

Análisis de las políticas públicas implementadas en los últimos 20 años en Ecuador y su influencia en los indicadores de salud

Andrea Cantos Martínez
Santiago Andrés Ullauri Betancourt

Análisis de las políticas públicas implementadas en los últimos 20 años en Ecuador y su influencia en los indicadores de salud

Andrea Cantos Martínez
Santiago Andrés Ullauri Betancourt

Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica del mismo.

© Publicaciones Editorial Grupo Compás
Guayaquil - Ecuador
compasacademico@icloud.com
<https://repositorio.grupocompas.com>



Cantos, A., Ullauri, S. (2022) Análisis de las políticas públicas implementadas en los últimos 20 años en Ecuador y su influencia en los indicadores de salud. Editorial Grupo Compás

© Andrea Cantos Martínez
Santiago Andrés Ullauri Betancourt

ISBN: 978-9942-33-646-0

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Índice

Introducción	4
Antecedentes	7
Planteamiento del Problema.....	9
Sistema Nacional de Salud en el Ecuador.....	17
Políticas Públicas de Salud en el Ecuador	19
Promoción y Prevención	21
Indicadores Básicos de Salud.....	22
Esperanza de Vida al Nacer.....	23
Tasa de Mortalidad General e Infantil.....	24
Principales Enfermedades en el Ecuador	26
Enfermedades del Sistema Respiratorio	26
Enfermedades del Sistema Digestivo.....	26
Enfermedades del Sistema Cardiocirculatorio	27
Egresos y Morbilidad infantil.....	27
La Gobernanza para la Salud	28
Presupuesto Asignado a la Salud	29
Esperanza de Vida al Nacer.....	36
Tasa de Mortalidad en Ecuador	37
Tipos de Aseguramiento.....	42
Población con Discapacidad.....	44
Principales Causas de Muerte en Ecuador (2000 – 2010)	45
Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Mujeres en Edad Reproductiva, entre el 2000 y el 2011	46

Razón de Mortalidad Materna entre el 2002 y el 2011.....	48
Tasa de médico (Público y Privado) por cada 10 000 Habitantes por Provincias	49
Proyección de Crecimiento de la Población Ecuatoriana para el 2020.....	49
Población por Grupos de Edad (hasta el 2010)	51
Revisión de Nuevas Políticas Públicas en el Sector de la Salud, a Partir del 2010	51
Provisión de los Servicios Hospitalarios.....	53
Políticas Públicas Aplicadas al Personal Sanitario	56
Acceso y Disponibilidad de Medicamentos	57
Políticas Públicas de Financiamiento para el Sector de la Salud en Ecuador.....	58
Temas de Discusión Dentro del Sector de la Salud en Ecuador.....	60
Referencias	64

Introducción

La salud no solo en el Ecuador, sino a nivel general, es considerada uno de los factores más importantes para el bienestar social y común de un país; es por eso por lo que es necesario aplicar medidas que ayuden a generar el mayor beneficio para los ciudadanos en ese sector, teniendo en cuenta el presupuesto, la voluntad política y la capacidad institucional para dirigirlos a la promoción de la salud y a la protección sanitaria, que corresponde brindar a los ciudadanos. Debido a lo anterior, es preciso realizar un análisis de los factores que intervienen en la salud pública, para establecer políticas acordes a las necesidades de cada país y que así, estas tengan una repercusión positiva, que se refleje en los indicadores de salud.

Las políticas públicas son un mecanismo o herramienta que permite al Estado disminuir los problemas sociales de forma colectiva; estas se establecen de acuerdo con las necesidades de cada país y tienen el objetivo de generar bienestar social. Las políticas sanitarias se desarrollan en la planeación sanitaria, hecha por parte del ente rector de la salud en el Ecuador, que es el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con estas, se quiere garantizar salud a todos los ecuatorianos, dado que en la Constitución se establece, en el artículo 32, que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad,

solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Tribunal Supremo Electoral, 2008, p. 17)

Teniendo en cuenta lo anterior, el Estado ecuatoriano es responsable de la salud de todos los habitantes sin distinción y sin discriminación y debido a esto, se han implementado medidas que ayudan a la promoción y a la prevención de la salud, para procurar, también, que todo ciudadano cuente con un fácil acceso al sistema sanitario, por medio de un servicio de calidad que tiene la finalidad de detectar las principales patologías identificadas en los indicadores de salud y que, por tanto, estas cifras se modifiquen de forma positiva y que haya un beneficio para las personas.

En el 2016, Ecuador recibió un reconocimiento por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a la implementación de las políticas sanitarias y los resultados obtenidos, gracias a las diferentes medidas tomadas por parte del gobierno en ciertos puntos; teniendo en cuenta esto como ejemplo, es posible decir que es preciso el análisis de las necesidades de los ciudadanos para poder implementar políticas sanitarias, que reflejen un buen resultado al mejorar el bienestar de los ecuatorianos y, más que nada, al respetar los derechos establecidos en la Constitución (Mosquera, 2016).

Al finalizar 1996, el Ecuador afrontaba un periodo de inestabilidad democrática, que tuvo una duración de 10 años y en el que el sector de la salud se vio afectado, lo que dio origen a problemáticas, como el deterioro de las infraestructuras y los equipos médicos, debido a la falta de inversión, a la mala calidad del servicio y a la implementación del mecanismo denominado autogestión, mediante el que se hacía un cobro directo de los servicios al usuario; la consecuencia de todo esto fue la reducción del presupuesto destinado a la salud, lo que, por supuesto, generó al aumento del gasto de bolsillo al ciudadano y, por tanto, hubo una afectación de la población más pobre del país. (Malo y Malo, 2014) citados por (Cantos, 2020, p. 17)

Teniendo en cuenta lo expuesto, el presente trabajo final de máster realizó un análisis de las políticas públicas implementadas los últimos 20 años en el Ecuador y cómo influenciaron en los indicadores de salud en los años correspondientes. Este se desarrolló en cuatro partes: en la primera parte se presentaron los antecedentes, la formulación del problema, la justificación y los objetivos de la investigación; en la segunda parte se realizó la fundamentación teórica en materia sanitaria, presentada en el país a lo largo de los últimos años; en la tercera parte se explicó la metodología aplicada en el análisis descriptivo. Finalmente, de acuerdo con el análisis realizado, se elaboraron las conclusiones y las recomendaciones que se deberían tomar en cuenta para que haya un impacto positivo en los indicadores de salud, mediante políticas sanitarias.

Antecedentes

En las últimas décadas, las reformas sanitarias generaron grandes cambios en los sistemas de salud y en las políticas relacionadas con este sector; además, las estrategias de formulación, implementación y evaluación utilizadas en la actualidad permiten visualizar, de forma profunda, todos los aspectos que intervienen en las políticas públicas.

Por su parte, las políticas sanitarias son fundamentales para regular la salud de los habitantes de un país, por eso, en 1978 se estableció la frase “salud para todos”, en una reunión de la OMS; sin embargo, en ese entonces, no se tenía claro cómo llevarlo a cabo, pero se sabía que, sin duda, esto implicaría una mejora de la calidad de vida de los individuos, gracias a una salud universal y equitativa. Por tanto, hablar de salud pública no significa, únicamente, hacer referencia a los servicios de salud, sino que también implica hacer cambios en las políticas sociales y económicas, dado que la salud es un componente importante del bienestar (Montes, 2015).

A fines de 1996, Ecuador vivió un período de 10 años de inestabilidad democrática, durante el cual los servicios de salud se vieron gravemente afectados, lo que generó problemas como cortes de infraestructura y equipos médicos, por falta de inversión, la mala calidad del servicio y la implementación de un mecanismo denominado autogobierno, donde se le cobraba directamente al usuario, los servicios, debido a los recortes presupuestarios, lo que se tradujo en un aumento de los costos, lo afectó, directamente, a la población más pobre (Malo-Serrano y Malo-Corral, 2014).

La nueva carta magna elaborada en 1998 proponía al Estado como el garante de la salud y de los demás derechos, como los principios de equidad, calidad, eficiencia, solidaridad y universalidad. En el 2001 se establecieron las normas correspondientes a la seguridad social del país y se especificó quiénes estaban sujetos a protección y los recursos con los que

este se financiaría; además, este sistema de salud estaba conformado por la Seguridad Social General, la Seguridad Social del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y las Unidades Médicas Prestadoras de Salud.

Por su parte, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizó un préstamo de 90 millones a Ecuador, para promover el Proyecto de Aseguramiento Universal de Salud, con el objetivo de que la atención fuera equitativa y acorde a las necesidades en los diferentes lugares del país.

Por otro lado, en el 2008, con la creación de la nueva Constitución no solo se estableció el derecho a la salud, sino que también se involucraban diferentes aspectos sociales como la educación, el trabajo, la seguridad, etc. Por tanto, la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de la Salud inició la reestructuración del Sistema Nacional de Salud, por medio de la cual se estableció que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud y es la vía directa de promoción y prevención de enfermedades; por su parte, el mayor cambio del sistema fue la descentralización que favoreció al acceso a los servicios (Jiménez-Barbosa et al., 2017).

Planteamiento del Problema

En Ecuador se presentaron diferentes cambios en materia política y en 2008, se hizo una reestructuración completa del sistema sanitario, lo que produjo un cambio de enfoque a un sistema de salud preventivo; además, se establecieron políticas sanitarias para fomentar el fácil acceso al primer nivel de atención. Sin embargo, es importante cuestionar si verdaderamente las políticas implementadas tuvieron influencia en los indicadores de salud.

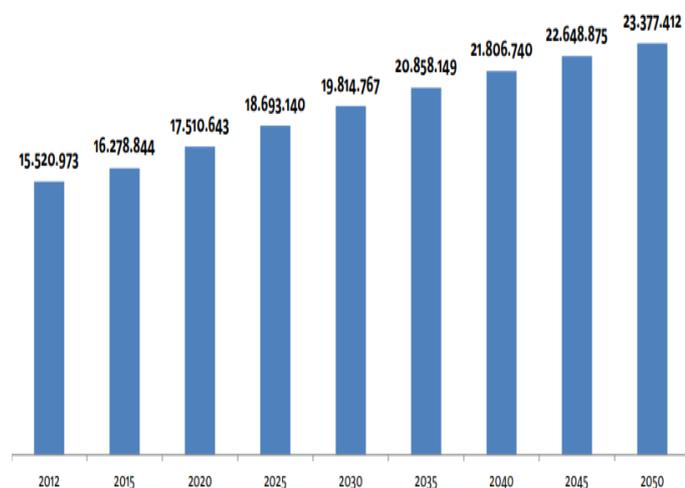
La presente investigación abordó las políticas públicas implementadas en los últimos 20 años por el gobierno ecuatoriano y la evolución que estas ocasionaron en los indicadores de salud. Es posible decir que, en el país, se analiza cada año el presupuesto general del Estado y, a su vez, este se enfoca en destinar los fondos a las distintas áreas que requiere cada sector, para atender las prioridades establecidas por el gobierno de turno, sobre el cuidado del pueblo.

Se podría decir que el gasto público se enfoca en áreas como la salud, los programas sociales, la educación y entre otros, pero la eficiencia de destinar dichos fondos dependerá tanto de las administraciones de turno como del sector al que va enfocado. Sin embargo, esta eficiencia se determina en cuanto a la mejora de los indicadores del sector, lo que, además, permite conocer si, en realidad, se cumple con las necesidades de la población. Por su lado, el sistema de salud ecuatoriano se caracterizó por estar segmentado, tener procesos centralizados y desarticulados en el abastecimiento de servicios de salud; sin embargo, la evidencia, a lo largo del tiempo, enseñó que este tipo de sistemas, generan la congestión de las unidades hospitalarias y la producen la imposibilidad de que la ciudadanía tenga una atención digna. Así, las políticas públicas de los gobiernos antiguos desarticulaban la institucionalidad de la salud, disminuían la capacidad de control y debilitaban la autoridad del organismo rector de salud en el país. Por tanto, es importante conocer la implementación, para poder observar, de manera descriptiva, cómo las políticas públicas

impactaron en los indicadores de salud. La Constitución ecuatoriana, en su Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013 y la agenda social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, fueron los principales instrumentos normativos que guiaron la construcción de un nuevo modelo para fortalecer el sistema de salud (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2009). En la actualidad, el principal problema que presenta el MSP es la falta de cobertura, puesto que no alcanza a cubrir la demanda existente a nivel nacional, asunto que es generado, en especial, por la poca capacidad física y la falta de talento humano. Este problema ha perdurado por más de 20 años y, aunque, por ejemplo, en el gobierno de Rafael Correa se realizaron algunas obras por temas de salud, la población se ha incrementado y, en el presente, hay alrededor de 17 millones de habitantes, lo que genera una deuda social del Estado con los ciudadanos. A continuación, en la Figura 1, se presentó una proyección de la población nacional del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2010).

Figura 1

Proyección de la población nacional



Nota. Tomado de *Estimaciones de proyecciones de población*, por INEC, 2010

Si bien es cierto el Ministerio de Salud ha pasado por una reestructuración completa, lo que ha generado la creación de Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales, el problema de eficiencia no se ha terminado, justamente por la mala asignación y distribución de los recursos presupuestarios. (Egas, 2013, p. 9) Por tanto, con esta investigación se trató de analizar las políticas públicas implementadas y su influencia en los indicadores de salud, por medio de la visualización, de manera descriptiva, de si se han implementado políticas que mejoren o disminuyan los indicadores de salud.

