemp/pagemaster/s6vbaqytnbmqj5yec4c57yz83byz62.pdf>, 2013

PERFIL DE POBLACIÓN DE ECUADOR.

[http://www.indexmundi.com/es/ecuador/poblacion\\_perfil.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/poblacion_perfil.html). 2003.

SALUD PÚBLICA.

<https://www.google.es/1920+definición+salud+winslw>, 1920.

SALUD EN ECUADOR POLÍTICAS DE GOBIERNO.

[http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador). 2002

SALUD PÚBLICA ¿QUÉ ES Y QUÉ HACE?

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>. 2007.

SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

<http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2002/n5/pdf/hmc030202.pdf>, 2002

SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

<http://www.redalyc.org/pdf/737/73722545012.pdf>.: .2012.

SISTEMA-SALUD-ECUADOR .ANDES.

<http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.html>. 2013.

SALUD EN ECUADOR

[http://es.wikipedia.org/wiki/salud\\_en\\_el\\_ecuador](http://es.wikipedia.org/wiki/salud_en_el_ecuador), 2002.

SITUACIÓN ECONOMICA.

<http://www2.ucsg.edu.ec/dmdocuments/medicina-situacion-economica-148-152.pdf>, 2002

SISTEMAS DE SALUD EN ECUADOR,

[www.paho.org/ecu/index.php?gid=74&option=com\\_docman,perfil](http://www.paho.org/ecu/index.php?gid=74&option=com_docman,perfil)

SALUD PÚBLICA EN ECUADOR DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

<https://www.google.es/search?q=la+equida+en+la+mira&ei=Itzrvzxidohbu9gggkao>.pdf. 2008.