Además, aunque este ministerio es el ente rector en materia de salud, no es el único organismo que ofrece servicios, por lo que también fue necesario analizar la parte privada para tener un enfoque del segmento de la población, atendido por dichas instituciones. En Ecuador, el sistema de salud pública es financiado a través del Estado, con un doble aporte hecho por el gobierno central y por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). El gobierno central consigue sus fondos mediante impuestos para el gasto permanente, ingresos petroleros y una deuda para la infraestructura; mientras que, por otro lado, el IESS lo hace con las contribuciones patronales. Según Borrero (2011) en la práctica, el Estado considera que la salud es un derecho humano de carácter prioritario y que mejora las condiciones de vida para que la población disfrute de este servicio en su totalidad, según las necesidades que requiera.

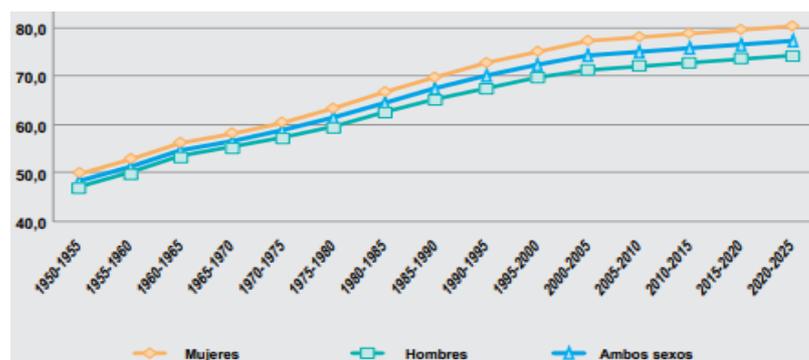
Por otro lado, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012), en Ecuador, entre 1990 y el 2010, la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años era de 20 por cada 1000 nacidos vivos, una cifra superior a la del promedio regional (18 por cada 1000 nacidos vivos). Los dos países de la región con menor probabilidad de morir antes de los cinco años eran Canadá y Cuba, con seis por cada 1000 nacidos, seguidos de Estados Unidos. Con respecto a la mortalidad materna, entre 1990 y el 2010, en Ecuador hubo 110 muertes maternas por cada 100

000 nacidos vivos y el promedio regional era de 63, lo que ubicó al país con cifras mayores a las de Bolivia, Haití y Guatemala.

Las condiciones sanitarias del país son aceptables en las ciudades grandes, pero muy deficientes en zonas rurales. 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 a nivel cantonal y provincial. Se estima que en el medio rural existen menos de 2 médicos titulados por cada 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural. (Fundación IO, s.f., párr. 1)

A continuación, se presentó la evolución del indicador de esperanza de vida según el INEC (2010):

Figura 2
Esperanza de vida



Nota. Tomado de *Estimaciones de proyecciones de población*, por INEC, 2010

Con lo antes mencionado, fue posible analizar cómo las distintas políticas públicas de Ecuador, a través del tiempo, han influido en los indicadores de salud. Para esto, también fue importante resaltar que el país tuvo abundancia cuando se incrementó el precio del petróleo, pero hoy en día está en un estado de recesión y austeridad, debido a la pandemia y a catástrofes, como el terremoto de Manabí y, por tanto, se ve en la obligación de disminuir sus deudas internas. Teniendo en cuenta lo anterior, la problemática se centra en que, a pesar de que se han

implementado políticas enfocadas en mejorar la salud de los ciudadanos, siguen existiendo indicadores de salud negativos y, por tanto, es importante hacer un estudio de la relación que tienen los indicadores con las políticas aplicadas, en el que, además, haya un análisis del tipo de sociedad y del rol del Estado para entender si las políticas aplicadas han incrementado los problemas del sector salud. Las políticas sanitarias son fundamentales para garantizar la salud; por eso es necesario el estudio de la relación que tienen los indicadores con las políticas aplicadas. Además, son necesarias para responder a las necesidades, disminuir riesgos, prevenir enfermedades y reducir la exclusión en la sociedad; asimismo, es importante que cada política se apegue al compromiso asumido por el Estado y por los actores que intervienen en la salud del país, por medio de la formulación e implantación de normas acordes a las necesidades actuales de la sociedad.

Anteriormente la salud pública estaba enfocada en un sistema curativo en donde el objetivo principal era la cura de las enfermedades, lo que ha cambiado, en el caso de Ecuador, fue que en el 2008 se estableció que la salud tendría un enfoque preventivo, puesto que era indispensable proteger la salud, incluso antes de que se presentara la enfermedad. Debido a lo anterior, son aún más importantes las políticas que se establecen, puesto que ayudan a restringir ciertos peligros que puedan afectar, negativamente, a los indicadores de salud y, por ende, a la sociedad en general.

Por tanto, la investigación se enfocó en la necesidad de visualizar la evolución de los indicadores de salud mediante las políticas públicas implementadas en los últimos 20 años. Por otro lado, la asignación de fondos al sector de la salud pública ecuatoriana por parte del Estado, mediante el presupuesto general, tiene el objetivo de resolver las demoras de atención a los ciudadanos, la demanda excesiva de pacientes y los temas de infraestructura y capital humano; por lo cual, se buscó demostrar si el aumento o

disminución de esta asignación económica se reflejaba en los índices de esperanza de vida en la población del país.

Además, se pretendió reflejar la evolución histórica de los planes de desarrollo, mediante la política pública implementada a lo largo del tiempo y observar en qué porcentaje ha influenciado a los indicadores de salud. De la misma forma, se quiso poder identificar ciertos aspectos, como, por ejemplo, que el hecho de tener políticas económicas que mejoren los indicadores, no implica un crecimiento económico.

Asimismo, en relación con la población económicamente activa, la sociedad ecuatoriana espera y desea conocer la situación actual del sistema de salud pública y así poder entender cómo se manejan los recursos asignados, además, de la capacidad que tiene el sector, en cuanto a la cobertura de las necesidades de la población y, en adición, dar posibles respuestas a las congestiones para solicitar una cita médica, en los diferentes distritos o centros de salud. Por tanto, se trató de mostrar si los recursos destinados mediante las distintas políticas públicas resuelven las necesidades de las poblaciones o si, por lo menos, cubren a la mayor parte de la población vulnerable.

Por su lado, según Andrade (2014), a lo largo del tiempo, el sector de la salud ecuatoriano ha mostrado graves problemas de inclusión y equidad, debido a las bajas asignaciones de fondos por parte del gobierno central. En su gran mayoría, se ha evidenciado que los recursos destinados no cubren los requerimientos de infraestructura, capital humano e insumos médicos, los cuales son necesarios en los distintos distritos o centros de salud pública. De la misma forma, la mala administración de los recursos públicos ha generado un servicio de salud ineficiente y de baja calidad, lo que causa barreras de acceso en la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

A pesar de lo anterior, las inversiones al sistema de salud se han incrementado a lo largo del tiempo, debido a las necesidades de la población. Esto ha causado una mayor concentración dichos fondos en el sector, aunque aún existen problemas de déficit por

la falta de organización y por el poco el acceso equitativo; debido a lo anterior, muchos ecuatorianos se sienten decepcionados con la baja calidad de atención en los distintos centros de salud.

Por otro lado, se puede mencionar que en el 2000 se tenía un presupuesto anual de 115 500 000 de dólares y, en el 2010, se llegó a 1 244 000 000 de dólares, incremento producido por el alza del precio del petróleo. Teniendo en consideración otros aspectos, en la actualidad existen nuevos hospitales, que cuentan con casi 500 camas cada uno, pero aun así, estos lugares siguen siendo ineficientes; por tanto, podría pensarse que las políticas públicas aplicadas no fueron focalizadas de la mejor manera y que, además, las administraciones de turno gastaron los fondos en otros rubros innecesarios.

Debido a lo anterior, es importante resaltar que, en Ecuador, el gobierno central es el principal garante de la salud de toda la población; por ello es importante mencionar cuál ha sido la evolución de los recursos y cómo se ha incrementado el presupuesto con el objetivo de cubrir las necesidades de salud y así, poder determinar la importancia del buen vivir de la sociedad ecuatoriana según la OMS (2012).

Para un mejor entendimiento se debió tener presente un análisis de los factores económicos que dan ingresos a las arcas del Estado, entre los que se contemplaron los ingresos por distintos impuestos, puesto que al tener una recaudación de mayores impuestos, se podrá realizar una mayor inversión al sistema de salud y mejorar los indicadores de este sector; al mismo tiempo se mejorará el estado de vida y habrá mejores inversiones en educación, en los servicios públicos y en la limpieza ambiental. Por otro lado, la investigación también trató algunos aspectos importantes como, por ejemplo, las condiciones del sistema de salud y los indicadores de salud básicos del Ecuador, entre los que se incluyó la estructura y la cobertura, el origen destinado de fondos, los recursos materiales y físicos, los conocimientos médicos disponibles, las normas que maneja el MSP y las

actualizaciones en innovación, que emplea el servicio ecuatoriano.

Además, también se tuvo en cuenta que la Constitución Política del 2008 indicó lo siguiente.

La cobertura de salud es un derecho que debe garantizar el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el agua, la alimentación, la nutrición, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros aspectos que sustenten 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. (Tribunal Supremo Electoral, 2008, p. 17)

También se puede decir que el presente trabajo es importante, porque permitió visualizar las políticas públicas implementadas en el Ecuador y cómo estas influyen, de manera positiva y eficiente, en la mejora de las condiciones de vida de la población, dado que, al poseer una cultura sanitaria, se genera un país atractivo para visitar y a su vez es una atracción para los turistas. Además, el poseer una población sana produce personas más productivas y hay una disminución de los índices de ausentismo laboral y, por tanto, se logra un crecimiento en la economía del país.

Por otro lado, según Balaguer (2007), es posible decir que el mejoramiento de las condiciones de salud se logra por medio del crecimiento y de la innovación de la tecnología médica de la actualidad; sin embargo, también consideró que la familia es un eje primordial que brinda apoyo. Asimismo indicó que, con el fin de mejorar los indicadores de salud del Ecuador, es necesario que haya un cambio de mentalidad de los distintos sectores, como, por

ejemplo, modificar ciertas prácticas religiosas y ancestrales que se daban en tiempos antiguos.

Por su parte, la teoría keynesiana mencionó que la intervención del Estado, por lo regular, sí genera beneficios a la sociedad, puesto que los mercados no trabajan por sí solos de manera adecuada, dado que al haber una intervención de estos, se distorsionan los incentivos y, a su vez, se generan fallos; sin embargo, según Pérez (2012), las políticas públicas correctas, implementadas junto con la correcta participación del mercado, podrá mejorar los beneficios de la sociedad y, a su vez, las condiciones de vida de los habitantes.

Por su parte, el MSP, en el campo de la investigación en el sector de la salud, utilizó las recomendaciones de la OPS y de la OMS, así como los objetivos y metas del Milenio, como un compromiso que tiene con el pueblo ecuatoriano (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], s.f).

Sistema Nacional de Salud en el Ecuador

En el país, la salud es entendida como uno de los derechos fundamentales de los ecuatorianos, dado que es considerada indispensable en el progreso y productividad del país. El modelo integrado de salud estableció un tipo de atención que tiene en cuenta, en primer lugar, la atención esencial y que tiene una orientación hacia el cuidado y la prevención con el objetivo de poner fin al sistema que se ejecutaba con anterioridad. El sistema de salud ecuatoriano incluye los sectores estatal y particular. El sector particular está formado por empresas con fines de lucro que son las clínicas, los dispensarios, los hospitales, las farmacias y las compañías no lucrativas que prestan servicios sociales a la sociedad civil; el sector estatal, por su parte, está formado, principalmente, por el MSP, que es el ente rector de la salud, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el ISSFA, el ISSPOL y el IESS (Lucio et al., 2011).

En Ecuador, el modelo de salud ha tenido diversas modificaciones debido a los cambios económicos y a los múltiples desarrollos producidos por las reformas constitucionales. En el 2008, el artículo 34 de la Constitución reformada, afirmó que la seguridad social era un derecho inalienable para los ciudadanos del país y que, por tanto, era indispensable satisfacer las necesidades de la sociedad.

En pleno siglo XXI, los procesos de globalización han tomado gran importancia dentro de sectores que influyen en el desarrollo humanitario. La nueva cultura de la época digital y la tecnología ha obligado a implementar ajustes y cambios en las operaciones de la salud, por medio de innovadores estudios, proyectos y la introducción de nuevos sistemas provenientes de lugares muy avanzados a nivel de salud, lo que da lugar a nuevas tendencias en estas áreas, seguros de calidad y cuidados de la gente.

De acuerdo con la OMS, un sistema de salud, independientemente del país, es un conjunto de entidades formado por personas, compañías y actividades cuyo propósito principal es proteger, cuidar y mejorar la salud. Ahora, en relación con la salud en Ecuador, se reconocen ciertos aciertos y desaciertos que los gobiernos han tenido y así, se pudo entender, los cambios que el país ha experimentado en su modelo de salud, por medio de la reforma constitucional, que puso el objetivo de asegurar este derecho a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.

La Constitución del 2008 convirtió al Estado en la entidad que garantiza el derecho a la salud, por medio de normas, modelos y programas con el objetivo de proveer servicios de cuidado integral. El modelo de atención en salud fue diseñado como un sistema fundamental para reorganizar el sistema de salud estatal; por su parte, el MSP estableció servicios médicos gratuitos para todos los usuarios; por tanto, sin lugar a duda, este sistema de salud se vio mejorado con los cambios, por medio de las ayudas

políticas y así, se pudo centrar en priorizar la salud como un derecho fundamental (Espinosa et al., 2017).

Por su parte, este modelo de salud estuvo formado por dos sectores diferentes, el estatal y el particular. El primero trabaja por medio del MSP, el IESS, el MIES, y otras instituciones; por su lado, en el particular operan instituciones relacionadas con la medicina prepagada; debido a sus costos, solo el 3 % de la población accede a este; por tanto, se puede afirmar que, en Ecuador, muy pocas personas tienen un seguro privado de salud, con el que pueden recibir tratos y atenciones especiales.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pudo observar que hay una desigualdad entre el sector estatal y el sector privado o particular, dado que hay una mejor atención en este último, pero la mayoría de los ciudadanos no tienen la posibilidad de acceder a él, debido a la falta de recursos. Debido a esto, las políticas públicas son indispensables dentro del área de la salud, puesto que afecta, de manera directa o indirecta, muchos aspectos de la vida cotidiana.

Políticas Públicas de Salud en el Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador no solo proclamó la salud como uno de los derechos fundamentales de los ecuatorianos, sino que también reafirmó la responsabilidad del Estado de velar por la salud en el país. Durante la década de 1990, las políticas neoliberales se deterioraron, seguidas por la inestabilidad política y democrática en el año 2000, que condujo a importantes recortes presupuestarios en salud y a la falta de inversión en personal capacitado, infraestructura y equipos, lo que resultó en una atención médica de mala calidad y bajos servicios proporcionados por el gobierno.

Lo anterior incrementó el gasto familiar e impactó, severamente, a las poblaciones más vulnerables y pobres. La clave era hacer esfuerzos en el lado tributario, para reducir las deficiencias de calidad y asequibilidad, además de restaurar la gobernabilidad en

el sector de la salud a través de reformas regulatorias, para empoderar al MSP (Malo-Serrano y Malo-Corral, 2014).

Si se quiere lograr un desarrollo en la economía y crear beneficios para las personas, es importante implementar políticas públicas que conduzcan al avance de la sociedad y al mejoramiento de la salud, dado que este es un factor relevante para la producción y economía del país; por tanto, las políticas de salud pública son importantes porque, directa o indirectamente, influyen en los factores de bienestar y ayudan a limitar comportamientos potencialmente riesgosos o, por el contrario, fomentan comportamientos beneficiosos al proteger los derechos definidos por las normas nacionales e internacionales.

En cuando a la definición de las políticas públicas, estas son variables; sin embargo, teniendo en cuenta la posición de las ciencias sociales, estas hacen referencia a un grupo de actividades encaminadas a resolver inconvenientes específicos (Ferriol et al., 2002). De acuerdo con esto, puede decirse que toda política de gobierno apunta a intervenir en las necesidades y problemas que se presentan en la sociedad, con el único propósito de incidir en cambios positivos importantes.

Cuando Rafael Correa llegó al poder en 2008, se implementaron una serie de reformas incrementales para eliminar el 80% del viejo y débil sistema de salud pública. Las políticas neoliberales que se arraigaron hasta principios de la década del 2000 llevaron a una infame desintegración y el gobierno nacional enfrentó problemas, como la falta de inversión en infraestructura, recortes en el presupuesto de la salud, transferencia gratuita de servicios a los municipios y pérdida de recursos humanos, entre otros problemas.

Debido a esta situación, en el 2007, la Constitución instauró el Plan Nacional para el Buen Vivir, como soporte ideológico del orden político y moral, uno de cuyos principales objetivos era hacer de la salud el eje prioritario del desarrollo del país; así, desde el 2008, la nación fue considerada como un Estado constitucional de derecho.

Promoción y Prevención

Como se dijo con anterioridad, en el país hubo una serie de reformas institucionales que se empezaron a implantar desde hace años; es importante decir que en estas se tuvo en cuenta el cuidado y la prevención de la salud de los ecuatorianos. La remodelación del conjunto humano que representa al área salud en este país ha tenido grandes éxitos y fracasos; como consecuencia de eso, una de las prioridades de la estrategia pública fue la educación y formación del recurso humano, así como un aumento significativo de los salarios de estos especialistas que, efectivamente, se produjo en el gobierno del Correa en, aproximadamente, 80 %. Además, se esperaba que la mayor parte de los médicos, para 2017, se especializaran en salud familiar y comunitaria; sin embargo, muchos profesionales, actualmente, no pueden ejercer en este campo.

Asimismo, se implementaron diversas modificaciones en la manera de realizar la promoción y prevención en el área de salud, como, por ejemplo, a través de la mejora de la APS, con el objetivo de que el diseño institucional facilitara la rectoría, a nivel local o nacional. Debido a esto, se indicaron algunos objetivos, para cumplir con una atención primaria adecuada. El primero de estos implicó el mejoramiento del MSP, es decir, regular y controlar; en adición, se resaltó la creación de la Agencia para la Regulación y Control Sanitario (ARCSA) y la Agencia para el Control de la Calidad de Servicios de Salud (ACCESS). En la primera de estas se invirtió en mejorar la eficacia en la prestación de servicios, a través de procesos estructurados y bien informatizados, al tiempo que se actualizó y se modernizó su marco legal y regulatorio, así como se modernizaron laboratorios y se capacitó al personal (Malo-Serrano y Malo-Corral, 2014). El segundo, fue el proceso de descentralización, lo que significó crear y construir unidades territoriales con mayores oportunidades de desarrollo y planificación, dotándolas de

resolución territorial y libertad para fijar políticas a favor de los determinantes que inciden en la atención primaria de salud.

Por otro lado, la rectoría institucional, estableció un control completo en el MSP, el organismo gubernamental que gestiona el sector salud y permite sistematizar las decisiones más asertivas dentro y fuera este; asimismo, para que se cumplieran los reglamentos establecidos, este organismo debía tener capacitación en tres sectores que son: la información epidemiológica, el correcto manejo financiero del área y un instituto de investigación nacional de salud pública.

Por otro lado, acerca de la prevención, Plaza y Soriano (2009) indicaron que esta está enfocada en dolencias de la cavidad bucal a nivel enorme, grupal e individual y, además, en mejorar los hábitos de higiene y alimentación, eliminar malos hábitos, mantener y sanos los dientes temporales y permanentes. También está dirigida a supervisar la ingesta y correcta utilización de los fluoruros sistémicos y tópicos, aplicar medidas especiales de protección y realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento y control de las patologías más frecuentes. Esta es una de las formas más simples de prevención de la salud; sin embargo, es importante trabajar de manera integral con otros planes de prevención, para que la alianza logre rendir de manera apreciable.

Indicadores Básicos de Salud

Una investigación hecha en el 2011 indicó datos acerca de los indicadores básicos de salud, más importantes en esta área, según el INEC.

Tabla 1. Indicadores Básicos (2010)

Indicadores Básicos, 2010	
Población total	14 204 900
Esperanza de vida al nacer	75
Tasa de mortalidad general (2008)	4.35
Prevalencia de hipertensión arterial	28.7
Población con seguridad social	4 036 300
Población sin seguridad social	10 168 600
Tasa de mortalidad infantil (2009)	11.4
Gasto total en salud (porcentaje del PIB) (2008)	5.9
Gasto <i>per cápita</i> en salud (2008)	474

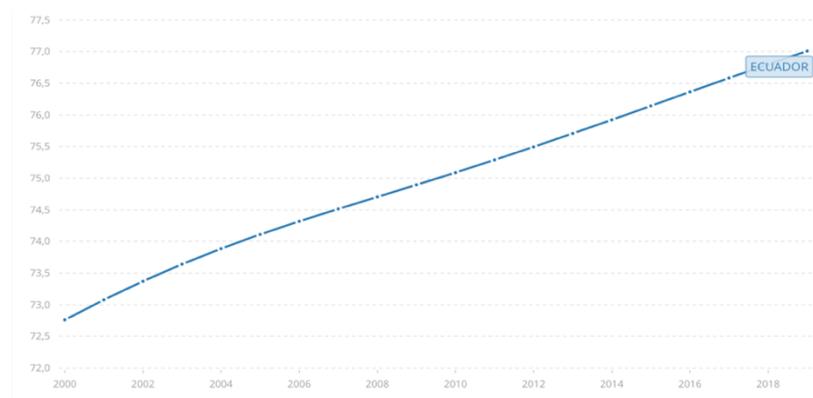
Nota. Tomado de *Sistema de Salud de Ecuador*, pro Lucio et al., 2011

Esperanza de Vida al Nacer

La OMS indicó que la esperanza de vida es una cifra que indica la cantidad de años que pueden vivir las personas de un país, según el espacio geográfico en el que nació o en el que se desarrolla (OMS, 2005). Por otro lado, teniendo en cuenta la información brindada por el Banco Mundial, en Ecuador, la esperanza de vida ha ido en aumento con el paso del tiempo y esto se explica por medio de la mayor cobertura en salud y el mejoramiento de la atención de diversos servicios brindados por el Estado, como, por ejemplo, la salud y la educación. En la Figura 3 se intentó explicar el aumento de la esperanza de vida en el país, teniendo en cuenta que, en el 2000, esta era de 72 años y en el 2019 fue de 77 años (Banco Mundial, 2019).

Figura 3

Esperanza de vida al nacer en Ecuador (2000-2019)



Nota. Tomado de *Esperanza de vida al nacer*, por Banco Mundial, 2019

Antes del siglo XXI, la esperanza de vida en América del Sur era muy baja debido a los limitados recursos médicos y a los problemas de educación, nutrición y falta de tecnología. La esperanza de vida es una de las cifras más importantes, porque es un indicador que está relacionado con el estado de salud y una fuerza laboral saludable mejora su productividad; por lo tanto, es importante utilizar este número para la implementación del desarrollo social, dado que afecta a los campos de la educación, la economía, la geografía, etc. (Restrepo-Betancur y Rodríguez-Espinosa, 2014).

Tasa de Mortalidad General e Infantil

Con base en información proporcionada por la OPS, se pudo determinar que la tasa de mortalidad establece la posibilidad que tienen las personas de un espacio geográfico de morir; esta cifra se calcula por medio de una división entre el total de fallecidos y la población total, para después realizar una multiplicación, por

el factor de expansión. Con el objetivo de estudiar los riesgos de grupos específicos de forma dirigida, la tasa de mortalidad específica permite evaluar los riesgos teniendo en cuenta características como la edad, el sexo, la causa de la muerte, el nivel de educación, etc. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Es posible decir que la mortalidad se ha reducido debido a la implementación de medidas de control de afecciones parasitarias y contagiosas y gracias a los progresos en salud, como, por ejemplo, los programas preventivos en la población infantil; sin embargo, entre los 15 a 30 años, la mortalidad se ha incrementado y la principal causa ha sido la muerte violenta. Por otro lado, de acuerdo con los últimos censos, ha habido una mejora estadística en el sexo femenino; a pesar de esto, se debe decir que, todavía se deben aplicar muchas estrategias para mejorar las cifras, dado que el INEC estableció que el 41 % de las muertes de individuos mayores de cinco años, pudieron ser evitables si se efectuaban medidas preventivas (SENPLADES, 2008).

Por otro lado, acerca de los índices de mortalidad infantil en el país, las cifras son altas, si se comparan con países, como, por ejemplo, Cuba, Argentina y Chile; esto ocurre debido a las divergencias a nivel social de los ciudadanos. Esta cifra, a nivel global, ha presentado un descenso en comparación con la década de 1990, en la que morían, en aproximación, 63 personas por cada 1000; mientras que en el 2015 hubo, un porcentaje de 32 muertes por cada 1000 pobladores.

Por su parte, el INEC indicó que, en el país, en la década de 1990 la tasa de mortalidad infantil era de 30.24 muertes por 1000 niños y en el 2010 fue de 10.95 infantes por cada 1000. Por otro lado, de acuerdo con diferentes investigaciones, esta cifra está vinculada con pertenecer a las clases sociales más bajas y con poca preparación educativa; debido a estos datos, desde el 2006, se plantearon algunas políticas con la intención de bajar los índices de pobreza, mejorar el sector educativo y promover la inclusión (Romero-Sandoval et al., 2019).

Principales Enfermedades en el Ecuador

Para el 2008, las afecciones crónicas más frecuentes que no generaban transmisión eran los problemas cerebrovasculares, la hipertensión, la cardiopatía isquémica, los inconvenientes cardiacos, la diabetes, la cirrosis y los accidentes de tránsito y estas, en adición con los hechos violentos, fueron los principales factores que causaron la muerte en la población. Según la OMS, las afecciones no transmisibles representaron un 30 % de las enfermedades atendidas en los sistemas de salud, mientras que los problemas transmisibles representaron un 45 % y hubo un 25 % que estuvo relacionado con las lesiones.

Por otro lado, de acuerdo con el INEC, en este mismo año, hubo un total de 983 286 egresos hospitalarios, las causas más comunes fueron la gastroenteritis y la diarrea que representaron un 3.5 %, otras afecciones fueron problemas respiratorios como la neumonía o inconvenientes a nivel del abdomen, como, por ejemplo, la apendicitis y la colelitiasis.

Enfermedades del Sistema Respiratorio

Este tipo de afecciones son las más frecuentes en los ecuatorianos; en la mayoría de las ocasiones, se presenta una infección en las vías respiratorias superiores y esto ha llegado a entenderse como uno de los problemas de salud pública más típicos que debe enfrentar el sistema. En el 2008, en el país, hubo 1311 que resultaron en muerte y por tanto, esta cifra fue la más alta a nivel global; en adición, en este mismo año se registraron 2993 casos de bronquitis aguda por causas virales y bacterias, como, por ejemplo, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*.

Enfermedades del Sistema Digestivo

En el 2017, en el país se registraron altas tasas de apendicitis, puesto que esta fue la afección que se ganó el primer puesto entre

las más frecuentes y tuvo una cifra de 22.97 casos por cada 10 000 ciudadanos; asimismo, entre el 2012 y el 2017, la coleditiasis se presentó de manera recurrente y obtuvo el segundo lugar entre las enfermedades más regulares. Por otro lado, la gastroenteritis y la diarrea son problemas observados todos los días y de hecho, según información del INEC, en periodos previos, esta afectaba, con mayor frecuencia, al sexo femenino y llegó a constituirse como uno de los principales factores de morbilidad en el 2017, con 25 969 casos.

Enfermedades del Sistema Circulatorio

Este tipo de problemas de salud, representa, en Latinoamérica, un 30 % de la mortalidad. Por otro lado, en el país, 3 de cada 10 personas son hipertensas, como consecuencia, por lo general, de la poca prevención y de los conocimientos bajos, acerca de la enfermedad de los ecuatorianos, dado que la mayoría solo asiste al médico después de presentar algún tipo de inconveniente cardíaco.

Egresos y Morbilidad infantil

De acuerdo con el INEC, las hospitalizaciones de infantes menores de 12 meses fueron los problemas a nivel respiratorio, puesto que se presentaron 8850 casos con cierta gravedad. En el 2017, hubo una mayor hospitalización en adultos mayores de 65 años y los niños de menos de 12 meses, ocuparon el segundo puesto. Por tanto, después de evaluar los números de las afecciones que se presentan con más frecuencia en el país, se estableció que es fundamental que se creen políticas de salud enfocadas en la prevención y que además, haya mayor inversión en la salud pública, para lograr una atención primaria eficiente.

La Gobernanza para la Salud

Al hablar de gobernanza, según Bursztyn (2010), se hace referencia al entendimiento de los elementos que influyen en los entes o personajes que infieren en las normas políticas y que se encargan de reglamentar, plantear y establecer sus dinámicas. Además, esta es importante, para implementar políticas que ayuden a la población, para que esta lleva a cabo sus deberes, de forma efectiva. Al contemplar la perspectiva del área de la salud, la gobernanza permite que los factores que influyen en el Sistema Nacional de Salud sean estudiados con el propósito de entender los vínculos y las consecuencias que estos producen (Molina, 2019).

Hay otras naciones, como, por ejemplo, Uruguay y Brasil, que no cuentan con un modelo integrado de salud que esté dividido en diferentes partes, como sí es el caso de Ecuador; por tanto, es necesario decir que al presentarse esta división, puede haber mayor precisión en los datos que recibe cada segmento y esto puede facilitar la toma de decisiones en pro de mejorar y producir un beneficio para los usuarios y para la población; sin embargo, esta segmentación puede generar conflictos, dependiendo de lo grande que sea el área de la salud. Además, esta fragmentación, podría llegar a producir inconvenientes en las redes integrales que proveen el servicio (Molina, 2019). Por otro lado, el vínculo entre los diferentes entes es fundamental para que el servicio que se presta sea eficiente; además, por medio de esta relación es posible crear normas que tengan en cuenta la necesidad del modelo y, en adición, ampliar la cobertura. Desde la reforma de salud de 2008, las políticas implementadas robustecieron el papel del MSP como la organización jefa de la salud en el Ecuador y se priorizaron las redes integradas de prestación de servicios y atención primaria.

Presupuesto Asignado a la Salud

El presupuesto que se asignó a la salud en el 2011, para cada habitante, fue de 96.66 dólares, el cual se ha multiplicado más de 10 veces, en comparación con el 2000, que tuvo un valor de 9.39, por cada ecuatoriano (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). Si se habla de la asignación en salud por habitante, esta cifra tuvo crecimientos entre los períodos comprendidos entre el 2007 y el 2008 y el 2009 y el 2011, coincidentes con el crecimiento de los ingresos presupuestarios. Es preciso aclarar que, a pesar de la crisis financiera ocurrida en los años 2008 y 2009, el dinero destinado a la salud respecto al PIB creció de forma considerable, a partir del 2007 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019). Para demostrar lo antes mencionado, en la Tabla 2 se detalló el Presupuesto General del Estado (PGE) del sector de la salud:

Tabla 2

Presupuesto General del Estado del periodo comprendido entre el 2000 y el 2011

Nro.	Años	PGE de sector salud (codificado) en USD	% del incremento
1	2000	115 528 214	
2	2006	554 881 834	380 %
3	2007	723 467 129	30 %
4	2008	969 024 637	34 %
5	2009	983 238 829	1 %
6	2010	1 239 909 243	26 %
7	2011	1 475 673 902	19 %

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Como se puede evidenciar, la asignación del año 2000 fue apenas de USD 115 528 214, lo que reflejó un presupuesto sumamente bajo para atender todas las necesidades de los ecuatorianos,

considerando que para esa fecha existía una población de 12 680 000 de habitantes. Se debe dejar en claro que la asignación del presupuesto para el 2000 fue muy baja, debido a que recién el país entraba en la dolarización y esta tendencia se mantuvo hasta el 2005.

En el 2006, la asignación presupuestaria codificada para el sector de la salud fue de USD 554 880 000, es decir, hubo un 380 % de incremento en comparación con el 2000. De allí en adelante, se mantuvo un incremento no tan sostenido, considerando la crisis financiera del 2008 y del 2009. En el año 2007, el gobierno de turno realizó una asignación de USD 723 470 000, lo que representó un incremento del 30 % en relación con el ejercicio fiscal del año 2006; dicho incremento fue similar en el 2008, con una asignación presupuestaria de USD 969 020 000. Como se puede observar, para el 2009, hubo un incremento del 1 % y para el año 2010 se asignaron USD 1 239 910 000 y, para el siguiente año, la asignación fue de USD 1 475 670 000, lo que reflejó un incremento del 1.177 % en relación con el año fiscal 2000.

Para el caso de la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos, esta aumentó desde el 2008, teniendo en cuenta en el 2011, el MSP realizó una inversión de más de USD 150 000 000. Es menester aclarar que, para el 2011, entró en vigor el estado de excepción sanitaria, como consecuencia de la alerta de tsunami en las zonas costeras de país por el terremoto ocurrido en Japón, lo cual determinó una mayor adquisición de medicamentos para diferentes especialidades (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

Tabla 3

Presupuesto codificado y devengado de medicamentos y productos farmacéuticos (en millones de dólares)

Nro.	Años	Presupuesto codificado	Presupuesto devengado	%
1	2008	118.51	106.90	90 %
2	2009	121.36	114.88	95 %

3	2010	151.51	140.15	93 %
4	2011	155.82	149.39	96 %

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

De acuerdo con la Tabla 3, en el ejercicio fiscal del 2008, el presupuesto codificado fue de USD 118 510 000, con un porcentaje de gasto devengado del 90 %, que reflejó el reconocimiento de sus obligaciones. La tendencia en el 2009, el 2010 y el 2011 fue la misma, es decir, del 95 %, 93 % y 96 % del gasto comprometido, respectivamente. Para el periodo comprendido entre el 2000 y el 2005 se registró un aumento de 1 093 487 de consultas preventivas, mientras que para el periodo comprendido entre el 2008 y el 2011, su aumento fue de USD 2 345 081; por lo tanto, en los últimos tres años del período mencionado, las atenciones de este tipo se aumentaron por más del doble, si se compara con los primeros cinco años (2000 al 2005) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Esta información estadística evidenció la inversión del gasto social e hizo énfasis en la “prevención”, en lugar de realizar procedimientos correctivos o de cura, lo cual demuestra el cambio en el modelo de gestión, debido a la aplicación de políticas públicas.

Tabla 4

Consultas preventivas brindadas por años de ocurrencias (2000 – 2011)

No.	Años	Consultas preventivas	% de incremento
1	2000	3 085 511	
2	2005	3 885 756	26 %
3	2008	7 008 344	80 %
4	2011	9 192 510	31 %

Como se demuestra en la Tabla 4, en el 2000 las consultas por temas preventivos ascendieron a un total de 3 085 511, mientras que, para el ejercicio fiscal del 2005 fueron de 3 885 756, es decir, presentaron un incremento del 26 %. Para el 2008, el nuevo gobierno priorizó la inversión en el sector de la salud, lo cual se vio reflejado en las consultas preventivas realizadas, que alcanzaron una cifra récord de 7 008 344, es decir, se incrementaron en un 80 %.

Para el ejercicio fiscal del 2011, hubo un incremento de las consultas preventivas en un 31 %, en comparación con el 2008, es decir, se realizaron un total de 9 192 510 consultas. Se debe aclarar dos aspectos importantes relacionados con este tema:

1) Las consultas preventivas son todas aquellas consultas realizadas por los galenos en medicina en general, obstétricos y psicólogos clínicos.

2) Si se compara el 2011 en relación con el 2000, las consultas se incrementaron en un 198 %.

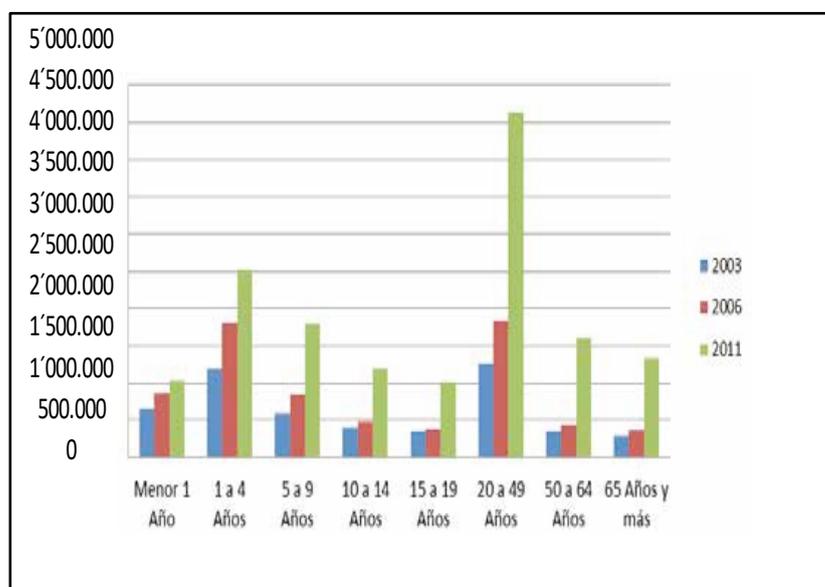
Por otro lado, las consultas realizadas por morbilidad por año y según los grupos de edad, se evidenció un incremento general de atenciones brindadas. Esto se pudo evidenciar de manera especial, para el grupo de 20 a 49 años, como resultado de las campañas de salud pública, enfocadas en el grupo de mujeres en edad fértil y al incremento de atención a la población relativamente adulta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). En segundo lugar, el grupo que registró un mayor incremento en el número de consultas fue el de 1 a 4 años, población que, en el ejercicio fiscal del 2010, según los datos de la publicación *Indicadores Básicos de Salud para el Ecuador*, acudió a realizarse consultas especialmente por problemas respiratorios.

En el 2011, se pudo evidenciar un aumento valioso en las consultas de morbilidad, especialmente en las personas mayores de 50 años, en relación con las atenciones realizadas a este grupo etario (consultas realizadas en el periodo del 2003 al 2006), donde se resaltaron las políticas estatales en el año 2010, direccionadas

para las personas de la tercera edad, como la expedición de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores y el Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores en el año 2011 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011b).

Figura 4

Total de consultas (brindadas) de morbilidad por año, según grupos de edad



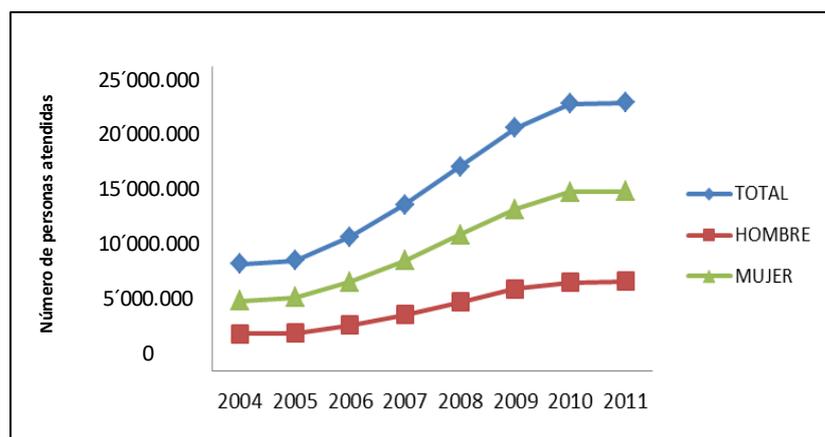
Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

En relación con las atenciones realizadas por género, el MSP del Ecuador indicó que las mujeres son el grupo de la población que más consultas por morbilidad ha solicitado en los hospitales, lo que se relacionó con la necesidad de atención médica por citas de salud sexual y reproductiva. En el 2007, se agrandó la brecha entre el número de atenciones por enfermedad entre los hombres y las mujeres, las cuales, en términos generales, aumentaron, con

un total de 147 % de aumento, comparado con el 2004 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Figura 5

Número de mujeres y hombres atendidas por médicos, obstétricos, psicólogos; periodo comprendido entre el 2004 y el 2011



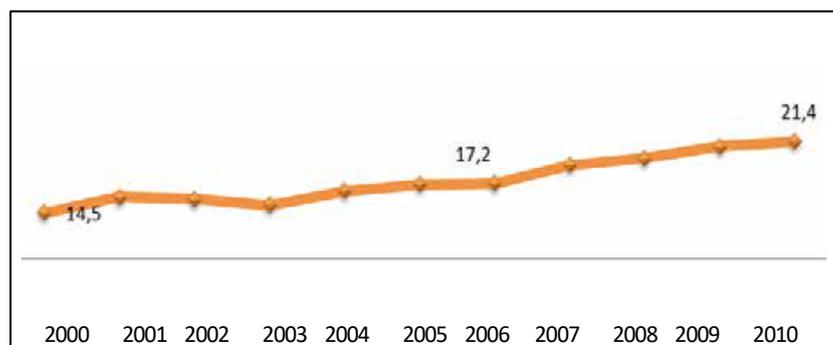
Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Si bien es cierto que en el periodo comparado en el presente trabajo de investigación se evidenció un crecimiento de atenciones tanto a hombres como a mujeres, esto no pudo ser posible si no se hubiesen incorporado los galenos tanto al sistema de salud público como al privado.

Por su parte, la OMS tuvo, como índice de referencia, que deben existir un mínimo de 23 médicos por cada 10 000 habitantes dentro de un país, con la finalidad de atender la demanda y que así, se presten los servicios esenciales en el sector de salud infantil y materna (OPS, s.f). En cuanto a esto, Ecuador, en el 2000, tenía en promedio 14.5 médicos por cada 10 000 habitantes, es decir, se encontraba por debajo del indicador recomendado. Para el año 2010, el país contaba con 21.4 médicos por cada 10 000 habitantes, siendo un indicador aproximado al solicitado, con un déficit de 1.6 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Figura 6

*Tasa de médicos públicos y privados por 10 000 habitantes
(2000 – 2010)*



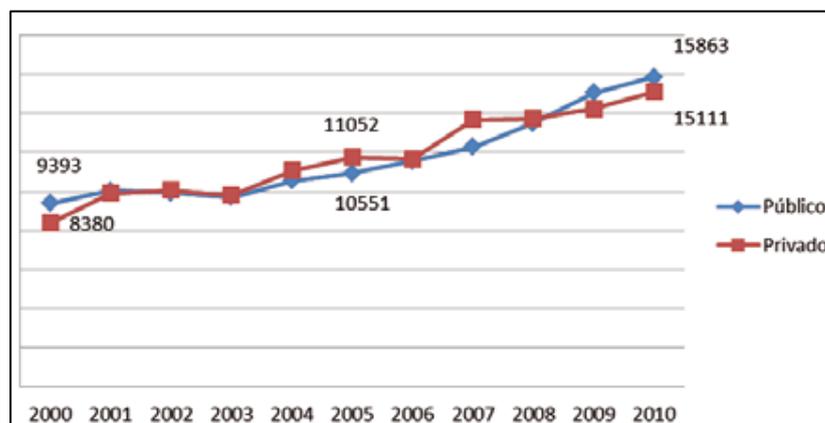
Nota. Tomado de *Estadísticas de recursos y actividades en salud (2000-2010)*, por INEC, s.f

Si bien el número de médicos del sector público y privado tienen similitudes, al realizar la comparación existe un incremento de las tasas en la década y se observó una diferencia con un crecimiento del 68 % de profesionales médicos públicos, mientras que, en el sector privado, reflejó un 80 % de incremento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Es preciso aclarar que las estadísticas nacionales respecto a este indicador no son muy precisas, debido a que los galenos, en esos tiempos desempeñaban labores por horas en los dos sectores y en diferentes horarios de trabajo. Con la reforma de trabajo del 2011, se estableció que la jornada laboral de un médico en el sector público sería de ocho horas. Eso fue vigilado por el MSP con la finalidad de evitar duplicidades en el registro y contar con un dato exacto de los profesionales de la salud.

Figura 7

Número de médicos en el sector público y en el privado (2000 – 2010)



Nota. Tomado de *Estadísticas de recursos y actividades en salud (2000-2010)*, por INEC, s.f

Como se puede apreciar en la gráfica que antecede, en el 2000, el sector público contaba con 9393 médicos, mientras que el sector privado contaba con 8380 médicos, es decir, tenían cifras muy semejantes. Estos sectores mantenían un crecimiento sostenido, tal es el caso que, para el 2010, se contaba con 15 863 galenos en el sector público y 15 111 en el sector privado o autofinanciado.

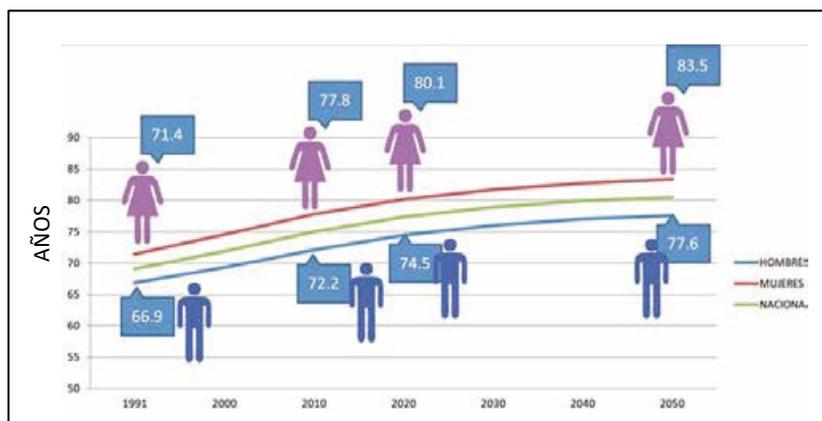
Esperanza de Vida al Nacer

Para el caso de la esperanza de vida en el país, según las proyecciones de la población y teniendo en cuenta los datos oficiales del INEC, una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años, mientras que una nacida en el 2020 tiene una esperanza de 77.3 años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011b). Ecuador se ubica entre los países de la región con la mayor esperanza de vida promedio, esto si es comparado con países como Cuba, Chile y Puerto Rico, que registran una esperanza de vida de 79.3 años de vida, seguidos por Argentina y

Uruguay. Caso opuesto es Haití que cuenta con 62.5 años de esperanza de vida.

Figura 8

Esperanza de vida al nacer



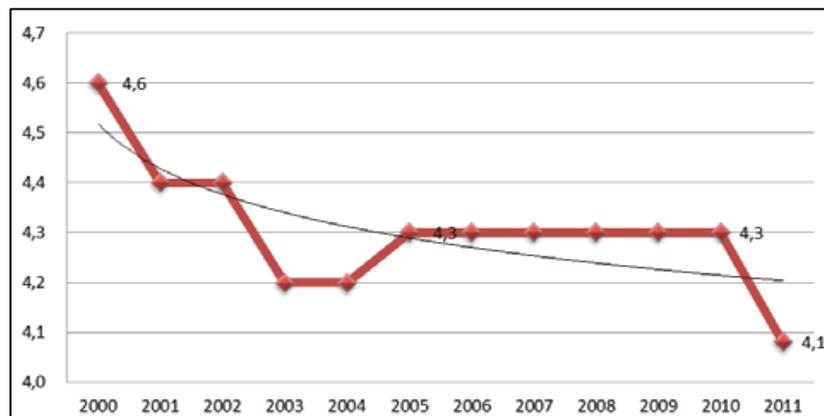
Nota. Tomado de *Estimaciones de proyecciones de población*, por INEC, 2010

Tasa de Mortalidad en Ecuador

La tasa de mortalidad en el país, para el 2000, ascendió a 4.6 por cada 1000 habitantes. De acuerdo con los registros del MSP, la tendencia comenzó a experimentar un descenso, hasta mantenerse en 4.3 por, aproximadamente, seis años y llegó, en el 2012, a situarse en 4.1 por cada 1000 habitantes. Es preciso aclarar que pueden existir subregistros, pero lo que sí es seguro es el decrecimiento de la mortalidad; esto se puede explicar a través del análisis demográfico de la población ecuatoriana, debido a que cuenta con mayor esperanza de vida (77.3 años de vida en la actualidad). Otra razón es porque existen cambios epidemiológicos de enfermedades transmisibles que se convierten en crónicas degenerativas y que, además, gracias a la participación del Estado ecuatoriano, muchos más ciudadanos cuentan con mayor acceso a los servicios de salud.

Figura 9

Tasa de mortalidad de la población ecuatoriana



Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Para el caso de la población infantil, el Estado ecuatoriano presentó indicadores de mortalidad que mostraban resultados de mejora en el acceso a los servicios de salud y de intervenciones de las nuevas políticas públicas, lo que evidenció una participación mayor y con decisiones direccionadas a los sectores más desprotegidos (OPS y OMS, 2020). En el país, entre el 2000 y el 2010, la tendencia de las tasas de mortalidad neonatal e infantil presentaron un decrecimiento, debido a que las políticas de salud pública tomadas estuvieron orientadas a ampliar la cobertura asistencial y a tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil, con la implementación de los desayunos escolares a lo largo del territorio nacional.

Un aspecto importante para poder lograr el acceso a la asistencia hospitalaria pública o privada, fue la infraestructura, dado que sin los edificios o establecimientos, no hubiese sido posible una atención masiva. En el sector público, el ente rector y regulador es el MSP, quien concentra la mayor cantidad de establecimientos de salud, con establecimientos del primer nivel, cuya cobertura es tanto urbana como rural. Por otro lado, se encuentran los

establecimientos del IESS, que incluye al seguro social campesino. En cuanto a los establecimientos privados, estos, por lo general, tienen un número similar al sector público; sin embargo, es preciso aclarar que hay un número importante de establecimientos que figuran entre los anexos al IESS y que son consultorios privados o prestadores del servicio hospitalario, debidamente acreditados por esta institución, para ofrecer atención a la población de su responsabilidad (exclusivamente afiliados).

Tabla 5

Número de establecimientos de salud por institución

No.	Establecimiento de salud	2000	2006	2010
1	MSP	1685	1737	1922
2	IESS	85	51	72
3	Seguro Social Campesino	577	577	606
4	Municipios	38	38	75
5	Ministerio de Defensa Nacional	82	66	73
6	Ministerio de Justicia y de Gobierno y Policía	41	36	36
7	Ministerio de Educación	98	97	92
8	Privados	555	682	760
9	Junta de Beneficencia de Guayaquil	5	3	5
10	Sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA)	7	12	13
11	Anexos al IESS	352	294	257
12	Otros*	71	88	70
Total de establecimientos		3596	3681	3981

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Fue evidente que para el 2010, el MSP concentró la mayor cantidad de establecimientos hospitalarios con 1922 a nivel nacional, seguido muy de cerca por las clínicas privadas que tenían, hasta esa fecha, 760 establecimientos dentro de su cadena; es decir, entre ambos sumaron 2682 establecimientos de asistencia hospitalaria. Un punto importante que se debe aclarar es que, en la tabla que antecede cuando se hace referencia a otros, se incluyen las compañías anónimas, las entidades

fiscomisionales, la Sociedad Protectora de la Infancia, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Obras Públicas y entidades mixtas y universidades.

En el periodo examinado, se pudo observar que el incremento en los establecimientos de salud fue del 11 % y destacó el crecimiento del sector privado de organizaciones con y sin fines de lucro (38 % y 33 %, respectivamente). Es preciso mencionar que, el sector privado, en el 2010, contaba con solo 760 establecimientos a nivel nacional, lo que representaba el 40 %, en comparación con los establecimientos del MSP.

En relación con el sector público, los establecimientos sin internación tuvieron un mayor crecimiento que los que tiene internación; sin embargo, llamó la atención que el porcentaje no es tan significativo, comparado con el sector privado. Se debe aclarar que, en el contexto nacional, como parte de la reforma realizada en el 2010 por el MSP, se ejecutaron planes para el mejoramiento de los hospitales (aquellos que se declararon en emergencia); para esto se designó un presupuesto importante para la potencialización y, en otros casos, para la construcción de nuevas unidades o casas de salud, con la finalidad de agilizar e incrementar la demanda en las principales ciudades del país (Lucio et al., 2011).

Tabla 6

Número de establecimientos de salud públicos y privados con y sin internación

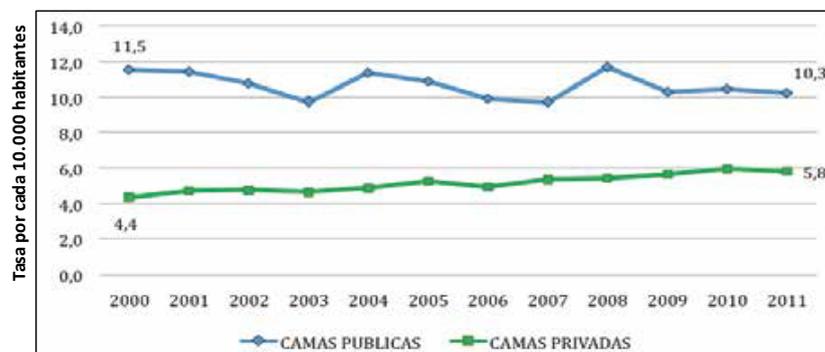
Nro.	Establecimientos de salud	2000	2006	2010	% Crecimiento
1	Público				
	Con internación	178	182	183	3 %
	Sin internación	2849	2817	3038	7 %
2	Privado				
	Con internación	405	501	560	38 %
	Sin internación	150	181	200	33 %
Totales		3582	3681	3981	11 %

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Por otra parte, los hospitales que cuentan con internación obligatoriamente deben contar con camas, lo que implicó la necesidad de medir esta variable; además, la densidad de camas hospitalarias se utiliza para indicar la disponibilidad de servicios para pacientes internados. Ecuador, en el 2010, registró una tasa a nivel nacional de 16.1 camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes (10.3 camas públicas y 5.8 camas privadas), dato que contrasta con el dato de la OMS, acerca de la región, puesto que en esta se estimó un estándar de 24 camas por cada 10 000 habitantes.

Figura 10

Tasas de camas públicas y privadas por cada 10 000 habitantes



Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Por otra parte, datos registrados por el INEC indicaron que en el 2010, hubo un crecimiento de camas en el MSP, con un factor de 5.8 camas por cada 10 000 habitantes, mientras que el IESS contaba con 1.5 camas desde el 2008. En el sector privado también se notó una tendencia al alza, puesto que casi se igualó la proporción del MSP. Se debe aclarar que, en este dato no se adicionó la información de SOLCA y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que son instituciones muy representativas a nivel local y nacional y que cuentan con financiamiento mixto, pero que son de naturaleza privada.

Si se considera la información de SOLCA y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en un consolidado con el sector privado, se registra una mayor cobertura de camas en el sector privado que en el sector público; por esta razón y con la finalidad de incrementar las camas dentro del sector público, el MSP, desde el 2013, inició la ejecución de varias casas hospitalarias (se estimó construir 16 nuevos hospitales), con una inversión cercana a los USD 1 319 887 485.

Tipos de Aseguramiento

De acuerdo con la información del censo de población realizado en el 2010, el 19 % de la población posee algún tipo de seguro de salud o asistencia hospitalaria, mientras que el 81 % no posee ninguno. Los problemas ocasionados por la falta de empleo y la poca capacidad adquisitiva de los ecuatorianos, han sido las causas que, a lo largo del tiempo, han condicionado el acceso a algún tipo de seguro de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

De la población asegurada, la mayor cobertura la brinda el sector público, a través del IEES, el Seguro Social Campesino, el ISSFA y el ISSPOL. La población que no cuenta con algún tipo de seguro o que no están afiliados, buscan cubrir sus necesidades en salud, por medio de los servicios públicos que brinda el MSP o por medio del sector privado.

Tabla 7

Población distribuida según el tipo seguro de salud (2010)

Nro.	Tipos de seguros	%
1	IEES. Seguro general	11.12
2	Seguro ISSFA	0.41
3	Seguro ISSPOL	0.21
4	IEES. Seguro voluntario	0.80
5	IEES. Seguro campesino	2.50
6	Jubilados	1.19
7	Solo seguro privado	2.77

8 No tiene seguro y no aportan	81.00
Total	100.00

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Como se evidenció en la tabla anterior, el IESS concentraba mayor población con la cobertura de salud, así, los habitantes que contaban con una relación de dependencia ascendían al 11.12 %, mientras que el seguro campesino del IESS tenía un 2.50 % de esa población. Un dato relevante es el aseguramiento del sector privado, a través de los prestadores de servicios autofinanciados, los cuales superan al seguro campesino con un 2.77 %. Este segmento de la población, seguramente, cuenta con el seguro general obligatorio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

Es importante aclarar que, del 16.22 % de la población que cuenta con seguro de salud público, el 30 % de los asegurados cuenta, de manera adicional, con un seguro privado de salud; sin embargo, dentro de la forma de asegurarse, se debe aclarar que, la mayoría de los seguros privados no brindan cobertura a sus asegurados en enfermedades preexistentes y tienen restricciones de entrada al servicio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

Tabla 8

Población con seguro público y privado (2010)

Nro.	Tipos de asegurados	Seguro de salud público más seguro privado	Sólo seguro social
		En porcentajes	
1	IESS Seguro general	35	65
2	Seguro ISSFA	44	56
3	Seguro ISSPOL	37	63
4	IESS Seguro voluntario	31	69
5	IESS Seguro campesino	11	89

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Población con Discapacidad

Para el caso de la población con discapacidad se destacó que en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2010 hubo un incremento significativo y esto se debió a que el gobierno de turno implementó programas estatales como el Programa “Manuela Espejo”, que permitió mejorar el registro de estos casos, de manera especial y prioritaria.

En el 2010, el porcentaje de personas con capacidades especiales respecto a la población total fue de 5.64 % y comparado con el 2001, se observó un aumento de 0.99 puntos porcentuales. La discapacidad que tiene mayor incremento en el periodo 2001-2010, fue la intelectual, que pasó de 0.14 % a 0.57 %, que equivale a 65 491 personas; a esta le siguen las discapacidades físico-motoras con 2.11 %, auditivas con 0.59 % y mentales con el 0.31 % (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

Se debe aclarar que las discapacidades consideradas en el presente análisis fueron: intelectual, físico motora, visual, auditiva, mental, más de una discapacidad y se ignora; así, hubo un total, en el 2010, de 816 156 personas con discapacidad.

Tabla 9

Población con discapacidad (2000-2010)

Nr o.	Tipo de discapacidad	% personas con discapacidad	Personas con discapacidad 2001	% personas con discapacidad	Personas con discapacidad (2010)
1	Intelectual	0.14	17 332	0.57	82 823
2	Físico motora	0.88	106 572	2.11	305 948

3	Visual	1.59	192 841	1.02	147 813
4	Auditiva	0.48	57 996	0.59	85 411
5	Mental	0.34	40 972	0.31	44 285
	Más de una discapacida				
6	d	1.23	149 847	0.42	61 147
7	Se ignora			0.61	88 729
	Total	4.65	565 560	5.64	816 156

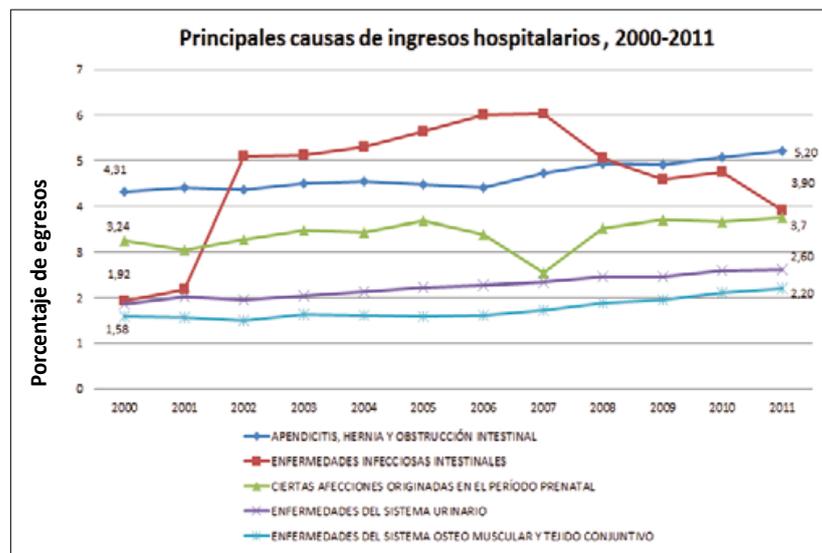
Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Principales Causas de Muerte en Ecuador (2000 – 2010)

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) conceptualizó a la morbilidad, como aquella cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados; estas se tratan de forma ambulatoria y, en otras, es necesario un ingreso hospitalario. Teniendo en cuenta lo anterior, las principales causas de egresos hospitalarios durante el periodo comprendido entre el 2000 y el 2011, fueron condiciones como la apendicitis, hernias y obstrucción intestinal, que requieren un manejo quirúrgico y en las cuales no se evidenció variabilidad y fueron comparables con la estadística mundial. Asimismo, las afecciones originadas en el periodo prenatal no variaron de forma drástica y no se llegó a describir la patología exacta; por tanto, en el registro, se debió pasar de grupos de codificación amplios a definiciones particulares, lo que generó la posibilidad de intervenciones. Otra causa fue las enfermedades del sistema urinario y del tejido osteomuscular y conjuntivo, de las cuales no se mostró una variabilidad representativa.

Figura 11

Principales causas de ingresos a hospitales, 2000-2011



Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

Principales Causas de Egresos Hospitalarios en Mujeres en Edad Reproductiva, entre el 2000 y el 2011

La morbilidad materna fue definida por la OMS como “las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, parto o puerperio y pueden ser inmediatas o mediatas afectando la salud de las mujeres, muchas veces, en forma permanente”. La atención del parto ya sea por vía vaginal o cesárea, ocupa el primer puesto de egresos hospitalarios, en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2011. El resto de las condiciones no mostró grandes cambios en cuanto a incidencia y ocuparon los mismos lugares de presentación tanto en el 2000 como en el 2011. Se debe de tener presente que los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad reportada y esta se ubica también, entre las principales causas de mortalidad materna.

Tabla 10

Principales causas de egresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva (2000)

Nro.	Causas de egresos	2000	
		%	Nro. de egresos
1	Parto único espontáneo.	50.7	128 530
2	Parto único por cesárea.	20.1	50 858
3	Aborto no especificado.	7.3	18 381
4	Falso trabajo de parto.	2.1	5405
5	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre.	1.0	2581
6	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo.	1.7	4254
7	Otros productos anormales de la concepción.	1.3	3382
8	Atención materna por desproporción conocida o presunta.	1.6	4167
9	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo.	0.9	2350
10	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal.	1.4	3580
Total			223 488

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

En el cuadro anterior, se pudo evidenciar que el parto único espontáneo, representó el 50.7 % de los egresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva, en el 2000, seguida de los partos únicos por cesáreas, que alcanzó el 20.1 %.

Tabla 11

Principales causas de egresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva (2011)

Nro	Causas de egresos	2011	
		%	Nro. de egresos
.			
1	Parto único espontáneo.	33.4	120 150
2	Parto único por cesárea.	19.6	70 492
3	Aborto no especificado.	6.5	23 356
4	Falso trabajo de parto.	4.0	14 551
5	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre.	3.4	12 193

6	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo.	3.0	10 619
7	Otros productos anormales de la concepción.	2.7	9558
8	Atención materna por desproporción conocida o presunta.	2.4	8757
9	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo.	2.0	7352
10	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal.	2.0	7093
Total			284 121

Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

En el 2011, los partos únicos espontáneos alcanzaron el 33.4 % de los egresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva, es decir, 120 150 mujeres se encontraban en esta condición.

Razón de Mortalidad Materna entre el 2002 y el 2011

Al igual que el indicador de nacimiento, la tendencia de la mortalidad materna en Ecuador fue inconstante en la década analizada (2000-2010), debido a la utilización de varias metodologías de cálculo y, por tanto, “en el 2012 se firmó un acuerdo interinstitucional de homologación de la metodología de cálculo para este indicador y los datos de este informe fueron calculados con base en este acuerdo” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p. 50). De esta forma, el crecimiento que se presentó en este indicador se debe, particularmente, a la búsqueda activa de los datos.

En el país, las principales causas de muerte materna ocurren por hemorragias posparto, preeclampsia, hipertensión gestacional y sepsis; según la OMS, la mortalidad materna de Latinoamérica, en el 2010, fue de 63 por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual dejó ver que Ecuador tiene un desafío pendiente.

Tasa de médico (Público y Privado) por cada 10 000 Habitantes por Provincias

Conforme con la OMS, el número mínimo debe ser de 23 médicos por cada 10 000 habitantes, así, en Ecuador, provincias como Santa Elena, Pichincha, Tungurahua, Loja y Azuay, superan el umbral sugerido; pese a ello, 19 provincias del país aún no han alcanzado esta cifra, por ejemplo, Sucumbíos es la provincia que menor tasa tiene con un índice de 11 médicos por cada 10 000 habitantes. Asimismo, según los datos proporcionados por el MSP, la provincia de Carchi, en el 2010, fue la única que registró una disminución de médicos por habitante, en comparación al 2006.

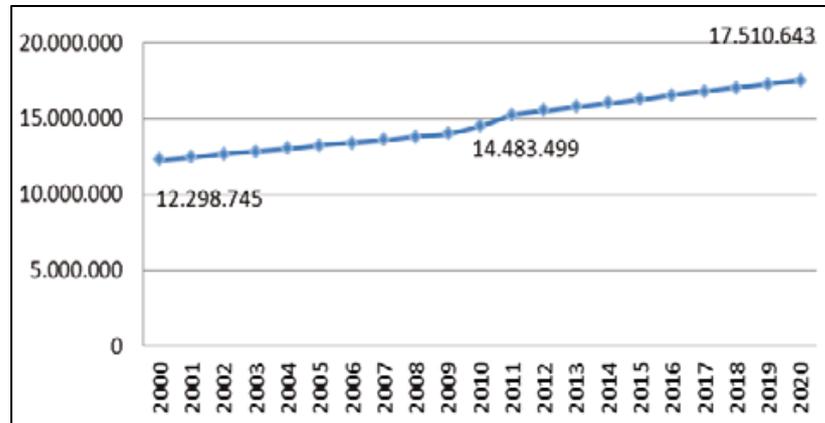
Asimismo, es importante mencionar que las políticas públicas en materia de salud van ligadas a la tasa de crecimiento de la población, puesto que se tiene el objetivo de que el Estado ecuatoriano garantice la salud a cada uno de sus habitantes y, por tanto, fue necesario revisar ciertos datos del contexto poblacional.

Proyección de Crecimiento de la Población Ecuatoriana para el 2020

La población ecuatoriana, en los últimos años, ha experimentado un crecimiento poblacional estable, puesto que ha habido un aumento de 2 000 000 de habitantes, en los últimos diez años; al proyectar la población hasta el 2020, según los resultados del Censo de Población del 2010, la población se debía aproximarse a 17 500 000 habitantes (un aumento de 3 000 000, aproximadamente). En la actualidad, la población del Ecuador superó esa proyección, dado que ascendió a 17 640 000 habitantes.

Figura 12

Proyección de la población en Ecuador para el 2020

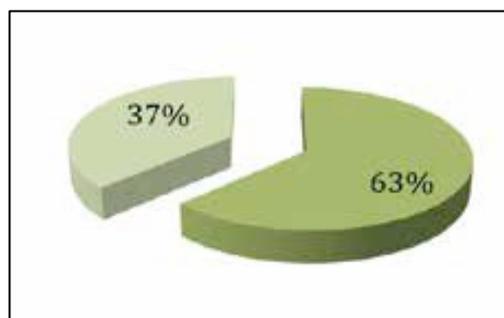


Nota. Tomado de *Datos esenciales de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012

“Como es característico de los países latinoamericanos, Ecuador presenta una concentración poblacional urbana, la cual ha ido en aumento desde la década del 70” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012, p. 56); por otro lado, según el último censo de población del 2010, del total de la población, el 72 % se autoidentificó como mestiza y los otros grupos fueron parte de la minoría (indígena, afroecuatoriano, montubio, blancos, otros) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011a).

Figura 13

Proyección de la población urbana – rural (2010)



Nota. Tomado de *Estimaciones de proyecciones de población*, por INEC, 2010

Tabla 12
Población por etnia (2010)

Nro.	Tipo de etnia	Población
1	Indígena	1 018 176
2	Afroecuatoriano	1 041 559
3	Montubio	1 070 728
4	Mestizo	10 417 299
5	Blanco	882 383
6	Otros	53 354
Total		14 483 499

Nota. Tomado de *Estimaciones de proyecciones de población*, por INEC, 2010

En la Tabla 12 se pudo evidenciar que la mayor etnia se encuentra en la raza de los mestizos, con una población de 10 417 299 habitantes, seguidos de la población de los montubios, los afroecuatorianos y los indígenas. Es importante indicar que los indígenas tienen participación en el ámbito político, con estructuras organizadas y representación con varias autoridades a nivel nacional y local.

Población por Grupos de Edad (hasta el 2010)

La población ecuatoriana está viviendo una etapa denominada “ventana de oportunidad”, es decir, la mayoría de su población se encuentra agrupada en las edades consideradas legales para trabajar. De esta forma, el grupo de edad con mayor número de personas se encuentra entre los 20 y 44 años y también existe un número importante de mujeres en edad fértil (MEF).

Revisión de Nuevas Políticas Públicas en el Sector de la Salud, a Partir del 2010

El MSP es el organismo encargado de regular el sector salud y es quien se encarga del control y de la vigilancia del cumplimiento de las normas establecidas en la Constitución, sobre este sector; además, tiene la decisión política de centralizar la planificación y

la gestión de salud a nivel del gobierno central, lo que permite una desconcentración de ciertas funciones técnico-administrativas a nivel zonal y local.

El país fue dividido en zonas y distritos de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales, que empiezan a funcionar desde el 2012. Las unidades de salud (US) básicas se clasifican dependiendo de su nivel de complejidad en A, B y C. Las US tipo A, cuentan sólo con personal médico y de enfermería; las de tipo B cuenta con atención odontológica, obstétrica, medicina general y pediatría; mientras que las de tipo C, ofrecen a su vez maternidad e internamiento.¹² Cada distrito elabora y ejecuta el presupuesto de su Plan Operativo Anual (POA), el presupuesto es enviado a la Dirección de la Zona y ésta lo remite al MSP en Quito, la capital del Ecuador, donde se toman las decisiones finales.

El MSP tiene un gran crecimiento en dependencias técnicas reflejada en la conformación de dos viceministerios. Se crea la red pública y complementaria de salud y el tarifario de prestaciones médicas; se emite normativas y regulaciones y se incrementa la infraestructura reflejada en nuevos hospitales y centros de salud implementados y ubicados conforme lo indica el Ministerio de salud en base a una metodología que considera cobertura poblacional y capacidad de resolución,⁵ se inicia la implementación del modelo de atención de salud familiar y comunitario y se dan cambios en la concepción de la participación social. Esta reestructuración del Ministerio de salud que, acorde a la reestructuración de todas las funciones del Estado, pasó de una estructura con niveles nacional, provincial y de áreas de salud a una estructura conformada por niveles nacional, zonal y distrital. Este cambio no ha sido evaluado aún para medir su beneficio en relación al modelo anterior.

También se crearon nuevas dependencias como la Agencia de Regulación y el Control de la Calidad, Seguridad, Eficacia e Inocuidad de los productos de uso y consumo humano (ARCSA) en el 2012,¹⁰; y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de

los Servicios de Salud (ACSES) en el 2015, como instancia especializada, para promover y controlar la calidad de servicios públicos y privados de salud, adscrita al Ministerio de salud.¹¹ También en el 2009 se crea la empresa pública de fármacos, ENFARMA EP, con Decreto Ejecutivo 181, con el propósito de proveer medicamentos de calidad, a precios adecuados, a la red pública integral de salud; sin embargo, por diferentes problemas, desaparece pocos años después. El MSP también ejerce la rectoría de las entidades prestadoras de servicios de salud a través de la regulación de las mismas por medio del otorgamiento de un permiso de funcionamiento que rige tanto para empresas de salud pública o privadas y/o de medicina prepagada. Adicionalmente la Contraloría General del Estado se encarga de controlar los hospitales y unidades médicas en el ámbito del gasto público. Esta entidad examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de las entidades donde el Estado tiene participación. (Cañizares et al., 2015, pp. 195-196)

Provisión de los Servicios Hospitalarios

El número de establecimientos del MSP se incrementó; los hospitales básicos pasaron de 84 a 89 en el 2016, mientras que los hospitales generales pasaron de 26 a 32 de unidades de salud, tal como se observa en la Tabla 13.

Tabla 13

Tipos de hospitales del MSP (del 2010 al 2016).

Años	Hospitales básicos	Hospitales generales
2010	84	26
2011	84	26
2012	84	26
2013	85	29
2014	87	25
2015	84	29
2016	89	32

Nota. Tomado de *Ecuador en cifras*, por INEC, 2019

En relación con las unidades de salud del primer nivel de atención (subcentros y centros de salud), no hubo mayores cambios, inclusive, disminuyó el número total de estas unidades de salud de 1470 a 1437 en el 2016; sin embargo, se evidenció un incremento de los centros de salud tipo C, que tienen mayor capacidad de resolución.

Tabla 14

Tipos de hospitales por unidades de primer nivel

Años	Centros A	Centros B	Centros C	Totales
2010	1470			1470
2011	1507			1507
2012	1521			1521
2013	1540	21	20	1581
2014	1534	18	17	1569
2015	1367	8	68	1443
2016	1362	10	65	1437

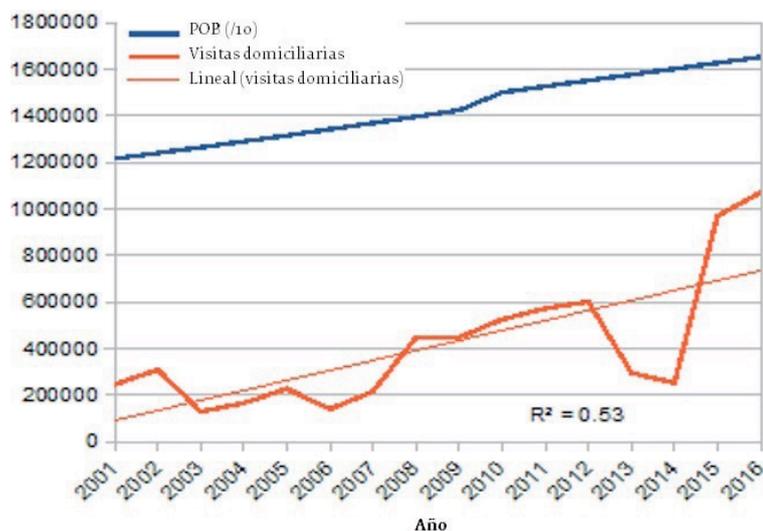
Nota. Tomado de *Ecuador en cifras*, por INEC, 2019

Si se considera el global de los establecimientos de atención del MSP, existió un crecimiento regular de estos hasta el 2013 en el que el crecimiento se estabilizó, para sufrir una baja en el 2016; si se compara con el crecimiento poblacional, el porcentaje de incremento de unidades del 2010 al 2016 representó un 58 %, con respecto al crecimiento poblacional. En relación con las visitas domiciliarias, si bien se evidenció un crecimiento, cabe recalcar que hasta el 2007, el INEC registró, de manera desagregada, las visitas domiciliarias por consultas de prevención ejecutadas por médicos, obstétricos y enfermeras, distribuidas según el profesional que las ejecutó.

A partir de ese año hasta el 2016, se agruparon todas estas actividades en una sola variable. La comparación entre el crecimiento poblacional y las visitas domiciliarias ejecutadas por el MSP mostró que, desde el 2001, hubo una tendencia continua de crecimiento a la par con la población ($r = 0.723$), aunque esa respuesta representó solo un 53 % de la demanda estimada (Cañizares et al., 2015).

Figura 14

Visitas domiciliarias (del 2001 al 2016)



Nota. Tomado de *Ecuador en cifras*, por INEC, 2019

Para el caso de las camas disponibles, el MSP las definió como: “camas habilitadas en las salas del establecimiento, en condiciones de uso inmediato, para la atención de los pacientes hospitalizados, independiente de que estén ocupadas o no” (Ministerio de Hacienda y Finanzas de Buenos Aires, s.f., párr. 1); es importante aclarar que, no se deben considerar las camas deterioradas o en mantenimiento, ni las cunas.

El número de camas disponibles en los establecimientos del MSP ha tenido un incremento sostenido desde 2001, pero no se incrementa conforme a las necesidades de la población ya que el mismo representa el 64% con respecto al crecimiento de la población. Esta situación se reafirma al analizar el número de camas reportadas por el INEC. (Cañizares et al., 2015, p. 197)

Teniendo en cuenta lo anterior, las camas disponibles, a nivel nacional, con las que contaba el sistema de salud ecuatoriano fueron las siguientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020):

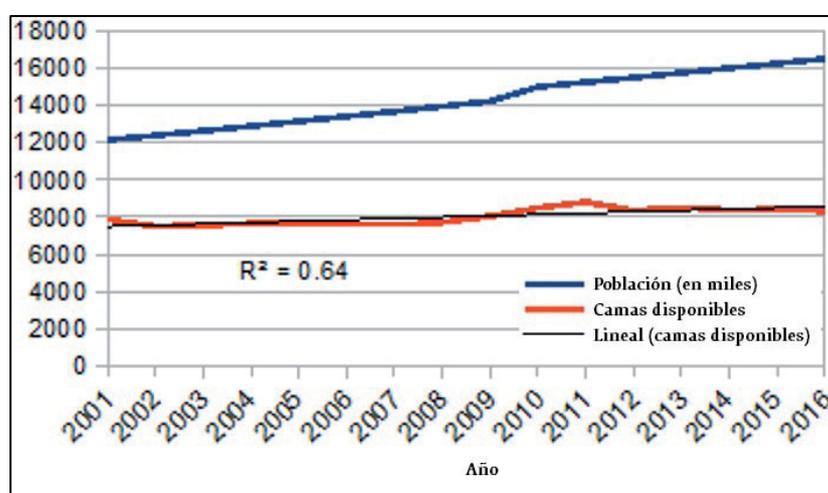
- 23 784 camas en el 2010.

- 24 545 camas en el 2011.
- 23 138 camas en el 2012.
- 23 667 camas en el 2013.
- 24 634 camas en el 2014.

Este último dato determinó una razón de 1.5 camas por cada 1000 habitantes, cifra que estaba por debajo de la recomendación de la OMS, que es 2.4 camas por cada 1000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019).

Figura 15

Camas disponibles (del 2001 al 2016)



Nota. Tomado de *Análisis del sistema de salud del Ecuador*, por Cañizares et al., 2015

Políticas Públicas Aplicadas al Personal Sanitario

La aplicación de políticas públicas aplicadas al personal sanitario se hizo de manera progresiva y con esto, se ha ido mejorando la densidad de los recursos humanos, especialmente de médicos y enfermeras; de esta forma, Ecuador, según la OPS, alcanzó la meta de los desafíos de Toronto que planteaban que, para el 2015, se debía tener 25 profesionales de la salud por cada 10 000 habitantes (Puentes-Markides, 2017). Así fue como se pasó de 11 201 a 33 644 profesionales en el periodo comprendido entre el

2008 y el 2015, situación que reflejó una continuidad de la política para incrementar los recursos humanos en el MPS (Espinosa et al., 2017).

A pesar de lo anterior, otras metas de los desafíos de Toronto no se alcanzaron, como, por ejemplo, la razón de enfermeras por médico y la proporción de empleo precario, que debería reducirse a la mitad. Asimismo, no se alcanzó la meta de que la proporción de médicos de atención primaria, en el 2015, excediera el 40 % de la fuerza laboral médica total.

En estos indicadores, Ecuador estuvo por debajo de lo alcanzado por los países vecinos, como, por ejemplo, Chile, Perú y Colombia. Además, el incremento del personal de la salud no logró disminuir las inequidades en la distribución de este personal en las zonas urbanas y rurales, conforme lo indicó la OPS, teniendo en cuenta que la tasa urbana de médicos fue de 29.01 y la tasa rural de 5.42 por cada 10.000 habitantes, lo que dejó ver que la mayor cantidad de personal de la salud estuvo en las grandes ciudades y en los principales hospitales y hubo menor cantidad de personal de salud para la atención primaria, en las zonas rurales (Espinosa et al., 2017).

Acceso y Disponibilidad de Medicamentos

La disponibilidad de medicamentos en el Ecuador es influenciada por su producción, lo que, además, implica temas de falta de equidad social en el acceso a los estos, pocos derechos a la salud y control del poder económico, que es controlado por la industria farmacéutica. Los productos farmacéuticos son uno de los principales mercados económicos del mundo, pero, desafortunadamente, la falta de estos continúa siendo un problema para los países en vía de desarrollo (Ortiz-Prado et al., 2014).

En un intento por solucionar este problema, en el 2000 se aprobó la Ley de medicamentos genéricos, que obligaba a las instituciones públicas a emplear fármacos genéricos equivalentes

a los patentados; esta iniciativa redujo el margen de beneficio de las farmacias con respecto a los productos farmacéuticos patentados y promovió el mayor expendio de los genéricos (Ortiz-Prado et al., 2014).

Por otro lado, en diciembre del 2009, se creó la primera empresa pública de fármacos, denominada Enfarma EP; entre sus funciones estaba la producción de medicamentos, investigar y promover el desarrollo de principios activos y la comercialización de medicamentos genéricos y patentados, tanto para humanos como para animales y plantas; sin embargo, en Ecuador, en el sector público, solo hay disponibilidad del 42 % de la lista de medicamentos considerados esenciales por la OMS y, aproximadamente, el 71 % está disponible en el sector privado, lo que posicionó al país en el puesto 26 de peor accesibilidad, en una lista de 38 países en vía de desarrollo.

Además, en el 2016, la empresa Enfarma EP fue liquidada debido a que no logró cumplir sus objetivos y, por tanto, en el país, predomina el consumo de medicamentos patentados en lugar de usar genéricos y al hacer una comparación con Estados Unidos, se observó que nueve de cada diez medicamentos que se consumen, son patentados; mientras que en el país norteamericano, se utiliza un 90 % de medicamentos genéricos.

En otro contexto, aproximadamente la mitad del presupuesto en salud de los hogares ecuatorianos es destinada, con exclusividad, a medicamentos y las familias más pobres, son las mayormente afectadas; esto lo determinó una encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares del 2010, realizada por el INEC.

Políticas Públicas de Financiamiento para el Sector de la Salud en Ecuador

La Constitución estipuló que el financiamiento público en salud debe ser oportuno, regular y suficiente y que debe provenir del PGE. Actualmente, también existe el Seguro General Obligatorio

(SGO) del IESS, cuyo fondo de financiamiento proviene de tres fuentes: del aporte individual de los afiliados, de la aportación obligatoria de los empleadores y de la contribución del Estado. Otras instituciones como el ISSPOL y el ISSFA, también ejercen un aporte al financiamiento del sistema de salud del Ecuador; en adición, las fuentes de financiamiento del sistema nacional de salud, además, de las provenientes del sector público (IESS, ISSPOL, ISSFA), incluyen al sector privado, el cual es representado por los seguros privados y los planes de medicina prepagada, que incluyen las primas a algún tipo de seguro particular, primas al seguro de accidentes de tránsito, pagos complementarios y pagos por otros servicios prestados. Otras fuentes comprenden el sector externo, es decir, recursos de cooperación internacional establecidos por medio de los acuerdos y tratados que celebra el Estado con organismos internacionales.

Tabla 15

Fuentes de financiamiento en el sector de la salud

Sector público	Sector privado	Sector externo
Impuestos generales.	Primas a algún tipo de seguro privado.	Recursos de cooperación.
Impuestos específicos.	Copago por servicios asegurados.	
Cotizaciones a los seguros sociales públicos.	Pagos directos por servicios prestados.	
	Pagos complementarios (medicamentos, insumos).	
	Primas al seguro de accidentes de tránsito.	

Nota. Tomado de *Resultados de encuesta de valoración de los estados de salud*, por Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019

Temas de Discusión Dentro del Sector de la Salud en Ecuador

El principal evento que explica los cambios del sistema de salud se dio en el ámbito político por medio de la carta magna aprobada en el 2008, que definió al sistema de salud como un sistema de acceso universal y gratuito, basado en un modelo de atención familiar y comunitario. Después, las diferentes gestiones técnico-políticas del MSP, procuraron avanzar en la dirección señalada por la Constitución; sin embargo, no ha habido un avance continuo, sino que han existido etapas de avances y otras de lentitud, incluso de reformulación de enfoques y de programas de salud.

Para citar un ejemplo, entre el periodo comprendido entre el 2007 y el 2010, se hizo énfasis en la propuesta de transformación del sector salud y entre el 2013 y el 2016, se planteó una reforma de este; además, lo anterior también se reflejó en la propuesta del modelo de atención basado en la atención primaria. En un inicio se implementaron los equipos básicos de salud (EBAS), posteriormente, los equipos de técnicos de atención de salud (TAPS) y, finalmente, el programa médico de barrio. Si bien estos programas al parecer propusieron lo mismo, fue necesario evaluar y evitar que cada gestión política que llegara al MSP, reiniciara programas, puesto que lo que se quería era perseguir la continuidad en las **políticas públicas**, con algunos ajustes.

Por tanto, la poca continuidad o la falta de sumatoria de mejoras progresivas, no permitió la consolidación del modelo de atención primaria, lo que se reflejó en una alta demanda de atención de morbilidad en los hospitales y centros de salud y en un poco impacto de las acciones a nivel domiciliario y comunitario, en la prevención de los problemas prevalentes de salud. De esta manera, se puede indicar que en Ecuador, el modelo de atención primaria está en proceso de implementación y necesita fortalecerse, para que produzca beneficios en la población.

Asimismo, los datos históricos que reposan en el MSP demostraron que, si bien hubo avances en el periodo analizado, estos no alcanzaron las metas sanitarias internacionales, como la disponibilidad suficiente de personal de salud, el número de camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes y la reducción de la mortalidad materna. Debido a esto, Ecuador se ubica por debajo de otros países de la región, como Chile, Uruguay y Colombia.

Si bien los objetivos del sistema de salud pública se enfocan en el mejoramiento de la salud de la población y en brindar una adecuada respuesta a las expectativas de las personas y a la protección financiera frente a los riesgos, el impacto debe reflejarse en que toda la población acceda a una atención de salud integral y oportuna y en el mejoramiento de indicadores sanitarios, como la disminución de la mortalidad materna, la disminución de la presencia de brotes epidémicos y la disminución del gasto de bolsillo. En este sentido, el sistema de salud del Ecuador no ha logrado alcanzar plenamente los objetivos y no es suficiente el aumento del número de consultas médicas, puesto que esto debe reflejarse en un impacto real para la población, al disminuir el nivel de mortalidad.

En ese sentido, la prevención de enfermedades transmisibles, como el VIH, también debería ser importante; sin embargo, estas cifras no han descendido y, de hecho, en tiempos recientes, se presentaron brotes de dengue, Chikunguña, zika y la malaria tiene brotes en Esmeraldas y Amazonia; por tanto, si un sistema de salud es sólido debe prevenir o controlar, de forma oportuna, los brotes epidémicos y su presencia es un indicador de que el componente preventivo tiene falencias.

Por otro lado, una acción importante para afrontar estos problemas es la conformación de la red pública integral de salud, por medio del mejoramiento de la calidad, cobertura y oportunidad de la atención; asimismo, se recomienda implementar medidas de control adecuadas, sumadas al buen uso del presupuesto y a evitar actos de corrupción que desvíen importantes recursos del presupuesto público.

Por otro lado, si bien la dotación de recursos humanos, especialmente de médicos, se ha incrementado, persiste la inequidad en la distribución del personal de salud y, en adición, la falta de especialistas implicó que, en este periodo, hubiera problemas permanentes de disponibilidad de citas médicas, puesto que la mayoría de los especialistas se encuentran concentrados en las grandes ciudades y esto es una barrera de acceso para la población rural y de ciudades pequeñas o intermedias.

En cuanto al financiamiento, existe una mayor asignación económica presupuestada por parte del Estado ecuatoriano y la participación social en el periodo analizado fue débil, puesto que desaparecieron los consejos cantonales y provinciales de salud, debido a que el Consejo Nacional de Salud disminuyó su rol asignado en la anterior Constitución y se puso en funcionamiento a partir del 2012, el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, con el objetivo de convertirse en una instancia sectorial de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas de carácter nacional y sectorial, pero con aportes limitados.

Después de haber realizado una exposición de las políticas públicas del Sistema Integral de Salud del Ecuador, se pudo concluir lo siguiente: en los años evaluados se evidenciaron avances en la conformación de la red pública integrada de salud y, además, hubo un incremento del personal, de unidades de salud y de equipamiento médico; sin embargo, este progreso no ha sido continuo ni integral en todo el sistema, puesto que hubo una marcada reformulación de políticas, enfoques y planes de salud a escala nacional. La poca continuidad en materia de atención hospitalaria y los intereses que giran a su alrededor, no han permitido la consolidación del modelo de atención primaria en estos años y esto, por tanto, se vio reflejado en una alta demanda de atención de morbilidad en los hospitales y en los centros de salud de la red pública estatal.

Una conclusión que llevó a la reflexión fue el hecho de que el sistema de salud en Ecuador aún no logra alcanzar, en plenitud, los objetivos sanitarios que permitan mejorar la calidad y la atención en salud, puesto que no es suficiente el aumento del número de consultas médicas, dado que esto debería reflejarse en un impacto real para la población. La tasa de mortalidad en el país, pese a la restructuración del sistema sanitario en el 2008 y la concentración de esfuerzos en el primer nivel de atención, se mantuvo constante hasta el año 2010; en consecuencia, se pudo concluir que los efectos de las políticas aplicadas para el cambio del sistema sanitario respecto a este indicador se reflejaron en el año 2011, en el que esta tasa disminuyó hasta 4.1 %. Otro tema tratado en el presente análisis fue el factor de que la mortalidad materna, en la actualidad, aún no ha descendido a niveles aceptados a nivel internacional. Además, hay una persistencia de brotes epidémicos y una demora en el control de estos; esto son indicadores de que el componente preventivo es débil. La atención integral y oportuna de la salud es limitada, de igual forma que lo es la protección financiera que se refleja en que, aproximadamente, la mitad del presupuesto en salud de los hogares ecuatorianos es destinado a medicamentos y las familias más pobres son las más afectadas. Las brechas de acceso y atención hospitalaria todavía persisten, así como la inestabilidad política y económica que perjudican el desempeño del sistema de salud.

Referencias

- Andrade, J. (2014). *El gasto en salud y su influencia sobre el acceso y calidad de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo. Periodo: 2008-2012. [Tesis de Pregrado]* . Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balaguer, E. (2007). *La intervención del Estado en la salud Pública*. <https://bit.ly/3U8gOns>
- Banco Mundial. (2019). *Datos Banco Mundial*. <https://bit.ly/3GIPQjj>
- Borrero, Y. (2011). Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3).
- Bursztyn, I. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista de Salud Pública*, 12, 77-88. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700006>
- Cantos, A. (2020). *Determinates del gasto de salud pública en el Ecuador, periodo 2000 al 2019. [Tesis de Maestría]*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Cañizares, R., Mena, G., & Barquet, G. (2015). Análisis del sistema de salud del Ecuador. *Revista Medicina*, 19(4), 93-204.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s.f). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- Egas, A. (2013). *La evolución del gasto público en el sector salud en el Ecuador: Análisis de su contribución en el mejoramiento de la calidad del servicio otorgado. Periodo 2007-2012. [Tesis de Pregrado]* . Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Espinosa, V., de la Torre, D., Acuña, C., & Cadena, C. (2017). Los recursos humanos en salud según el nuevo modelo de atención en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-5. 10.26633/RPSP.2017.52

- Ferriol, A., Therborn, G., & Castineiras, R. (2002). *Política social. El mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia*. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas.
- Fundación IO. (s.f). *Información sanitaria*. <https://bit.ly/3AHSUZ3>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Estimaciones de proyecciones de población* .
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Ecuador en cifras*. <https://bit.ly/3UXtdMI>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s.f). *Estadísticas de recursos y actividades en salud (2000-2010)*.
- Jiménez-Barbosa, W., Granda-Kuffo, M., Ávila-Guzmán, D., Cruz-Díaz, L., Flórez-Parra, J., Mejía, L., & Vargas-Suárez, D. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano . *Universidad y Salud* , 126-137. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Salud Pública de Mexico*, 53, 177-187.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4). <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2014.314.130>
- Ministerio de Hacienda y Finanzas de Buenos Aires. (s.f). *Recursos físicos de salud*. <https://bit.ly/3OAxvaf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011a). Decreto Ejecutivo 1130. [Despacho Ministerial].
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011b). *Plan de acción interinstitucional*. <https://bit.ly/3EWgfsH>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Datos esenciales de salud*. <https://bit.ly/3EAT4Tt>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Resultados de encuesta de valoración de los estados de salud*. <https://bit.ly/3gs00dC>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Aumento de capacidad de camas UCI y de hospitalización en Guayas permite atender oportunamente casos COVID-19*. <https://bit.ly/3idvh4x>
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205. <https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- Montes, L. (2015). *Políticas Públicas en Salud. Propuesta de un modelo de atención a la Salud: Seguridad Social Única. [Tesis de Doctorado]*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Mosquera, D. (2016). *OPS reconoce las políticas de Salud en Ecuador*. <https://bit.ly/3OA6q6L>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estadísticas*. <https://bit.ly/2VbA1aA>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. <https://bit.ly/3V5cPcN>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*. <https://bit.ly/3GRSJhE>
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas*. <https://bit.ly/3XvTLWv>
- Ortiz-Prado, E., Galarza, C., Cornejo, F., & Ponce, J. (2014). Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(1), 57 - 62.
- Pérez, S. (2012). *J.M. Keynes: crecimiento económico y distribución del ingreso* (Vol. 16). Thomson Reuters.

- Plaza, F., & Soriano, E. (2009). Aproximación cualitativa a la relación enfermera-paciente musulmán. *Metas de Enfermería*, 12(5), 27-31.
- Puentes-Markides, C. (2017). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En O. P. Salud, *Salud en las Américas* (págs. 214 - 405). Oficina Sanitaria Panamericana.
<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionales/p/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>
- Restrepo-Betancur, L., & Rodríguez-Espinosa, H. (15 de Octubre de 2014). Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica, 1980 – 2010. *Universidad y Salud*, 16(2), 177-187.
- Romero-Sandoval, N., de Alcázar, D., Pastor, J., & Martín, M. (2019). Mortalidad infantil en Ecuador asociada a factores socioeconómicos durante los últimos 30 años. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 303-309.
<https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200003>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2008). *Ecuador hoy y e el 2025. Apuntes sobre la evolución demográfica*. <https://bit.ly/3F1NsDb>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*.
- Tribunal Supremo Electoral. (2008). Constitución de la República del Ecuador. [Registro Oficial 449 de 20-oct-2008].

Andrea Cantos Martínez

Economista - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Máster en Gerencia en los servicios de la salud - Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Máster en Gobierno y Gestión Pública en América Latina – Universitat Pompeu Fabra. Directora del Hospital Efrén Jurado López IESS

Santiago Ullauri Betancourt

Licenciado en Ciencia Política y Relaciones Internacionales – Universidad Hemisferios. Máster en Gobierno y Gestión Pública en América Latina – Universitat Pompeu Fabra. Máster en Gestión y Administración de Empresas – IDE Business School. Coordinador de Investigación - Universidad Hemisferios.

ISBN: 978-9942-33-646-0



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com